



HAL
open science

Un management stratégique dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement : un business model Bottom the Pyramid (BoP) et son système propositionnel

Constance Dumalanede

► To cite this version:

Constance Dumalanede. Un management stratégique dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement : un business model Bottom the Pyramid (BoP) et son système propositionnel. Gestion et management. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSE2103 . tel-03419273

HAL Id: tel-03419273

<https://theses.hal.science/tel-03419273v1>

Submitted on 8 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : 2019LYSE2103

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 486 Sciences Économique et de Gestion

Discipline : Sciences de gestion

Soutenue publiquement le 10 décembre 2019, par :

Constance DUMANALÈDE

Un management stratégique dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en voie de développement

*Un business model Bottom the Pyramid (BoP) et son système
propositionnel.*

Devant le jury composé de :

Caroline HUSSLER, Professeure des universités, Université Jean Moulin Lyon 3, Présidente

Benoît DEMIL, Professeur des universités, Université de Lille, Rapporteur

Bérangère SZOSTAK, Professeure des universités, Université de Lorraine, Rapporteur

Bertrand VALIORGUE, Professeur des universités, Université Clermont Auvergne, Examineur

Marielle PAYAUD, Professeure des universités, Université Jean Moulin Lyon 3, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

École Doctorale N°486

Doctorat en Sciences de gestion

Soutenue publiquement le 10/12/2019, par :

Constance DUMALANÈDE

Un management stratégique dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement

*Un business model Bottom of the Pyramid (BoP)
et son système propositionnel*

Devant le jury composé de :

Directrice de thèse	Marielle PAYAUD – Professeure des Universités Université de Lyon
Rapporteur	Benoît DEMIL – Professeur des Universités Université de Lille
Rapporteure	Bérangère SZOSTAK – Professeure des Universités Université de Lorraine
Suffragante	Caroline HUSSLER – Professeure des Universités Université de Lyon
Suffragant	Bertrand VALIORGUE – Professeur des Universités Université Clermont Auvergne

A mon Patty

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Marielle Payaud, ma directrice de thèse. Je vous remercie de m'avoir guidé dans cette voie, et m'avoir permis de faire cette thèse. Merci de votre accompagnement depuis notre rencontre lors de mon mémoire de master. J'ai une pensée particulière pour les moments passés au Burkina et au Chili !

Je remercie les membres du Jury les Professeurs Benoît Demil, Bérangère Szostak, Caroline Hussler et Bertrand Valiorgue. Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail, et de me faire l'honneur de participer à cette soutenance.

Je souhaite remercier Caroline pour sa bienveillance le long de ma thèse et Bérangère, pour ses conseils lors de mes comités de suivi.

J'ai aussi une pensée pour Chloé Guillot-Soulez qui m'a conseillé lors de ces comités.

Je remercie toutes les personnes que j'ai pu rencontrer sur le terrain, à CIES, Dr.Consulta, Unjani et Phelophepa. Merci pour le temps que m'avez accordé, et pour les riches discussions que nous avons eues.

Je remercie aussi Kavita pour son accueil au CEATS de l'Université de Sao Paulo, et nos échanges de recherche.

Je tiens aussi à remercier le Professeur Martinet pour ses conseils précieux. Merci de m'avoir guidé lors de ma candidature au contrat doctoral et durant le début de cette thèse.

Je remercie l'ensemble des membres du centre de recherche Magellan, enseignants, doctorants et administratifs. Merci Catherine, Valérie et Eric pour votre disponibilité et votre gentillesse. Merci à tous les doctorants et particulièrement à Amal, Iulia, Manel et Jean. Merci pour votre soutien et votre bonne humeur !

Je remercie aussi ma collègue et amie Alice. Coopie, merci pour nos debriefs, nos plaintes et nos rires. Tous nos échanges ont été d'un grand réconfort, et particulièrement pendant cette fin de thèse. Je suis heureuse qu'on ait avancé ensemble dans cette « dernière ligne droite ». We did it !

Je tiens à remercier Anne Sophie, mon acolyte du labo et pour certain ma sœur jumelle !

Tic, Ticsou, Ticsou, je manque de mot pour t'exprimer toute mon amitié et ma gratitude. Merci d'avoir été là, merci d'être toujours là. Merci pour ton écoute et ton soutien. Merci de m'avoir guidée et conseillée. Et merci de m'avoir secourue quand il le fallait ! Tu as toujours trouvé les bons mots au bon moment. Merci pour tous les moments passés à refaire le monde, et rire de bon cœur. Je ne peux pas imaginer cette expérience sans ta présence. Merci du fond du cœur.

Je remercie mes deux familles de cœur, mes amis lyonnais et rouennais. Merci de votre présence ; de votre soutien et de vos paroles réconfortantes. Merci pour votre folie qui me fait tant rire.

Enfin, j'adresse mes plus tendres pensées à ma famille.

Merci à vous, Mamie Cassiopée et Mamie Gi, de m'avoir toujours dit qu'il fallait bien travailler à l'école. J'ai fait de mon mieux ! Merci à toi Tata qui m'a dit régulièrement : « alors ta thèse ? ». Je sais quoi te répondre maintenant ! En vous adressant ces mots, je pense bien sûr à Patty et Tonton.

Merci Maman, de m'avoir fait confiance, et de m'avoir toujours soutenue dans mes choix. Merci d'être près de moi et de me porter toutes ces jolies attentions. Merci d'avoir été là pendant cette expérience, et merci d'avoir su « ne pas être là » quand il le fallait. Je profite aussi de ces mots pour remercier Georges. Georgio merci pour ta bienveillance et ton soutien. Et merci à vous deux de m'avoir accueilli pendant mes « retraites rédactionnelles » !

Mon Papa, merci de m'avoir conduit jusqu'ici et de m'avoir guidé dans mes choix professionnels. Mon arrivée en thèse est le fruit de rencontres et peut être du hasard, mais tu as beaucoup contribué à ce hasard ! Merci d'être fière de moi.

Camille, ma grande sœur que j'admire tant, merci pour tout. Tu m'as toujours écouté, conseillé et épaulé. Merci pour nos moments de partages, de rires et de doutes. Je te suis reconnaissante pour tellement de choses... et surtout je suis fière d'être ta sœur.

Enfin, merci à toi petit Léopold, merci pour tes sourires. Je n'ai pas été très présente pour t'accueillir, mais je compte bien me rattraper ! Merci Camille d'avoir compris.

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES ANNEXES.....	13
ACRONYMES	15
INTRODUCTION GENERALE	17
PREMIERE PARTIE - A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES	33
INTRODUCTION DE LA PARTIE 1	35
CHAPITRE 1 : LES STRATEGIES BoP, UNE VOIE POUR DIMINUER LA PAUVRETE	37
SECTION 1 : <i>La pauvreté, un frein au développement économique et social</i>	37
SECTION 2 : <i>Comprendre l'évolution des stratégies BoP.....</i>	43
SECTION 3 : <i>L'inclusivité comme moteur de création de valeur des stratégies BoP.....</i>	51
SECTION 4 : <i>Le challenge de l'accessibilité dans les stratégies BoP.....</i>	57
CHAPITRE 2 : L'ACCESSIBILITE ET L'INCLUSIVITE DES STRATEGIES BoP DANS LE CADRE DE SERVICES DE SANTE PRIMAIRES	69
SECTION 1 : <i>La prestation de services, l'intérêt d'une perspective écosystémique</i>	69
SECTION 2 : <i>La prestation de services de santé, le rôle clé de la cocreation à l'échelle de l'écosystème de service</i>	75
SECTION 3 : <i>Les défis de l'accès et de l'inclusivité des services de santé à la base de la pyramide.....</i>	94
CHAPITRE 3 : CONCEVOIR UN BUSINESS MODEL A LA BASE DE LA PYRAMIDE.....	105
SECTION 1 : <i>Définition et spectre du business model</i>	106
SECTION 2 : <i>Notion et rôle de la valeur dans le business model.....</i>	110
SECTION 3 : <i>Business model et transformations sociales.....</i>	116
SECTION 4 : <i>Des business models alternatifs adaptés au contexte de la base de la pyramide ?.....</i>	123
SECTION 5 : <i>Développer sa capacité sociale en contexte BoP, un pas vers l'encastrement social ?.....</i>	132
SECTION 6 : <i>Délivrer des services de santé aux populations BoP grâce à un business model adapté... 136</i>	136
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	143
DEUXIEME PARTIE - ENQUETE EMPIRIQUE.....	145
INTRODUCTION DE LA PARTIE 2	147
CHAPITRE 4 : EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE	149
SECTION 1 : <i>Epistémologie et recherche en management</i>	149
SECTION 2 : <i>Méthodes de recueil et traitement des données empiriques.....</i>	171
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES CAS ETUDIÉS ET ANALYSES INTRA-CAS	191
SECTION 1 : <i>Contextualisation de la recherche</i>	191
SECTION 2 : <i>Analyse du cas CIES Global</i>	195
SECTION 3 : <i>Analyse du cas Dr.Consulta.....</i>	221
SECTION 4 : <i>Analyse du cas Unjani.....</i>	248

SECTION 5 : Analyse du cas Phelophepa.....	278
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	308
TROISIEME PARTIE - CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL	309
INTRODUCTION DE LA PARTIE 3	311
CHAPITRE 6 : ANALYSES INTER-CAS ET DISCUSSION DES ETUDES DE CAS	313
SECTION 1 : Convergences et divergences des stratégies déployées à la dimension « découverte de valeur »	313
SECTION 2 : Convergences et divergences des stratégies déployées à la dimension « proposition de valeur »	318
SECTION 3 : Convergences et divergences des stratégies déployées à la dimension « création de valeur »	323
SECTION 4 : Convergences et divergences des stratégies déployées à la dimension « appropriation de valeur »	329
SECTION 5 : Convergences et divergences des stratégies émergentes.....	332
CHAPITRE 7 : UN OUTIL, CONCEPTS ET PROPOSITIONS GENERIQUES	339
SECTION 1 : Un business model BoP dédié à la prestation de service de santé primaires.....	340
SECTION 2 : Les propositions fondatrices	351
SECTION 3 : Les propositions d'ordre opératoire.....	366
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	381
CONCLUSION GENERALE	383
SECTION 1 : Les réponses aux questions de recherche	386
SECTION 2 : Les implications théoriques de la recherche	391
SECTION 3 : Les implications managériales de la recherche	397
SECTION 4 : La validité de la connaissance actionnable.....	399
SECTION 5 : Les limites méthodologiques et empiriques de la thèse	400
SECTION 6 : Les perspectives de recherche.....	401
REFERENCES	403
ANNEXES.....	415

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Composition de l'indice de pauvreté multidimensionnel (PNUD, 2016).....	41
Figure 2 : La pyramide économique des revenus mondiaux (Prahalad & Hart, 2002)	44
Figure 3 : Composantes de l'écosystème basé sur le marché selon Prahalad (Prahalad, 2004, p. 65)..	50
Figure 4 : Sustainable Supply-Chain Management (Carter & Rogers, 2008, p. 366)	61
Figure 5 : Le récit et le processus de la logique dominante service	74
Figure 6 : Framework des styles de pratiques de cocréation de valeur client (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 383).....	82
Figure 7: Facteurs et résultats de cocréation de valeur aux niveaux micro, méso, et macro (Beirão et al., 2017, p. 235).....	87
Figure 8 : Cadre conceptuel pour évaluer l'accès aux services de santé (Peter et al., 2008, p. 162)	95
Figure 9 : Le modèle RCOV - les éléments constitutifs d'un business model (Lecocq, Demil, Warnier, 2006, p.98).....	118
Figure 10 : Conceptualisation de BM pour la prestation de service de santé inclusifs à la BoP proposé par Angeli et Jaiswal (2016, p. 15).....	138
Figure 11 : Réponses et orientation épistémologiques selon les travaux de Allard-Poesi & Perret (2014)	150
Figure 12 : Quadrivium Stratégique (Martinet, 2009, p. 91).....	158
Figure 13 : Le processus récursif de raisonnement selon Pierce (David, 1999, p. 5).....	169
Figure 14 : Niveaux d'inférence pour la formation des catégories (Allard-Poesi, 2003, p. 256).....	186
Figure 15 : Les fondements de la validité externe dans la recherche qualitative (Ayerbe et Missonier, 2007, p.47).....	188
Figure 16 : Structure du projet CIES (Cies Bilan, 2015, p. 14).....	213
Figure 17 : L'outil générique et ses propositions fondatrices	349
Figure 18 L'outil générique et ses propositions opératoires.....	350

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les axiomes de la logique dominante service (Vargo & Lusch, 2016, p. 18).....	72
Tableau 2 : Définitions des concepts clés liés au concept de cocréation de valeur.....	85
Tableau 3 : Descriptions des dimensions de l'accès de Penchansky et Thomas (1981)	90
Tableau 4 : Barrières à l'accès dans les pays en développement	96
Tableau 5 : Comparaison entre approche stratégique et approche BM (Moyon, 2011, p.90).....	106
Tableau 6 : Exemples des différentes interprétations des BM (d'après les travaux de Massa et al., 2017 p.61-68)	109
Tableau 7: Les dimensions du BM dans la littérature (Michelini & Fiorentino, 2012, p. 565)	111
Tableau 8 : Différences entre création et capture de valeur issues des travaux de Moyon (2011).....	112
Tableau 9 : Les fondements théoriques d'une intention stratégiques RSE-BoP	122
Tableau 10 : Distinction entre entreprise, organisme caritatif et entreprise sociale.....	126
Tableau 11 : Définition du business inclusif (Traduction de l'auteur).....	129
Tableau 12 : Stratégies associées aux dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)	139
Tableau 13 : Suggestions d'ajout issues de la littérature au BM d'Angeli et Jaiswal (2016)	141
Tableau 14 : Principes du cadre épistémologique constructiviste d'après Le Moigne (1990) (David, 1999, p. 11).....	152
Tableau 15 : Combinaison des trois formes de raisonnement dans le raisonnement scientifique (David, 1999, p. 5).....	169
Tableau 16 : Les critères d'une méthodologie qualitative (Hlady-Rispal, 2015).....	172
Tableau 17 : Critères de pertinences dans la sélection des études de cas.....	175
Tableau 18 : Modalités de collecte des données primaires des études de cas	180
Tableau 19 : Indicateurs d'activité de Dr.Consulta (Source : auteur à partir de DC/Web).....	239
Tableau 20 :Coût total d'investissement pour une clinique et répartition des coûts (Source : Unjani/Rapport Annuel 2018).....	267
Tableau 21 : Donateurs et nombre de cliniques Unjani financées (Source : Unjani/Rapport Annuel 2017).....	267
Tableau 22 : Nombre de patients à atteindre pour atteindre la rentabilité des cliniques (Source : Unjani/Rapport Annuel 2017, p. 22).....	268
Tableau 23 : Format des cliniques Unjani (Source : Unjani/Rapport Annuel 2018).....	270
Tableau 24 : Prix des soins et traitement proposés par Phelophepa en station.....	279
Tableau 25 : Nombre de patients reçus par Phelophepa I et II en 2018	299

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des sources secondaires et codes associés	418
Annexe 2 : Extrait de journal de bord	423
Annexe 3:Tableau des interlocuteurs et thématiques des entretiens exploratoires réalisés.....	424
Annexe 4 : Modalité des entretiens réalisés	425
Annexe 5 : Exemples de guides d'entretien	431
Annexe 6 : Comparaison des indicateurs de santé et de développement humains entre le Brésil, l'Afrique du Sud et la France	436
Annexe 7 : Liste des codes Nvivo	438
Annexe 8 : Présentation du BM de CIES selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées	440
Annexe 9 : Présentation du BM de Dr.Consulta selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) et figure des stratégies déployées	443
Annexe 10 : Présentation du BM d'Unjani NPC et Unjani Clinics selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées.....	446
Annexe 11 : Présentation du BM de Phelopepa selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées	449
Annexe 12 : Analyse croisée des cas selon les composantes et les stratégies du BM d'Angeli & Jaiswal (2016)	453

ACRONYMES

BM : Business model

BoP : Base/Bottom of the pyramid

DS : Dominante service

FMN : Firme multinationale

ODD : Objectif de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PED : Pays en développement

SCM : Supply-Chain Management

SCM : Sustainable Supply-Chain Management

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 : Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

« Parvenir à une couverture sanitaire universelle en assurant la sécurité financière des patients est fondamental pour atteindre les objectifs sanitaires des Objectifs de développement durable (ODD). La «santé pour tous» doit être le centre de gravité des efforts menés pour atteindre l'ensemble des ODD, car la bonne santé des individus est profitable à leur famille, leur communauté et leur pays. Or, il reste encore beaucoup à faire. Environ 400 millions d'individus dans le monde – soit une personne sur 17 – n'ont toujours pas accès aux services de santé de base.» Dr Tedros, Directeur général de l'OMS

La déclaration du directeur de l'Organisation mondiale de la santé fait écho aux statistiques de l'Organisation mondiale de la santé publiées à la suite de la journée mondiale de la santé du 7 Avril 2019. Près de cinq milliards de personnes pourraient être dépourvues d'accès aux soins de santé, si la couverture sanitaire ne double pas d'ici à 2030.

En parallèle, l'ONU publie, le 23 septembre 2019, la *Déclaration politique de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle* afin de détailler le *Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous*. Issu de la collaboration d'acteurs internationaux multilatéraux, ce plan mondial est désigné comme « un engagement historique à s'unir pour la santé ». Il vise ainsi à encourager l'atteinte des ODD et des engagements pris lors de la déclaration sur les soins primaires d'Astana de 2018. Il désigne ainsi l'accès au soin primaire comme un axe prioritaire pour favoriser une couverture sanitaire universelle. En effet, « *L'extension des soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire permettrait de sauver 60 millions de vies et d'allonger l'espérance de vie moyenne de 3,7 ans d'ici à 2030* ». (OMS¹, 2019, p.5).

L'accès aux soins primaires est un défi international de taille qui attire progressivement l'attention de la communauté académique. En pointant l'importance des services de première nécessité comme les services de santé, Fisk et al. (2015) sollicitent la communauté académique : « *Notre communauté de recherche sur les services a la capacité d'aider à réduire la pauvreté. Il n'y a plus d'excuse pour hésiter ou ne rien faire.* » (p.1).

¹ Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : rapport mondial de suivi 2019

❖ **Les stratégies BoP, contexte de la recherche**

En 2002, Prahalad et Hart introduisent le terme de population *Bottom of the Pyramid* (BoP) pour présenter les 4 milliards d'habitants de la population mondiale vivant avec moins de 9 dollars par jour. Alors qu'environ 1,1 milliard de personnes sont désormais sorties de l'extrême pauvreté depuis 1990 (Banque mondiale, 2018), la population BoP représentait encore 3,4 milliards de personnes en 2017 (Credit Suisse Global Wealth, 2018). Définie comme les individus les plus démunis de la planète, la population BoP se caractérise par des conditions de vie difficiles en raison d'un manque d'accès à des infrastructures de base et des produits et services de première nécessité (Kolk, Rivera-Santos, & Rufin, 2014; Payaud, 2014; Reficco & Márquez, 2009).

Expliquant la pauvreté de ces populations par leur exclusion des systèmes de marché traditionnels, Prahalad et Hart suggèrent aux firmes multinationales (FMN) de fournir des produits et services de première nécessité à ces populations démunies. Les populations BoP peuvent alors accéder à une offre utile à leur bien-être ; et les FMN peuvent répondre à une demande jusqu'alors non satisfaite auprès de qui elle peut générer des profits. Ainsi, les FMN déploient des stratégies dites *Bottom of the Pyramid*, c'est-à-dire des stratégies destinées aux populations BoP et adaptées à leurs conditions de vie.

Depuis cet appel, la littérature sur les stratégies BoP s'est densifiée, les initiatives à l'attention de ces populations se sont développées et l'ONU a publié plusieurs rapports sur le sujet : « Les entreprises face aux défis de la pauvreté : des stratégies gagnantes » (2008), « Barrières et Opportunités à la Base de la Pyramide – Le rôle du secteur privé dans le développement inclusif » (2014). Le management stratégique *Bottom of the Pyramid* connaît ainsi un regain d'intérêt et une évolution constante, aussi bien dans la sphère académique que dans la pratique.

❖ **Améliorer les conditions de vie des plus démunis par les stratégies BoP**

Les stratégies BoP visent à améliorer les conditions de vies des populations BoP en leur donnant accès à des produits et services de première nécessité. Pour y parvenir, les organisations élaborent des business models (BM) spécifiques et des stratégies commerciales et marketing adaptées à la situation précaire des plus démunis (Anderson & Billou, 2007; Schuster &

Holtbrügge, 2012). Il s'agit de répondre aux besoins et aux attentes des populations en considérant leur faible niveau de revenus, leur accès limité à des infrastructures de base, leur niveau d'éducation limité et leur localisation géographique souvent isolée ou dispersée (Anderson & Billou, 2007; Payaud & Martinet, 2010). Pour cela, il est recommandé que ces organisations construisent un écosystème, c'est-à-dire, « *un cadre qui permet au secteur privé et aux acteurs sociaux (...) d'agir ensemble et de créer de la valeur dans une relation symbiotique* »² (Prahalad, 2004, p.65). Les organisations menant des stratégies BoP doivent ainsi intégrer les plus démunis dans leur chaîne de valeur pour leur permettre de participer aux activités de l'entreprise. L'objectif est que ces populations participent à une création de valeur économique et sociale qui puisse améliorer leurs conditions de vie (Hart & Casado Cañeque, 2015; Karnani, 2007; McKague, Wheeler, & Karnani, 2015). Les organisations doivent ainsi encourager le développement inclusif des plus démunis, c'est-à-dire la création d'opportunités sources de bien-être économique et social pour ces populations (George, McGahan, & Prabhu, 2012). Bien que cette inclusivité soit théoriquement induite par les stratégies BoP, elle ne coule pas de soi. Elle mérite ainsi une plus grande attention dans la conduite des stratégies BoP dont la vocation économique, mais aussi sociale.

❖ **L'accessibilité, un défi clé des stratégies BoP**

Mener des stratégies BoP implique alors de surmonter le défi de l'accessibilité (Garrette & Karnani, 2010; Vachani & Smith, 2008), c'est-à-dire de rendre les produits et services continuellement disponibles aux plus pauvres, même les plus isolés (Anderson & Billou, 2007; Prahalad, 2012). Malgré la croissance des initiatives et de la recherche sur les stratégies BoP (Follman, 2012; Kolk et al., 2014), l'accessibilité est un défi qui perdure (Barki & Parente, 2014; Fawcett & Waller, 2015; Vachani & Smith, 2008). La difficulté réside dans la gestion de son caractère multidimensionnel qui implique la prise en compte de l'accessibilité physique, financière et socioculturelle d'une offre (Perrot, 2010). La littérature souligne surtout l'intérêt d'adopter un mix marketing adapté pour gérer les dimensions plurielles de l'accessibilité, et préconise de trouver des solutions de distribution au *last mile*, c'est-à-dire au dernier maillon de la chaîne logistique. Ces considérations sont alors surtout marketing ou logistiques, ce qui semble nuire à la considération multidimensionnelle de l'accessibilité.

² Traduit de l'anglais : "A framework that allows private sector and social actors . . . to act together and create wealth in a symbiotic relationship."

De plus, et en considération de la recherche d'inclusivité associée aux stratégies BoP, l'accessibilité doit être gérée selon cet objectif. Les organisations doivent gérer les différentes contraintes environnementales auxquelles se confrontent les populations BoP tout en créant un écosystème dans lequel elles sont intégrées. Ainsi, la gestion de l'accessibilité requiert l'adoption d'une vision holistique qui ne l'est pas toujours. L'étude de l'accessibilité multidimensionnelle, au regard de l'inclusivité, mérite alors une plus grande attention.

❖ Les services de santé primaires, une préoccupation mineure de la littérature des stratégies BoP et une préoccupation majeure de l'ONU

A l'instar de l'ensemble de la littérature sur la stratégie BoP, la question de l'accès est principalement abordée dans une perspective de produit, au détriment d'une perspective de service (Ben Letaifa & Reynoso, 2015; Gebauer & Reynoso, 2013). L'accès aux services essentiels, tels que les soins de santé, joue pourtant un rôle clé dans l'amélioration des conditions de vie des populations BoP, et mérite une attention particulière (Reynoso, Valdés, & Cabrera, 2015). L'Organisation des Nations Unies dédie d'ailleurs un de ses Objectifs de développement durable à la santé via son objectif 3 « Bonne santé et bien-être ». En 2015, 400 millions de personnes n'avaient pas accès aux services de santé primaires, c'est-à-dire à des procédures de soin et des services de prescriptions basiques (Organisation mondiale de la santé & Groupe de la Banque mondiale, 2015). Encourager l'accessibilité de ces services de santé est ainsi une préoccupation mondiale qui a fait l'objet de plusieurs rapports et conférences des Nations unies. Se focaliser sur les services de santé primaire présente ainsi un intérêt à la fois théorique et pratique.

Au même titre qu'une stratégie BoP destinée à distribuer un produit aux plus démunis est adaptée aux conditions de vies de la population BoP, il semble nécessaire qu'une stratégie BoP destinée à une prestation de service le soit aussi ; et d'autant plus pour des services aussi spécifiques que les services de santé. En effet, ce sont des services complexes qui requièrent une forte interaction entre le praticien et les patients. La prestation des services de santé requiert ainsi l'engagement du patient dans des activités de cocréation. La difficulté réside dans le risque d'asymétrie d'informations lié au caractère professionnel du service (Osei-Frimpong, Wilson, & Lemke, 2018), dont la compréhension nécessite des compétences qui sont difficiles à acquérir pour le patient, et peuvent limiter sa capacité à cocréer (Damali, Miller, Fredendall, Moore, & Dye, 2016).

La gestion de cette caractéristique semble se complexifier lorsque la prestation de soins s'adresse à des populations BoP. Ces populations ont un accès limité à l'information et sont souvent peu éduquées sur les services de santé (Angeli & Jaiswal, 2016). L'asymétrie d'information est donc plus forte dans le cas d'une prestation de services de santé dédiée aux plus populations démunies. Cela exacerbe la difficulté que les patients peuvent éprouver à cocréer et par conséquent la difficulté que les prestataires de service peuvent éprouver à délivrer le service.

❖ **L'accessibilité d'un service de santé primaire, une voie pour enrichir la littérature BoP**

La conduite d'une stratégie BoP se modifie lorsqu'elle s'attache à proposer une prestation d'un service (Reynoso et al., 2015), et d'autant plus d'un service de santé aux caractéristiques singulières (Angeli et Jaiwal, 2016).

Le défi d'accessibilité connu des stratégies BoP s'avère alors plus complexe dans le cadre d'une prestation de services de santé. Sa gestion implique de considérer les caractéristiques complexes des plus démunis et celles des services de santé. La problématique réside alors dans la capacité des organisations à fournir des services de santé inclusifs, c'est dire qui soient « ... *non seulement financièrement acceptables, mais aussi socialement et culturellement acceptables pour les patients BoP* »³ (Angeli & Jaiswal, 2016, p. 2). Les organisations doivent alors concevoir des modèles d'affaires qui surmontent le manque d'infrastructures et l'isolement des populations BoP, qui permettent de mobiliser les ressources et les compétences requises pour offrir des soins de santé de qualité et qui encouragent l'objectif d'inclusivité induit par toute stratégie BoP. Alors que cette question représente un défi de taille pour les organisations, elle est peu étudiée dans la littérature BoP. Elle mérite ainsi une plus grande attention.

PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

La littérature des stratégies BoP souffre de plusieurs lacunes théoriques et empiriques que nous souhaiterions combler. L'accessibilité demeure un défi majeur des stratégies BoP alors qu'elle est primordiale dans l'amélioration des conditions de vie des populations (Nobre & Morais-da-Silva, 2018; Perrot, 2010; Vachani & Smith, 2008). L'étude des services dans le cadre des stratégies BoP s'avère sous représentée dans littérature alors qu'il existe de nombreuses

³ Traduit de l'anglais : "...promotes health service delivery that is not only financially but also socially and culturally acceptable to BoP patients"

interactions de recherche exploitable entre la littérature des services et celles des stratégies BoP (Ben Letaifa & Reynoso, 2015; Fisk et al., 2016). Enfin, les services de santé constituent un levier majeur dans l'amélioration du bien-être des populations et leur singularité apporte de nouveaux challenges à la conduite de stratégie BoP qui mérite d'être étudiée (Esposito, Kapoor, & Goyal, 2012). Ainsi, nous cherchons à répondre à la question de recherche suivante :

Comment les organisations peuvent-elles construire leur business model pour délivrer des services de santé primaires inclusifs aux plus démunis dans les régions en développement ?

QR 1 : Quelles stratégies les organisations peuvent-elles mettre en place pour renforcer l'accessibilité des services de santé primaires aux plus démunis ?

QR 2 : Quels éléments une organisation doit-elle intégrer à son business model pour délivrer une prestation de services de santé primaires accessible aux plus démunis ?

QR 3 : Comment les organisations peuvent-elles favoriser l'accessibilité de leur offre de services de santé primaires aux plus démunis ?

Les sous-questions de recherche nous permettent de préciser le phénomène observé et de guider notre analyse à travers un questionnaire structuré. Elles soulignent aussi l'usage du business model comme cadre d'analyse principal que nous enrichissons par des appuis conceptuels et théoriques issus de la littérature sur les stratégies BoP, les services et les services de santé.

L'objectif de cette recherche est de comprendre la manière dont un BM BoP dédié aux services de santé primaire peut être construit. Pour cela, nous cherchons d'abord à identifier les différentes stratégies qu'une organisation peut mettre en place pour délivrer une prestation de services de ce type. Ensuite, nous étudions les différents leviers qu'elles peuvent mobiliser pour encourager l'accessibilité des services de santé aux plus démunis. Nous prêtons aussi attention au caractère inclusif des activités déployées. Enfin, nous comparons les diverses stratégies avec le BM effectivement adopté par les organisations afin de comprendre les objectifs des organisations à chaque dimension de valeur de leur BM. Par ce cheminement, nous souhaitons comprendre le rôle des dimensions de valeur et leurs caractéristiques dans l'accessibilité et l'inclusivité du service de santé délivré. Ainsi, nous cherchons à identifier les caractéristiques clés qu'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé aux plus démunis devrait posséder.

❖ **Renforcer la littérature BoP sur l'accessibilité d'un service aux caractéristiques singulières**

Le caractère transformateur naturel des services de santé, c'est-à-dire source de bien-être pour les populations (Anderson & Ostrom, 2015), renforce l'intérêt d'appréhender les services de santé dans une stratégie BoP dont la vocation est centrée sur l'amélioration des conditions de vie des individus. De plus, les difficultés liées à la singularité de ce service semblent être exacerbées lorsqu'il s'adresse aux populations démunies. Enfin, la singularité des services de santé semble modifier les règles de l'accessibilité et de l'inclusivité connues dans la littérature BoP. Dès lors, ces différents éléments motivent notre intérêt d'étudier une stratégie BoP dédiée à des services de santé.

❖ **Renforcer l'étude des organisations sociales et entreprises locales**

En conséquence de l'appel de Prahalad et Hart (2002), les FMN ont été désignées comme les principales initiatrices des stratégies BoP. Cependant, d'autres organisations issues de l'économie commerciale et de l'économie sociale et solidaire, telles que des entreprises sociales, des ONG ou des entreprises locales, s'engagent auprès de ces populations (Kolk et al., 2014; Nielsen & Samia, 2008). Les stratégies initiées par les FMN restent en fait minoritaires (Kolk et al., 2014). Cependant, la littérature associe souvent les stratégies BoP aux FMN et tend à se focaliser sur l'étude de ces organisations (Kolk et al., 2014). Dès lors, nous choisissons de nous intéresser aux stratégies BoP menées par d'autres acteurs dont les initiatives sont plus nombreuses que celles des FMN.

❖ **Le management stratégique comme prisme d'analyse**

Nous appréhendons l'accessibilité sous ses différentes acceptions et cherchons à l'analyser au regard du développement inclusif qui est normalement associé à la conduite d'une stratégie BoP. Nous situons ainsi notre analyse au niveau de la stratégie et du management stratégique des organisations, et non au niveau de leurs différentes fonctions. Ainsi, nous traitons la problématique à travers le prisme du management stratégique qui nous permet d'adopter une vision systémique de l'organisation et facilite l'appréhension multidimensionnelle de l'accessibilité.

❖ **Délimitation et contour du phénomène de recherche**

Notre phénomène de recherche, préféré au terme objet de recherche du fait de notre posture pragmatique (Ayerbe & Missonier, 2007), est un BM dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis.

Le choix de ce phénomène de recherche est orienté par le désir de comprendre la manière dont une organisation peut délivrer un service de santé primaire aux plus démunis. Puisque, le BM est considéré comme le reflet des choix stratégiques d'une entreprise, il constitue un phénomène de recherche adapté à notre projet de compréhension. Il vise à mettre en avant le management stratégique BoP mené par des organisations dont l'activité est centrée sur la prestation de services de santé aux plus démunis. Nous nous focalisons sur tout type d'organisation locale, issue de l'économie commerciale ou de l'économie sociale et solidaire. Ce critère agit comme une source de contraste entre nos études de cas, et contribue directement à la construction de notre projet de connaissance centrée sur la proposition d'un outil générique. Ainsi, la construction de notre phénomène de recherche est interdépendante de notre projet de connaissance, qu'il convient maintenant de présenter.

❖ **La proposition d'un outil générique comme projet de connaissance**

Cette recherche a une visée transformative et prescriptive. Nous cherchons à proposer un outil générique qui prendra la forme d'un BM dédié à la prestation de services des plus démunis dans les régions en développement.

Cet outil actionnable (Chanal, Lesca, & Martinet, 1997), visant à mettre en évidence un cadre de référence conceptuel et opératoire dans la construction d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé, détient un objectif prescriptif. Nous souhaitons proposer des voies améliorant l'accessibilité des services de santé aux plus démunis et cherchons à ce que les organisations et les individus qui les composent puissent les mettre en œuvre dans desdits contextes. Dès lors, notre produit de recherche est un *framework* ou cadre heuristique qui détient à un usage à la fois compréhensif et heuristique. Il constitue une grille de lecture ou de compréhension des cas, et fournit aux acteurs du terrain des axes de questionnement et de développement du phénomène de recherche (Payaud, 2014). Il est ainsi complété par un système propositionnel permettant de préciser le cadre conceptuel retenu, et proposant des prescriptions opérationnelles à l'attention des praticiens.

❖ Une épistémologie constructiviste pragmatique

Notre posture constructiviste pragmatique porte la construction de notre phénomène de recherche et de notre projet de connaissance. Ainsi, notre phénomène de recherche prend source dans l'identification d'un problème mondial lié à l'accessibilité limitée des services de santé à tous. Notre enquête conceptuelle et théorique met en avant des lacunes théoriques qui justifient de s'y intéresser au regard de la littérature BoP. Enfin, l'étude de la littérature sur les BM met en avant la force de cette approche dans l'appréhension d'une stratégie BoP.

Dès lors, notre ancrage pragmatique nous permet de développer une démarche prescriptive, transformative et activatrice c'est-à-dire qui puisse « *stimuler la production de nouveaux points de vue* » (Hatchuel, 1994, p. 70) dans la conception d'un BM BoP dédié aux services de santé. Nous cherchons ainsi à affiner notre raisonnement stratégique dans la construction de propositions à visée sociale et sociétale, destinées à améliorer l'accessibilité des services de santé aux plus démunis des régions en développement. Nous souhaitons produire de la connaissance actionnable destinée aux entreprises souhaitant délivrer une prestation de soins primaires aux plus démunis. Nous aspirons à ce que cette connaissance soit source de réflexion et d'action sans aucune prétention normative ou prédictive (Avenier, 2007).

LE DESIGN DE LA RECHERCHE

❖ L'approche des business models (BM) comme ancrage théorique

Afin d'appréhender notre phénomène de recherche, nous mobilisons l'approche des BM comme cadre théorique. Elle nous permet de comprendre les processus de création de valeur au sein des organisations par une approche systémique bénéfique à l'analyse de stratégies BoP. Agissant comme une représentation de la stratégie d'une organisation, le BM peut nous aider à comprendre la manière dont les organisations délivrent une prestation de santé aux plus démunis, et les mécanismes de création de valeur qui y sont associés. De plus, le BM est aussi un outil d'analyse qu'il nous semble pertinent de mobiliser pour comparer rigoureusement plusieurs organisations. Dans cette perspective, nous nous référons à « *la conceptualisation de BM pour délivrer des services de santé inclusifs à la base de la pyramide* » proposée par Angeli et Jaiswal (2016) qui présente l'intérêt d'être adaptée aux populations BoP et à la prestation de service de santé. Nous utilisons alors le BM pour comprendre les stratégies mises en œuvre par les organisations pour délivrer des services de santé aux plus démunis, et cherchons à leur

donner du sens à travers cette modélisation. Le BM est ainsi mobilisé pour son usage compréhensif et heuristique.

Par conséquent, le caractère à la fois opératoire et théorique du BM justifie que nous proposons un produit de recherche prenant la forme d'un BM dans notre projet de connaissance actionnable.

❖ Une méthodologie qualitative par une étude de cas multiples et contrastés

Nous adoptons une méthodologie qualitative basée sur une étude de cas multiples. Nous cherchons à analyser les acteurs et les actions impliqués dans la prestation de services de santé aux plus démunis des régions en développement. Nous souhaitons comprendre le BM mis en place par les organisations étudiées tout en mettant en avant la manière dont les prestations de santé sont délivrées aux plus démunis. Cette visée compréhensive alliée au manque d'étude du sujet dans la littérature implique une logique de découverte. Nous explorons alors un phénomène de recherche contextualisé, dans lequel nous analysons divers acteurs en interactions (Dumez, 2011). Nous ne cherchons pas seulement à décrire des BM de services de santé aux plus démunis, mais bien à comprendre comment ils sont mis en œuvre dans le contexte spécifique des régions en développement. Il s'agit d'analyser les actions et acteurs impliqués dans la construction dudit BM afin de générer des théories.

Le choix des études de cas selon des critères de pertinence préalablement définis permet d'effectuer une étude de cas contrastés en adéquation avec notre problématique de recherche. Nous chercherons à confronter notre enquête empirique à notre enquête conceptuelle par des allers/retour consécutifs entre théorie et terrain.

L'analyse intra-cas et inter-cas de nos quatre études de cas nous permet de comparer les différentes stratégies mises en œuvre par chaque organisation pour encourager l'accessibilité des services de santé aux plus démunis. La conceptualisation d'Angeli et Jaiswal (2016) agit comme un cadre d'analyse le long ce processus. Ainsi, nous chercherons à mettre en avant les convergences et les divergences entre nos études de cas. Il conviendra d'analyser les « sources de différence heuristique » des stratégies influençant l'accessibilité des services de santé aux plus démunis. L'objectif est ainsi d'envisager un enrichissement mutuel des pratiques pour délivrer une prestation de services de santé primaires aux plus démunis.

L'analyse inter-cas discutée au regard d'un cadre conceptuel enrichi, nous permettra ainsi de proposer un outil générique et un système de propositions au caractère praticable et actionnable.

Notre objectif est centré sur la création d'un outil générique associé à des propositions actionnables. Nous avons précédemment présenté notre démarche et notre méthodologie générale basée sur une étude qualitative au design ingénierique. Notre visée prescriptive renforce l'intérêt de proposer un plan composé en trois parties.

❖ **La première partie présente notre enquête conceptuelle et théorique**

Le Chapitre 1 présente une revue de la littérature **des stratégies BoP**. Après avoir présenté les principes de l'approche 3.0, approche des stratégies BoP la plus récente, et son engagement dans le développement inclusif des populations locales, le défi de l'accessibilité est présenté au regard de son caractère multidimensionnel.

Le Chapitre 2 se focalise sur **l'accessibilité des services de santé aux plus démunis**. Après avoir présenté la logique dominante service (Vargo & Lusch, 2004, 2016), et l'importance de la cocréation dans la prestation de service de santé, le chapitre se focalise sur l'intérêt d'adopter une perspective écosystémique des services de santé. L'accessibilité des services de santé est ensuite présentée au travers du modèle de Penchansky et Thomas (1981). Elle est ensuite discutée au regard des barrières à l'accès des services de santé auxquelles se confrontent les populations démunies. Ce chapitre montre ainsi la complexité des services de santé et de leurs barrières à l'accès qui s'avèrent intensifiées lorsqu'ils s'adressent aux populations à faibles revenus des régions en développement.

Le Chapitre 3 relie cette analyse conceptuelle à notre cadre théorique fondé sur **l'approche des *business models***. Nous prônons ainsi l'intérêt d'une approche centrée sur la création de valeur à condition qu'elle considère la valeur économique et sociale au sein du BM. Après avoir évoqué le besoin de créer des BM adaptés à la conduite de stratégies BoP et défini les BM hybrides et inclusifs, nous nous focalisons sur le cas des services de santé aux plus démunis. Nous justifions ainsi la pertinence de la conceptualisation d'Angeli et Jaiswal (2015) comme cadre d'analyse pour comparer nos études de cas.

❖ **La deuxième partie présente notre démarche empirique**

Le Chapitre 4 présente notre **posture constructiviste pragmatique** associée à notre **projet de connaissance actionnable**. Nous insistons sur la visée prescriptive et transformative de notre recherche et notre volonté de produire un outil générique et son système de proposition

théoriques et opératoires. Nous justifions ensuite l'adoption d'une méthodologie basée sur une étude de cas multiples contrastés et expliquons nos différents choix méthodologiques relatifs à la collecte des données et leurs analyses.

Le **Chapitre 5** se consacre aux **analyses intra-cas** de nos quatre études de cas au regard de notre problématique de recherche. Chaque analyse est effectuée selon les dimensions de valeur du BM tel que l'ont conceptualisé Angeli et Jaiswal (2016) puisqu'il a été conçu pour délivrer des services de santé aux populations démunies. Elles mettent en avant les stratégies que les organisations déploient aux différentes dimensions de valeur qui composent leur BM, et soulignent l'influence de ces stratégies dans la construction d'un BM dédié à la prestation des services de santé primaires aux plus démunis.

❖ **La troisième partie présente notre produit de recherche : un outil générique et son système propositionnels**

Le **Chapitre 6** se compose d'une **analyse inter-cas** et **discute les cas comparés** à la lumière de notre cadre conceptuel. Il nous permet de proposer un cadre conceptuel affiné à l'essentiel pour suggérer un outil générique. Ainsi, nous proposons un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires. En continuité des travaux d'Angeli et Jaiswal (2016), il modifie certaines caractéristiques de ses dimensions de valeur et suggère l'ajout d'une nouvelle dimension de valeur. Ces contributions visent à stimuler les interactions écosystémiques de l'organisation focale et d'encourager son encastrement local pour délivrer une prestation de services de santé primaires accessibles aux plus démunis.

Le **Chapitre 7** présente le **jeu propositionnel**. Il se compose de propositions fondatrices, ou théoriques, qui résument le cadre conceptuel retenu et nécessaire pour appréhender l'outil proposé, et de propositions opératoires qui visent à rendre opérationnelles les propositions théoriques auprès des praticiens.

❖ **La conclusion présente les contributions, la validité, les limites et les perspectives de la recherche**

La conclusion générale rappelle les éléments saillants précédemment développés et synthétise les réponses à nos questions de recherches. Elle met en avant les contributions de notre recherche et discute du domaine de validité de notre travail et du domaine d'application de l'outil proposé. Enfin, elle présente les perspectives de recherche qui permettront d'enrichir notre recherche.

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

Encadré 1 : L'architecture de la thèse

PREMIERE PARTIE

**A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET
THEORIQUES**

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION DE LA PARTIE 1

La première partie de cette thèse présente le cadre conceptuel et théorique de la recherche. Le premier chapitre vise à construire un cadre conceptuel et théorique provisoire sur lequel appuyer notre étude empirique. Il se compose de trois chapitres dans lesquels nous cherchons d'abord à mettre en tension deux défis de la littérature des stratégies BoP : l'inclusivité et l'accessibilité dans le cadre spécifique des services de santé ; puis à expliquer la pertinence de l'approche des business models comme cadre théorique de cette recherche.

Après avoir détaillé les différentes approches de la pauvreté, le **chapitre 1** présente l'évolution des stratégies BoP dans la littérature. Elle détaille sa vision basée sur la vente de produits et services aux plus démunis et son développement vers une approche écosystémique fondée sur la cocréation avec les plus démunis. Les différents concepts de la littérature et les principaux défis que sont l'inclusivité et l'accessibilité sont alors présentés.

Puis, le **chapitre 2** se focalise sur le défi de l'accessibilité dans le cas spécifique des services de santé. Il met en lumière les barrières à l'accès aux soins auxquels se confrontent les plus démunis et montre la complexité de délivrer une offre de cette nature au vu des conditions de vie précaires de la populations BoP.

Enfin, le **chapitre 3** présente l'approche des business models et le met en perspective avec les appuis conceptuels préalablement évoquée. Après avoir évoqué le besoin de créer des BM adaptés aux stratégies BoP, nous nous focalisons sur le cas des services de santé aux plus démunis et justifions la pertinence de la conceptualisation d'Angeli et Jaiswal (2015) comme cadre d'analyse pour comparer nos études de cas.

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Introduction du chapitre

Les stratégies BoP, sujet de cette thèse, détiennent leur origine dans une volonté de lutte contre la pauvreté. Alors, il convient de présenter ce concept de pauvreté et la notion de développement à laquelle elle est attachée en première section de ce chapitre. Nous nous focalisons ensuite sur les stratégies BoP afin de présenter l'évolution de cette approche et ses principaux défis que sont l'inclusivité et l'accessibilité.

SECTION 1 : LA PAUVRETE, UN FREIN AU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL

1.1. La pauvreté : une diversité des approches

Le concept de pauvreté demeure complexe du fait de son évolution historique et de ses approches variées qui ont évolué d'une vision purement monétaire et physiologique à une vision davantage holistique (Damon, 2012; Razafindrakoto & Roubaud, 2005). Il existe alors plusieurs définitions, mesures et notions associées qu'il est nécessaire de distinguer.

1.1.1. L'approche monétaire (ou bien-être économique)

Outre l'évaluation de la richesse ou le revenu d'un individu, l'approche monétaire considère les besoins que ce dernier peut combler par cette même richesse et/ou revenu. Les besoins vitaux tels que l'alimentation ou la santé sont ainsi considérés comme « primaires » (Rawls, 1971) ou « fondamentaux » (Streeten et al., 1981) et doivent être satisfaits en priorité puisqu'ils sont indispensables à la survie d'une personne. Selon Maslow (1943), ils conditionneraient la satisfaction de besoins plus complexes tels que le sentiment d'appartenance et l'amour, l'estime de soi et d'autrui et l'accomplissement de soi. L'individu ne pourrait ainsi satisfaire des besoins sociaux seulement si ses besoins physiologiques sont déjà satisfaits. Cette vision est vivement critiquée puisqu'elle sous-entend qu'une personne ne satisfaisant pas des besoins primaires ne chercherait pas à en satisfaire d'autres et ne pourrait pas les satisfaire.

L'approche monétaire est aussi utilisée comme base de mesure de pauvreté au niveau mondial. Par exemple, le seuil de pauvreté international considère comme pauvre toute personne vivant avec moins de \$1,90 par jour en parité de pouvoir d'achat (PNUD, 2016) et le seuil de pauvreté relative considère comme pauvre toute personne dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté

national par rapport au revenu médian. Même si les mesures relatives tendent à prendre en compte les spécificités nationales, le caractère unidimensionnel et la faible contextualisation de l'approche monétaire est discutable et appelle une vision plus holistique de la pauvreté qui affecte de surcroît la définition de l'individu pauvre à un niveau national ou international.

1.1.2. L'approche des capacités

Critiquant l'approche monétaire, Sen (1973, 1987) défend l'approche des capacités (ou capabilités)⁴, soit les capacités d'une personne à assouvir des besoins lui permettant d'atteindre un bien-être suffisant (Wagle, 2002) et plus largement la capacité d'un individu à accéder au bien-être. Les pauvres ne se résument pas aux personnes dont la seule caractéristique serait d'être sans revenu ou de « n'avoir rien à manger » (Banerjee & Duflo, 2007, p. 145). La condition humaine doit être considérée selon le bien-être global de l'individu qui dépend de l'ensemble de ses choix, et non de sa seule condition financière. Il s'agit d'évaluer sa capacité à faire des choix qui impliquent la transformation de son revenu en « fonctionnements » soit « les différentes choses qu'une personne peut aspirer à être ou à faire » (Sen, 1992 in : Bertin, 2008 p.43), du plus rudimentaire comme se nourrir, au plus complexe comme détenir une bonne estime de soi (Martinet & Payaud, 2010). Les fonctionnements sont en fait dépendants des libertés des individus qui permettent aux individus de construire leurs capacités (Sen, 1987, 1992). Les capacités et les libertés sont ainsi interdépendantes. Les capacités sont un signe de liberté puisque l'absence de liberté empêche les populations de former des combinaisons de fonctionnements nécessaires à l'atteinte d'un certain bien-être (Bertin, 2008); et le développement des capacités accroît la liberté d'un individu en lui permettant de faire davantage de choix de combinaisons de fonctionnement. Finalement, la condition de l'individu repose sur ses libertés, et plus précisément ses libertés de choix face aux différentes « opportunités et contraintes économiques et sociales » ('Glossaire « Les mots de Sen... Et au-delà »', 2009, p. 377). L'individu est alors considéré dans son environnement, lequel influence directement les libertés qui composent les capacités de ce même individu. C'est en ce sens que cette approche est considérée comme relative. Même si elle est centrée sur l'individu comme unité d'analyse (Laderchi, Saith, & Stewart, 2003), Sen (1987, 1992) souligne que le développement de capacités peut s'attacher à un groupe d'individus et former ainsi des « capabilités/capacités collectives » issues des interactions sociales entre individus aux

⁴ En anglais: "capability approach"

capacités individuelles qui leur sont propres. Cette dimension paraît intéressante dans le cadre de notre phénomène de recherche qui considère les individus BoP en contexte.

Finalement, l'approche des capacités est une approche multidimensionnelle de la pauvreté qui prend en compte la privation de capacité (primaires et complexes) et permet de contextualiser la pauvreté dans son contexte historique et culturel (Martinet & Payaud, 2010). Ce caractère multidimensionnel et relatif à l'environnement constitue ainsi une base d'inspiration pour le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui affiche son intérêt pour les travaux de Sen et utilise depuis 2010 l'indice de pauvreté multidimensionnelle comme indicateur de pauvreté. Basé sur des mesures associées à la santé, à l'éducation et aux standards de vie, il permet de pallier l'étroitesse de l'approche monétaire et des seuils de pauvreté.

1.1.3. L'approche basée sur l'exclusion sociale

A la recherche d'une vision holistique et sociologique, Townsend (1979) initie un courant basé sur l'exclusion sociale (Razafindrakoto & Roubaud, 2005). Le contexte social est alors considéré comme une nécessité pour appréhender la pauvreté et est placé au cœur de la réflexion. Le pauvre est identifié selon le groupe social ou la société dans laquelle il évolue. Il se définit comme une personne marginalisée et privée d'interactions sociales au sein de ce groupe (Laderchi et al., 2003). Du fait de sa référence à l'environnement et des normes qui y sont associées, cette approche est considérée comme relative. Ce n'est pas la seule privation de ressources qui compte, mais surtout l'exclusion d'un individu des activités établies comme normales dans un groupe ou une société donnée. Cette exclusion renforce la persistance de la pauvreté qui pousse les exclus à développer une « *culture de la pauvreté* » (Razafindrakoto & Roubaud, 2005, p. 127) dont il est difficile de sortir. La pauvreté est ainsi appréhendée selon plusieurs dimensions (Room, 1999 in : Laderchi et al., 2003) où l'exclusion repose sur « (1) la consommation (la capacité d'acheter) ; (2) la production (l'implication dans des activités productives) ; (3) l'engagement politique ; (4) les interactions sociales (le niveau d'intégration dans des réseaux familiaux, amicaux et communautaires) » (Hills, Le Grand, Piachaud, 2002 in : Damon, 2014). Ainsi, Le Grand⁵ définit une personne exclue comme un « *...résident en société, qui pour des raisons indépendantes de sa volonté, ne peut pas participer aux activités normales des citoyens de cette société, mais aimerait le faire.* » (Le Grand in : Laderchi et al., 2003, p. 258).

⁵ Traduit de l'anglais : "At an early meeting of the Centre for the Analysis of Social Exclusion at the London School of Economics (see Burchardt et al., 1999, p. 229)."

En cherchant à identifier les personnes dites « incluses » et celles dites « exclues » (Laderchi et al., 2003), l'approche basée sur l'exclusion sociale utilise comme unité d'analyse le groupe et non l'individu. La difficulté réside alors dans l'identification des normes qui indiquent où se situe la normalité. Identifier les activités normalement effectuées par les inclus peut aider à identifier les exclus et les limites de l'inclusion. Néanmoins, cette approche s'applique surtout aux pays développés où les activités sont formalisées et évoluent dans un cadre institutionnel reconnu (Laderchi et al., 2003). La frontière de cette dualité inclus/exclus dans les pays en développement s'avère moins évidente du fait de la dominance des activités informelles et des fractures institutionnelles importantes.

En définitive, l'exclusion sociale s'attache surtout à l'identification de groupes distincts par leur inégalité face aux opportunités de l'environnement. Lutter contre cette exclusion implique alors la mobilisation des inclus pour permettre une distribution plus équilibrée des opportunités. A l'inverse de l'approche monétaire, l'amélioration par la croissance ne suffit pas à améliorer l'exclusion sociale, puisqu'elle requiert l'implication des inclus (Laderchi et al., 2003).

1.2. La pauvreté : un indicateur de développement ?

Le PNUD adopte depuis 2010 une mesure de la pauvreté dite multidimensionnelle (PNUD, 2016) qui prend racine dans l'approche des capacités de Sen (1987). L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) tend à surpasser les visions réductrices des mesures de pauvreté absolue (les personnes vivant avec moins de \$1,90 par jour) ou de pauvreté relative (les personnes vivant avec moins du revenu médian national) qui sont fréquemment utilisées dans un objectif de comparaison mondiale. L'IPM ne s'attache pas au seul revenu des populations et prend en compte dix indicateurs de privation relatifs à l'éducation, la santé et les standards de vie (PNUD, 2016). Il offre ainsi une meilleure compréhension des conditions de vie des populations pauvres qui « *manquent souvent de capacité et d'opportunités parmi de multiples dimensions* » (Ibid, p. 54). Cet indice permet ainsi d'identifier les ménages concernés par ces manques et les types de privations auxquelles ils font face. Finalement, l'IPM éclaire la mesure de la pauvreté générale par son caractère multidimensionnel basé sur des indicateurs de santé, éducation et de bien-être.

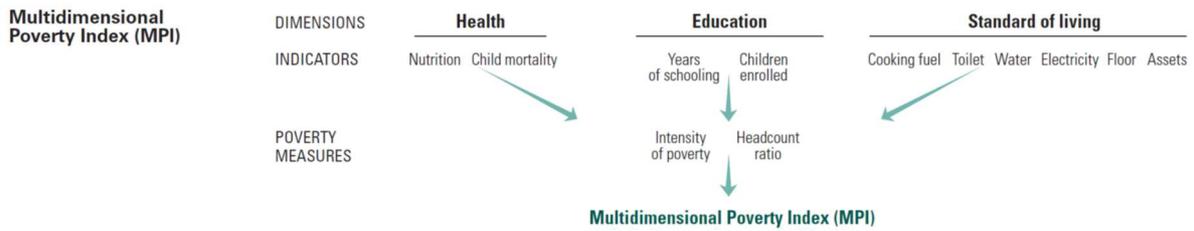


Figure 1 : Composition de l'indice de pauvreté multidimensionnel (PNUD, 2016)

Même si le caractère multidimensionnel de cet indicateur est valorisé, d'autres indicateurs plus « traditionnels » sont toujours utilisés et servent de base à de nombreuses comparaisons mondiales. Ainsi, la pyramide économique mondiale des revenus met en évidence plusieurs strates de la pauvreté, où les personnes vivant avec moins de \$9 sont considérés comme les plus pauvres de la planète, parmi eux, celles vivant avec moins de \$1,90 par jour sont considérées comme extrêmement pauvres, et celles ayant entre \$1,90 à \$3,10 par jour, comme modérément pauvres. Cette vision appuie encore l'importance du revenu dans la perception de la pauvreté.

Malgré l'existence de nombreux indicateurs internationaux, il est difficile de rendre compte objectivement d'un niveau de pauvreté d'une population. Afin de dresser un paysage global du développement mondial, le PNUD (2016) utilise l'IDH qui met en avant le niveau de développement global d'un pays selon le niveau de ses « capacités essentielles » (p.52) soit la durée de vie, le revenu national brut et les années d'études. Il est alors utilisé comme indice de référence pour classer les pays selon leur niveau de développement.

L'IDH permet surtout d'analyser son évolution au fil des années et au travers sa comparaison avec d'autres pays afin de proposer un classement mondial. Ainsi, des pays appartenant à la même tranche d'IDH supposent des contextes similaires en termes de développement. Cependant, cette mesure globale ne rend pas compte des spécificités et disparités nationales ; un IDH en progression prouve une amélioration nationale, mais ne garantit pas l'absence de pauvreté. Parmi les pays en développement, se détachent les puissances émergentes, les BRICS, qui voient leur IDH croître malgré des disparités persistantes, notamment dans l'accès à des biens et services de première nécessité. En effet, les BRICS connus pour leur croissance économique fulgurante ont vu leur IDH s'améliorer même si une partie de leur population continue à vivre dans une extrême pauvreté (Porrás, 2015). La présence de contrastes aussi marqués dans des pays où la croissance suppose une amélioration globale des conditions de vie prouve l'intérêt d'un regard plus spécifique sur les conditions de développement d'un pays qui ne se résume pas à son seul IDH et se doit de prendre en compte plusieurs dimensions. L'IDH est ainsi un indicateur à manier avec prudence puisqu'il ne « reflète pas le bien-être d'une vaste

portion de la population » (PNUD, 2016, p. 53) et n'apporte qu'une vision globale du développement. Dès lors, l'utilisation de l'IDH ajusté aux inégalités (IDHI) s'avère plus pertinente. Ainsi, plus l'IDH et l'IDHI diffèrent, plus les inégalités sont fortes (PNUD, 2018).

1.3. Appréhender les stratégies BoP selon l'approche des capacités et une vision intégratrice

Notre travail de recherche analyse l'accès des services de santé aux populations démunies des régions en développement. Nous considérons alors que l'inaccessibilité à des produits et services de première nécessité, tels que les services de santé, contribue à qualifier une personne de pauvre. Selon l'approche monétaire, elle n'a pas les moyens financiers d'y accéder. L'approche des capacités montre que le manque de ressources financières n'est pas la seule cause qui explique cette inaccessibilité. Il s'agit donc de s'intéresser à la capacité de l'individu à créer des combinaisons de fonctionnements dans l'atteinte d'un certain bien-être. Enfin, l'approche de l'exclusion sociale fait directement référence à l'exclusion d'une personne envers un cadre institutionnel ou une société, auquel le service de santé peut appartenir ou être régi. Nous considérons l'approche monétaire trop étroite pour faire part de la complexité de la pauvreté à la base de la pyramide, et l'approche basée sur l'exclusion n'est pas adéquate avec le cadre institutionnel défaillant de ces marchés. Dès lors, nous envisageons la pauvreté selon une privation des capacités, afin de permettre une vision holistique de la pauvreté ne se limitant pas aux seuls manques de ressources financières. Nous nous focalisons sur l'inaccessibilité individuelle des services de santé, mais ne négligeons pas une privation des capacités plus larges, en admettant des causes autres que financières. L'approche de Sen (Sen, 1973, 1987, 1992) nous paraît d'autant plus pertinente dans le cadre de nos études de cas qui sont des organisations évoluant dans des pays en développement marqués par de fortes disparités économiques et sociales. L'accessibilité des services de santé y est alors limitée et ne se traduit pas par le seul pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national.

Considérant réductionniste l'utilisation individuelle des approches précédemment présentées, Wagle (2002) suggère une approche dite intégratrice se basant sur trois critères : le bien-être économique, les capacités et l'exclusion sociale. La pauvreté ne s'attache pas aux seuls problèmes purement économiques ou purement sociaux. Plusieurs dimensions sont à appréhender, et seule une approche globale s'impose. Ainsi, il considère que la pauvreté est affectée par « *l'intégration des trois considérations – celle qui est centrée sur les biens, celle qui est centrée sur les personnes et celle qui est centrée sur les institutions* » (Wagle, 2002, p.

183). Il caractérise le bien-être d'une personne selon « *ses ressources économiques synonymes de revenu ou de richesse, la capacité de transformer ces ressources économiques et autres ressources non économiques en bien-être et, de façon plus large, les institutions ou ordres sociaux qui facilitent ou entravent la transformation de ces ressources en bien-être.* » (Wagle, 2002, p. 183). Finalement, cette approche intégratrice offre la vision la plus holistique des approches de la pauvreté. Ainsi, nous mobilisons cette vision, au sens où nous prenons en compte ces différents facteurs, mais insistons sur notre référence à Sen dans l'appréhension de la pauvreté selon les capacités des individus.

SECTION 2 : COMPRENDRE L'EVOLUTION DES STRATEGIES BoP

2.1. Fondements des stratégies BoP

D'après la pyramide économique des revenus mondiaux (Voir Figure 1), Prahalad et Hart (2002) soulignent qu'environ deux tiers de la population mondiale vit avec moins de \$9 par jour. Ces quatre milliards d'habitants situés à la base de la pyramide des revenus sont alors désignés comme la population *Base/Bottom of the Pyramid* (BoP) et sont considérés comme un marché latent présentant des opportunités d'affaires pour les FMN. Via une nouvelle forme de capitalisme, dit capitalisme inclusif (Pitta, Guesalaga, & Marshall, 2008; Prahalad & Hart, 2002), les FMN pourraient capter la demande de ces populations démunies tout en dégagant du profit. La mise à disposition de produits et services de première nécessité, jusqu'alors peu disponibles pour ces populations, contribuerait ainsi à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour ce faire, les FMN ne doivent pas se contenter de transposer des stratégies menées dans des pays développés aux pays en développement (PED), mais doivent prendre en compte les spécificités du contexte dans lequel évoluent ces populations BoP. Elles peuvent ainsi proposer des stratégies marketing et commerciales qui soient adaptées aux conditions de vie de ces populations locales démunies (Anderson & Billou, 2007; Anderson & Markides, 2007). C'est par la prise en compte de ce contexte que les FMN développent des stratégies dites BoP, c'est-à-dire destinées et adaptées aux populations démunies de la base de la pyramide.

L'idée initiale des stratégies BoP se focalise sur la capacité des FMN à diminuer la pauvreté par la vente de produits et services adaptés aux populations BoP. Dès lors la population BoP est considérée comme un segment de marché, et même un marché à part entière. Il n'est pas rare de voir dans la littérature des stratégies BoP le terme de « *marché BoP* » ou dans une orientation plus marketing le terme anglais « *Subsistence marketplace* » (Viswanathan & Rosa,

2010). Ce dernier renvoie à une vision centrée sur les transactions et acteurs économiques du marché alors que l'expression « marché BoP » se concentre davantage sur la stratégie d'entreprise (Ibid.). Cependant, et au même titre que le terme « *low-income market* » (Angeli & Jaiswal, 2015) ; ces différents termes sont souvent utilisés de manière interchangeable dans la littérature (Nakata & Weidner, 2012). Aussi, il est d'usage commun de se référer à l'expression « à la base de la pyramide » (en anglais « at the *Base/Bottom of the Pyramid* »), via laquelle la base de la pyramide fait référence aux populations pauvres avec des revenus se situant à la base de la pyramide économique des revenus (Voir Figure 2). Même si la base de la pyramide se réfère initialement à cette conceptualisation des revenus mondiaux, la population BoP ne se caractérise pas par sa seule parité de pouvoir d'achat inférieure à 9\$ par jour, et détient d'autres spécificités. Par exemple, London (2007) définit la base de la pyramide comme « *les pauvres de la base de l'échelle socio-économique mondiale, qui opèrent principalement dans une économie de marché informelle* »⁶ (London, 2007, p. 11). Certains se réfèrent au niveau de pauvreté absolue et considèrent la population BoP comme l'ensemble des individus vivant avec moins de \$1 par jour, alors que d'autres parlent plus généralement de la population à bas revenu (*low-income population*) sans autres précisions.

Conformément à la définition et la mesure de la pauvreté, il s'avère difficile de proposer une définition arrêtée et précise de la population BoP, si bien que l'évocation de la population BoP dans la littérature ne s'attache pas toujours à désigner les mêmes individus (Kolk et al., 2014). Soulignant le caractère contreproductif et la difficulté de proposer une définition exacte de cette population, Kolk et al. (2014) insistent sur la nécessité pour les chercheurs de définir à quelle population ils se réfèrent en utilisant ce terme.

Annual Per Capita Income*	Tiers	Population in Millions
More Than \$20,000	1	75-100
\$1,500-\$20,000	2 & 3	1,500-1,750
Less Than \$1,500	4	4,000

Figure 2 : La pyramide économique des revenus mondiaux (Prahalad & Hart, 2002)

⁶ Traduit de l'anglais : "...represents the poor at the base of the global socio-economic ladder, who primarily transact in an informal market economy."

Dans cette recherche, le terme BoP se réfère aux individus considérés comme pauvres au sens de Sen (1987), c'est-à-dire les individus privés des capacités leur permettant d'atteindre un certain bien-être qu'ils acquièrent par une satisfaction de leurs besoins fondamentaux, ici les services de santé. L'approche des capacités de Sen (1987) est particulièrement pertinente dans le cadre des stratégies BoP où il y a interdépendance entre capacités et environnement (Payaud & Martinet, 2010). Les populations pauvres des PED sont directement victimes de leur environnement caractérisé par un manque d'infrastructures et de contraintes institutionnelles auxquelles les communautés locales doivent faire face. Ainsi, l'individu pauvre, cible des stratégies BoP, n'est pas seulement considéré individuellement par la prise en compte de ses capacités individuelles ; il est aussi considéré au sein de la communauté à laquelle il appartient via la prise en compte des capacités collectives. Dans cette optique, une référence à l'approche intégrée, prenant en compte aussi l'exclusion sociale peut être pertinente.

Nous précisons que la population BoP se restreint ici aux PED du fait de leur contexte institutionnel et environnemental différent de celui des pays développés. Même s'il peut exister certaines variations sur la précision associée au terme BoP, ce dernier fait toujours référence à la base de la pyramide économique des revenus mondiaux qui regroupe la population la plus pauvre de la planète. La pauvreté étant difficilement quantifiable, il nous paraît plus approprié de ne pas nous référer aux indices de pauvreté de l'approche monétaire. Nous utilisons donc de manière interchangeable les termes BoP, démunis, à bas revenus pour désigner la population souffrant d'une privation de ses capacités essentielles. La référence à la population BoP au sens large nous permet d'intégrer plusieurs segments caractérisés dans la littérature : les populations urbaines et rurales, les populations ayant des niveaux d'isolement différents et les populations souffrant de différents niveaux de pauvreté, *etc.* Ainsi, et à l'instar de la littérature, nous utilisons le terme BoP tel un adjectif qualificatif désignant la population du bas de la pyramide des revenus dont les besoins fondamentaux sont insatisfaits. Nous faisons ainsi référence aux stratégies BoP (stratégies destinées à ces populations démunies), aux business models (BM) BoP (BM destinés à ces populations démunies) et aux produits et services BoP (produits et services destinés à ces populations démunies).

2.2. Les stratégies *Bottom of the Pyramid*, une approche de marché pour lutter contre la pauvreté

Suite à l'appel initial de Prahalad et Hart (2002) aux FMN pour lutter contre la pauvreté, la littérature sur le sujet s'est intensifiée, mettant en lumière différentes approches des stratégies

BoP passant d'une logique *top-down* pour vendre aux « pauvres » (BoP 1.0) à une logique *bottom-up* pour cocréer avec la population BoP (BoP 2.0) et créer une valeur partagée économique et sociale au sein de l'écosystème local (BoP 3.0).

2.2.1. D'une approche top-down à une approche bottom-up, le développement du capitalisme inclusif

Les stratégies BoP se distinguent des stratégies déployées sur les marchés situés en haut de la pyramide économique des revenus mondiaux (ou plus globalement les pays développés) où les pratiques commerciales et stratégiques occidentales dominent. Ces dernières suivent une logique de recherche de profit dans laquelle la conduite d'une stratégie marketing vise à un atteinre un segment de marché identifiable, mesurable, substantiel et accessible (Pitta et al., 2008) dans une optique de maximisation de profits. A l'inverse, les stratégies BoP se développent dans une logique à la fois économique, sociale et environnementale dont le but ultime est l'éradication de la pauvreté via la génération de profits (Prahalad & Hart, 2002). Ces stratégies ont la particularité de s'adapter au contexte des marchés BoP caractérisés par plusieurs contraintes : (1) des difficultés dites « productives » soit l'accès à des matières premières de qualité et à des ressources financières et de production ; (2) des difficultés de « transaction » soit des contraintes d'accès au marché (infrastructure limitée, connaissance limitée des attentes locales), des contraintes liées aux relations de pouvoir en place (accès difficile aux acteurs du marché tels que les intermédiaires, acheteurs, *etc.*) et les contraintes causées par l'insécurité du marché (fluctuation des prix) (London, Anupindi, & Sheth, 2010).

Du fait de leurs ressources financières, managériales et technologiques, les FMN sont perçues comme les plus aptes à surmonter ces contraintes environnementales pour créer et rendre disponible des produits et services sur ces marchés (Prahalad & Hart, 2002). Pour ce faire, l'adaptation locale est privilégiée à la standardisation globale. Elle permet de satisfaire aux mieux les besoins des consommateurs pauvres par la prise en compte de leurs conditions de vie et comportement de consommation (Schuster & Holtbrügge, 2012). La spécificité des marchés BoP appelle les FMN à développer de nouvelles connaissances et compétences afin de proposer des produits et services adaptés aux contextes BoP et donc différents de leur marché d'origine. La difficulté réside dans la prise en compte des caractéristiques des marchés BoP qui ne sont pas exclusives à un pays, mais sont fonction de la situation socio-économique, d'éducation et d'infrastructure dans laquelle évolue la population BoP (Ibid.). Ainsi, les FMN doivent repenser leurs stratégies et leur business model (London & Hart, 2004) de manière à intégrer les 4A

(*Acceptability, Availability, Affordability, Awareness*)⁷, une version des 4P (Armstrong et al., 2016) du mix marketing traditionnel (*Product, Price, Place, Promotion*)⁸ adaptée aux consommateurs BoP (Anderson & Billou, 2007). Il s'agit de créer des produits et services acceptables pour les populations BoP, d'encourager leur disponibilité via des prix abordables et des canaux de distribution efficaces tout en sensibilisant ces populations sur l'utilité des produits vendus (Anderson & Billou, 2007). La réussite des stratégies BoP repose alors sur la capacité des FMN à vendre des produits et services aux consommateurs pauvres grâce à l'adaptation de ses stratégies. Cette vision *top-down*, désignée comme BoP 1.0 (Chmielewski, Dembek, & Beckett, 2018; Hart & Casado Cañeque, 2015), est vivement critiquée, car elle se focalise sur la consommation de la population BoP et ne prend pas en compte les dimensions sociales et relationnelles liées à la condition de pauvreté dans laquelle ces populations évoluent (Arora & Romijn, 2012). L'individu pauvre n'est perçu que par son rôle de consommateur, et ce dans son individualité ; ce qui remet en cause l'éventuelle transformation sociale suggérée par les stratégies BoP. Cette vision 1.0 est alors dénoncée comme une forme d'impérialisme économique, appelant ainsi à une nouvelle approche, l'approche BoP 2.0., vision *bottom-up* inspirée des travaux basés sur la communauté (Peredo & Chrisman, 2006).

2.2.2. L'approche BoP 2.0, une création de valeur mutuelle par l'intégration du pauvre

Dans l'approche BoP 2.0, les stratégies BoP sont davantage centrées sur l'engagement des FMN avec les populations BoP (Arora & Romijn, 2012). Il ne s'agit plus de « *vendre aux pauvres [mais] d'engager les pauvres via des partenariats bottom-up* »⁹ (Chmielewski et al., 2018, p. 3). Constatant qu'il existe différents besoins au sein de la population BoP, Ireland (2008) préconise la segmentation de la population. Il suggère de tenir compte du niveau d'urbanisation dans lequel les individus BoP vivent, les zones rurales ou urbaines impliquant des besoins spécifiques dus à des différences en termes d'isolement ou d'infrastructures disponibles. Pour une meilleure compréhension des enjeux et besoins locaux, la voix des consommateurs doit être prise en compte à plusieurs niveaux de la chaîne de valeur (Sridharan & Viswanathan, 2008). Elle entraîne alors une meilleure adaptation de l'offre proposée (Pels & Kidd, 2015) et permet de développer une relation basée sur la confiance et l'apprentissage mutuel (London & Hart, 2011). Les entreprises gagnent ainsi en connaissances locales et légitimité quand les

⁷ Acceptabilité, Disponibilité, Abordabilité, Sensibilisation

⁸ Produit, Prix, Distribution, Promotion

⁹ Traduit de l'anglais : "*Selling to the poor*" to "*engaging the poor*" through bottom-up partnerships."

consommateurs BoP sont sensibilisés. « *Le problème est que les consommateurs BoP fassent souvent des choix qui ne servent pas leurs propres intérêts* » (Karnani, 2007, p. 9). Alors, la vente de produits nocifs tels que l'alcool et le tabac est dénoncée au profit de la vente des produits et services de première nécessité. Il s'agit de placer les besoins primaires du consommateur au cœur des préoccupations et de s'adapter à ses caractéristiques. L'approche *bottom-up* via le consommateur BoP apparaît alors comme évidente pour satisfaire au mieux la population BoP jusqu'alors peu connue des FMN. Cette collaboration permet de gagner en connaissances locales pour proposer des solutions adaptées. Cependant, la consultation du plus démuné n'est pas suffisante, car elle maintient l'individu BoP à son statut de consommateurs. C'est pourquoi l'approche BoP 2.0 considère progressivement la durabilité économique et sociale des stratégies BoP via l'intégration de l'individu BoP le long de la chaîne de valeur des entreprises. L'individu BoP n'est pas seulement un consommateur, mais aussi un producteur, un distributeur, un cocréateur (Karnani, 2007) capable de générer de la valeur, valeur partagée avec l'entreprise (Nobre & Morais-da-Silva, 2018). Cette pratique est dite inclusive, dans le sens où elle intègre le pauvre dans l'activité de l'entreprise (Reficco & Márquez, 2009). Elle valorise la capacité de la population BoP à créer et vendre des produits et services pour lui permettre de participer à la conception de ces produits et services adaptés et destinés aux populations BoP (Simanis & Hart, 2009). L'individu BoP est ainsi un partenaire à part entière pouvant être intégré à tout niveau de la chaîne de valeur. Il peut cocréer de la valeur avec l'entreprise et être acteur et générateur d'activité économique (London & Hart, 2011) dans l'écosystème dans lequel il évolue. Il ne s'agit plus de faire fortune à la base de la pyramide¹⁰, mais de créer de la fortune avec la base de la pyramide¹¹ (London & Hart, 2011), de cocréer pour et avec les populations BoP. La création de valeur partagée devient alors une préoccupation majeure des stratégies BoP.

Il n'est pas aisé pour les FMN de surmonter les barrières institutionnelles et s'adapter pleinement aux conditions de vie des populations BoP. Alors, les FMN prennent connaissance de l'écosystème local et des acteurs sur lesquels s'appuyer. Elles développent des partenariats avec des acteurs bien implantés et légitimes localement (Schuster & Holtbrügge, 2014) telles que les ONG qui sont considérées comme des partenaires privilégiées. (Dahan, Doh, Oetzel, & Yaziji, 2010; Kolk et al., 2014; Webb, Kistruck, Ireland, & Ketchen, 2010). Les FMN bénéficient ainsi de leur expérience du marché, de leurs contacts et de leur légitimité auprès des

¹⁰ En référence à l'ouvrage de Prahalad : *“The fortune at the Bottom of the Pyramid : Eradicating Poverty Through Profits.”*

¹¹ Traduit de l'anglais : *“Creating the fortune with the base of the pyramid”*

populations locales (Hahn & Gold, 2014) dans un objectif de valeur partagée avec le pauvre via des considérations économiques, sociales et environnementales.

Finalement, la vision BoP 2.0 se caractérise par une approche *bottom-up* basée sur la recherche de valeur mutuelle, dans un objectif de développement durable et ce via des partenariats locaux (Nobre & Morais-da-Silva, 2018). La collaboration avec plusieurs acteurs et la prise en compte de l'individu BoP sous différents rôles intensifient l'importance donnée à la notion d'écosystème dans la littérature. Cette considération écosystémique grandissante appelle alors la création progressive d'une approche BoP 3.0 qui suppose l'amélioration du BoP 2.0 pour plus de valeur responsable et partagée (Chmielewski et al., 2018).

2.2.3. L'approche BoP 3.0, un écosystème créateur de valeur partagée

Dans une optique de création de valeur durable, les FMN doivent développer leur connaissance des marchés BoP et ce en s'impliquant localement (Schuster & Holtbrügge, 2012). Outre l'implication des populations BoP, s'entourer d'acteurs locaux issus de l'économie sociale et solidaire permet de gagner en ressources, compétences, et légitimité sur les marchés BoP (Hahn & Gold, 2014; Webb et al., 2010). Ces organisations détiennent des connaissances locales et tendent à être bien intégrées localement. C'est d'ailleurs pour cela qu'elles sont à l'initiative de nombreux projets envers les plus démunis (Kolk et al., 2014). Ainsi, il semblerait que l'initiative des stratégies BoP ne soit plus réservée aux seules FMN et s'étende progressivement à d'autres organisations centrées sur l'amélioration des conditions de vie des populations démunies (Hart, Sharma, & Halme, 2016). Une stratégie BoP peut ainsi être menée par une FMN, une ONG ou une entreprise sociale à condition qu'elles soient impliquées dans le bien-être durable des populations BoP et ce de manière pérenne.

Quel que soit le type d'organisation à l'initiative d'une stratégie BoP, il convient de créer un écosystème (Voir Figure 3) c'est-à-dire « *un cadre qui permet au secteur privé et aux acteurs sociaux (...) d'agir ensemble et de créer de la valeur dans une relation symbiotique* »¹² (Prahalad, 2004, p.65). Cet écosystème permet une meilleure viabilité des initiatives BoP, dont la réussite de manière isolée paraît ardue (Hart et al., 2016). L'écosystème facilite alors la construction de la proposition de valeur (Hart, Sharma, & Halme, 2016) ainsi que l'opérationnalisation des activités liées à la vente de produits et/ou services aux populations démunies, c'est-à-dire permettant l'intégration de ces mêmes populations comme distributeurs,

¹² Traduit de l'anglais : "A framework that allows private sector and social actors . . . to act together and create wealth in a symbiotic relationship."

cocréateurs, entrepreneurs dans la chaîne de valeur de ladite organisation (Hart & Casado Cañequé, 2015a). La recherche de valeur est non seulement économique, mais aussi sociale dans le respect environnemental. Cette démarche durable (Nobre & Morais-da-Silva, 2018) pousse alors les entreprises à créer des *business models* (BM) innovants (Pels & Kidd, 2015; Prahalad, 2012) qui encouragent la création de processus d'innovation ouverte (Nobre & Morais-da-Silva, 2018). Ces processus permettent à l'organisation d'accéder à la connaissance externe qui, comme justification à la pratique de l'innovation ouverte, est supposée être plus nombreuse que celle produite en interne. Ainsi, les organisations se reposent sur « *l'utilisation de flux de connaissances sortants et entrants pour accélérer à la fois l'innovation interne (développée et commercialisée par l'entreprise) et les usages externes de ces innovations (commercialisées par d'autres entreprises)* » (Chesbrough, 2003, p. 13). La création d'un BM dit innovant doit alors permettre d'interagir avec différents acteurs de l'écosystème et surtout d'intégrer les pauvres dans la chaîne de valeur des organisations pour créer de la valeur mutuelle (London et al., 2010) avec les populations intégrées. Le BoP 3.0 insiste ainsi sur l'importance des partenariats et la création de valeur partagée entre les acteurs impliqués dans l'activité de l'organisation (Simanis & Hart, 2009). Par la considération de l'individu BoP comme consommateur, partenaire, cocréateur, la création de valeur mutuelle et durable entre l'organisation et le pauvre reste au centre des préoccupations. C'est l'intégration du pauvre qui permet d'améliorer ses conditions de vie via une création de valeur économique et sociale mutuelle entre le pauvre et l'entreprise.

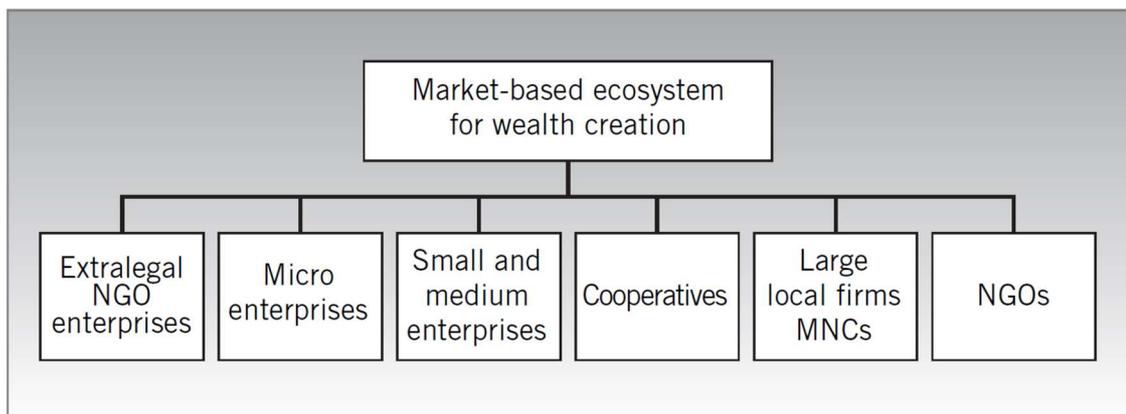


Figure 3 : Composantes de l'écosystème basé sur le marché selon Prahalad (Prahalad, 2004, p. 65)

La place centrale accordée à l'écosystème marque le développement du BoP 3.0 qui suggère que « *de nouvelles propositions de modification à l'égard de l'approche BoP (faisant plus communément référence à l'approche 3.0 (par exemple, Cañequé et Hart, 2015; Cieslik, 2016;*

London, 2016; Mason et al., 2017)) émergent, prônant des entreprises BoP plus inclusives et impactantes dans leur habilité à éradiquer la pauvreté. »¹³ (Chmielewski et al., 2018, p. 3). Dès lors, la création de partenariats ne se limite plus aux ONG et s'ouvre à des acteurs variés tels que les gouvernements, les instituts de microfinances ou les chercheurs (Grobbelaar, 2018) ; les processus d'innovation ouverte sont considérés comme générateurs de valeur pour l'organisation ; et l'entrepreneuriat et l'intégration des populations BoP sont perçus comme moteur de développement (Nobre & Morais-da-Silva, 2018; Webb et al., 2010).

Il est important de noter que les trois approches BoP ne sont pas en opposition, mais en évolution, c'est-à-dire qu'elles se complètent et mènent à la création d'une version toujours plus aboutie de la précédente dans l'optique d'engendrer de meilleures conditions de vie pour les plus démunis. Elle ne vise donc pas à rejeter l'ensemble des propositions faites auparavant, mais à les améliorer pour une meilleure contribution à la diminution de la pauvreté. Au fil des approches BoP, la nécessité de création de valeur partagée s'est affirmée plaçant au cœur de la démarche l'inclusivité soit l'intégration du BoP dans la chaîne de valeur des organisations opérant à la BoP. La question de l'inclusivité comme création de valeur partagée gagne ainsi de l'importance dans la conduite des stratégies BoP et mérite une attention particulière.

SECTION 3 : L'INCLUSIVITE COMME MOTEUR DE CREATION DE VALEUR DES STRATEGIES BO P

L'intégration du pauvre dans la chaîne de valeur apparaît ainsi comme un incontournable dans l'amélioration des conditions de vie des plus démunis. L'inclusivité est désignée comme un levier d'éradication de la pauvreté. Elle permet de créer de la valeur par l'engagement des populations dans la chaîne de valeur des entreprises, pratique rendue possible par la création de BM adaptés. Il s'agit alors de créer des BM inclusifs, BM qui permettent l'intégration du pauvre dans la chaîne de valeur des entreprises, dans le but de créer de la valeur qui bénéficie à la fois aux populations démunies et à l'organisation. La littérature désigne ainsi l'inclusivité comme la source d'une création de valeur économique et sociale pour les plus démunis et prend une place grandissante dans la littérature BoP depuis le développement du BoP 2.0 (Nobre & Morais-da-Silva, 2018). L'engouement développé autour de la notion d'inclusivité développe

¹³ Traduit de l'anglais : "New propositions for modifications to the BoP approach (most commonly referred to as BoP 3.0 (e.g., Cañeque and Hart 2015; Cieslik 2016; London 2016; Mason et al. 2017)) are emerging, advocating for more inclusive and impactful BoP ventures that are truly able to alleviate poverty."

cependant une certaine ambiguïté dans sa définition et son rôle dans les stratégies BoP (George et al., 2012).

3.1. L'intégration des communautés BoP comme moteur d'inclusivité

Dans une recherche d'inclusivité marquée par un objectif de création de valeur économique et sociale, le besoin de partenariats persiste. Les entreprises s'entourent de partenaires locaux commerciaux et non commerciaux, lesquels facilitent l'interaction avec les populations démunies et leur engagement en tant que consommateurs, mais aussi producteurs ou cocréateurs (Hammond & Prahalad, 2004; Reficco & Márquez, 2009). Initiatrices de stratégies BoP, les organisations cherchent alors à créer un réseau inclusif c'est-à-dire un « *arrangement horizontal dans lequel toutes les parties partagent la responsabilité pour des résultats performants, sans qu'aucune des parties n'exerce d'autorité ou de contrôle sur les autres*¹⁴ » (Reficco & Márquez, 2009, p. 5). Il s'agit en fait de connecter l'offre et la demande via une relation longue durée dans le respect de l'écosystème local.

La plupart des réseaux inclusifs se construit sur des relations partenariales formelles et informelles qui permettent de combler les vides institutionnels locaux. Formés sur des relations encadrées localement, ces réseaux favorisent l'encastrement local (Granovetter, 1985) des organisations initiatrices de projets BoP, ce qui encourage de fait leur acceptation dans l'écosystème local (Reficco & Márquez, 2009). Cet encastrement local consiste en effet en « *l'intégration dans des réseaux locaux diversifiés qui conduit au développement de relations de coopération à long terme et qui peut aboutir à la réalisation d'avantages communs pour tous les acteurs impliqués dans le réseau.* »¹⁵ (Sánchez et al., 2006, p. 20). Ainsi, la prise en compte du contexte social dans lequel l'environnement économique est encadré, contribue à construire un écosystème local qui permette une meilleure intégration du pauvre dans l'activité et une création de valeur à la fois économique et sociale.

En ce sens, Ansari et al. (2012) prônent une approche centrée sur la communauté BoP qui consiste à mobiliser le capital social des communautés BoP pour accéder à certaines ressources. Les entreprises peuvent alors se baser sur le capital structurel, relationnel ou cognitif de la communauté BoP soient, respectivement, « *les liens et caractéristiques du réseau, la confiance*

¹⁴ Traduit de l'anglais : "...defined as horizontal arrangements in which all parties share responsibility for performance outcomes, without any one-party exercising authority or control over others."

¹⁵ Traduit de l'anglais : "The integration into diverse local networks that leads to the development of long-term and cooperative relationships and which may result in the achievement of common benefits for all the players involved in the network."

et le type de relations, les langages, identités, croyances et normes communes » (Bolino et al., 2002 ; Cicourel, 1973; Nahapiet and Ghoshal, 1998 in : Ansari, Munir, & Gregg, 2012, p. 823) pour développer leurs activités. S'appuyant sur des caractéristiques communes aux membres d'une même communauté BoP, le capital social permet de gagner en légitimité et d'encourager l'intégration du pauvre dans l'activité des entreprises (Reficco & Márquez, 2009). Les individus BoP s'engagent alors dans une démarche de cocréation par laquelle ils développent leur responsabilité dans la création de valeur économique et sociale menant à l'amélioration de leurs propres conditions de vie.

Bien que créatrice de valeur partagée, l'intégration du pauvre est dénoncée comme une source d'exploitation capitaliste où le pauvre fait office de main d'œuvre peu chère et est considéré comme un salarié dépendant de l'entreprise (Karnani, 2007). Ansari et al. (2012) expliquent que « l'éradication de la pauvreté ne peut pas être réduite à la seule augmentation des revenus, en ignorant les problèmes critiques d'importance sociale, politique et éthique ». Le revenu ne pouvant pas être le seul moteur de création de valeur économique et sociale, les aspects sociaux, politiques, émotionnels et culturels de la pauvreté doivent être considérés (Chmielewski et al., 2018; Hart & Casado Cañeque, 2015). Dès lors, nous remettons en cause la définition de l'inclusivité sous la seule caractéristique d'intégration des plus démunis dans la chaîne de valeur des organisations à la BoP et supportons une approche qui intègre les prémices de l'approche des capacités de Sen.

3.2. Le capital social comme vecteur de création de valeur sociale

En référence à l'approche des capacités/capabilités de Sen (1987), le capital social peut être utilisé pour développer de nouvelles capacités au sein des communautés via un mécanisme de transferts de connaissances. Pour ce faire, il s'agit de « *construire et préserver les liens intra-groupe et le capital social des relations intergroupe* »¹⁶ en jouant sur des facteurs d'amélioration du capital social. Ainsi, les entreprises doivent maintenir et développer le capital social des communautés en veillant à la création d'une relation durable et interdépendante entre les membres intragroupes. Elles cherchent ainsi à maintenir un cadre de référence socioculturel commun afin d'encourager des interactions régulières entre les membres et d'assurer le développement d'une certaine proximité. Il s'agit en fait de renforcer les capacités intragroupe et intergroupe via un transfert de connaissances entreprise/communauté d'une part, et la

¹⁶ Traduit de l'anglais : "...through building and preserving intra-group bonding and intergroup bridging social capital."

prolifération intra et inter-communauté de ces mêmes connaissances, d'autre part. La connaissance diffusée au sein des communautés grâce au capital social, permet ainsi d'accroître la liberté de choix des individus BoP nécessaire à l'atteinte de leur bien-être. Ansari et al. (2012), suggèrent alors aux entreprises de mobiliser le capital social des communautés pour développer des stratégies BoP et s'assurer d'une création de valeur grâce à l'augmentation des capacités des individus BoP. Dès lors, la stimulation du capital social pourrait contribuer au développement inclusif des individus situés à la base de la pyramide par la création d'opportunités économiques et sociales. L'objectif serait alors de cocréer avec l'individu pauvre pour qu'ils puissent bénéficier économiquement et socialement de sa relation avec l'organisation. En ce sens, il semble nécessaire de considérer l'individu BoP dans son environnement direct et d'envisager son rôle social comme une ressource (Akaka & Chandler, 2011). L'anthropologie peut alors apporter un regard complémentaire pour mieux comprendre l'individu BoP (Martinet & Payaud, 2010) non seulement dans son individualité, mais aussi dans son contexte économique et social via les rôles qu'il adopte –consommateurs et autres–, son environnement, sa vision du monde et ses interactions.

Partant du constat que les « *membres de l'écosystème (...) ont besoin les uns des autres pour que la communauté entière survive et prospère* »¹⁷ (Pels & Sheth, 2017, p. 13 in : Reficco & Vernis, 2010 p.117), les entreprises peuvent codévelopper de la valeur économique et sociale avec les communautés BoP, en mobilisant leur propre réseau inclusif et le capital social des communautés. Ainsi, la création d'un écosystème dans lequel la population BoP détient une place centrale peut faciliter l'intégration de l'individu BoP et la mobilisation de son capital social au profit d'une création de valeur commune par laquelle la génération de revenu et le partage de connaissances sont encouragés. La cocréation avec les individus BoP peut ainsi aider à déployer une stratégie BoP et surtout à appuyer son caractère inclusif, c'est-à-dire qu'elle puisse être moteur de développement inclusif.

L'accomplissement d'une réelle cocréation avec les individus BoP fait cependant débat dans la littérature (Karnani, 2007; Nahi, 2016), d'autant que les auteurs ne s'y réfèrent pas de la même manière. Elle peut en effet être restreinte à la collaboration avec des entreprises locales, ou être élargie à l'intégration des communautés démunies dans les activités de l'entreprise. Ainsi « *la cocréation peut se référer à une coopération sans lien de dépendance qui ne fait qu'accroître la légitimité d'une entreprise sur les marchés BoP ou, à l'autre extrême, à une interaction égale*

¹⁷ Traduit de l'anglais : "ecosystem members [. . .] need each other for the whole community to survive and prosper" (p. 117)."

*qui renforce les communautés pauvres et favorise le changement social.»*¹⁸ (Nahi, 2016, p. 13). Etroitement liée au principe de cocréation entre entreprises et populations pauvres (Márquez, Reficco, & Berger, 2010; Nahi, 2016), il semblerait alors que la notion d'inclusivité souffre de la même ambiguïté.

Finalement, la seule intégration du pauvre semble surtout s'attacher à la création de valeur économique via la génération du revenu alors que la stimulation du capital social accroît la création de valeur sociale via la construction de capacités intra et intercommunautaires. En ce sens, il paraît légitime de ne pas réduire l'inclusivité à la seule intégration du pauvre dans l'activité économique d'une organisation et de considérer le rôle de cette même organisation dans le respect et l'amélioration du capital social des communautés BoP. Dès lors, il convient d'analyser plus précisément la notion d'inclusivité dans la littérature BoP.

3.3. L'inclusivité comme moteur de création de valeur économique et sociale

Outre la référence marquée à l'intégration des populations BoP, diverses utilisations du terme inclusif existent dans la littérature, sans qu'aucune définition ne soit réellement désignée. Le terme inclusif est associé à différents concepts et propose des expressions telles que innovations inclusives (Foster & Heeks, 2016; George et al., 2012), développement inclusif (George et al., 2012), marché inclusif (Ault, 2016), capitalisme inclusif (Pitta et al., 2008). La multiplication de ces expressions procure ainsi une certaine confusion dans l'appréhension du concept d'inclusivité. Dès lors, la terminologie proposée par Georges et al., (2012) nous semble pertinente, ne restreignant pas l'inclusivité à la seule intégration du pauvre, et nous permettant d'utiliser le terme inclusif de manière précise et cohérente selon les terminologies. Les auteurs prennent comme point de départ la définition du développement inclusif, c'est-à-dire « *l'amélioration du bien-être économique et social des communautés dont l'accès à des ressources, capacités et opportunités a structurellement été refusé.* »¹⁹ (George et al., 2012, p. 661) et qualifient ainsi d'inclusif tout ce qui accroît le bien-être des plus défavorisées. Par exemple, l'innovation inclusive est désignée comme une innovation permettant d'améliorer le bien-être économique et social des populations démunies. Via cette définition et l'usage du terme inclusif, il apparaît que l'intégration des BoP dans l'activité des entreprises soit une

¹⁸ Traduit de l'anglais : "Cocreation can refer to arms-length cooperation that merely raises the legitimacy of a company in BOP markets or, at the other extreme, equal interaction that empowers poor communities and fosters social change."

¹⁹ Traduit de l'anglais : "Improvements in the social and economic well-being of communities that have structurally been denied access to resources, capabilities, and opportunities."

pratique dite inclusive dans le sens où elle vise l'amélioration du bien-être du pauvre, mais que cette pratique ne se suffise pas à elle-même pour définir l'inclusivité. Ainsi, toute pratique peut être désignée d'inclusive si elle a pour objectif d'améliorer le bien-être du pauvre, l'objectif étant atteint ou non (George et al., 2012). La difficulté réside alors dans les conséquences réellement engendrées par l'inclusivité qui est vouée à une création de valeur économique et sociale partagée que les populations vulnérables peuvent s'approprier.

Une pratique inclusive ne conduisant pas toujours à l'amélioration du bien-être des défavorisés, considérer la seule « *inclusivité aspirationnelle* » (Ansari et al., 2012, p. 674), c'est-à-dire l'intention de créer du développement inclusif, n'est donc pas suffisant pour évaluer l'inclusivité. Même si l'intégration du pauvre est désignée comme moteur d'inclusivité, elle n'est pas une garantie de développement inclusif. En accord avec les travaux d'Ansari et al. (2012) présentés dans la partie précédente, l'inclusivité provient principalement de « *la suppression des barrières économiques, géographiques, sociales et autres barrières structurelles qui bloquaient l'accès à des opportunités* »²⁰ (George et al., 2012, p. 663). L'inclusivité ne peut donc pas se résumer à la seule création de revenu et nécessite de considérer la création, la rétention et le transfert de capacités permis par le capital social des communautés BoP (Ansari et al., 2012). Les frontières de l'inclusivité sont, de fait, questionnées, notamment par le rôle clé de l'écosystème et du capital social. Néanmoins, l'utilisation du terme inclusif en référence au développement inclusif nous paraît pour le moment pertinente dans le sens où elle permet une cohérence entre les différents termes, ne réduit pas l'inclusivité à la seule intégration des pauvres dans la chaîne de valeur et traduit une approche de la pauvreté basée sur les capacités de Sen selon l'accès au bien-être des populations. Nous nous référerons donc à la notion d'inclusivité en ces termes et comme base de discussion dans l'appréhension du concept d'inclusivité dans les stratégies BoP.

En définitive, l'inclusivité semble déterminante dans le succès d'une stratégie BoP puisqu'elle influence directement la création de valeur économique et sociale pour le plus démuné, ce qui est signe d'amélioration de ses capacités. Est-elle cependant une condition indispensable à la réussite d'une stratégie BoP ?

Si elle détient de manière incontestable un rôle clé dans les stratégies BoP, elle n'est cependant pas suffisante à leurs déploiements. Les organisations doivent en effet gérer un autre défi :

²⁰ Traduit de l'anglais : "...that improves inclusiveness may arise from the removal of economic, geographic, social, and other structural barriers that previously blocked access to opportunity."

l'accessibilité. Dès lors, il convient de discuter le défi de l'accessibilité des stratégies BoP en prenant en compte le rôle éventuel de l'inclusivité dans sa gestion.

SECTION 4 : LE CHALLENGE DE L'ACCESSIBILITE DANS LES STRATEGIES BoP

Afin de rendre disponibles des produits et services de première nécessité aux plus démunis des PED, les organisations se confrontent au défi de l'accessibilité qu'il est nécessaire d'appréhender sous ses différentes formes : physique, financière et socioculturelle (Perrot, 2010). L'opérationnalisation du marketing via la mise en place des 4A évoqués précédemment (*Acceptability, Availability, Affordability, Awareness*) contribue alors à la prise en compte des différentes acceptions de l'accessibilité.

4.1. Un mix marketing adapté pour toucher les populations BoP

Les entreprises intègrent les contraintes environnementales liées aux marchés BoP dans la conception de leur offre via une politique marketing adaptée. Les caractéristiques du produit sont pensées pour s'adapter à l'hostilité de l'environnement telles que l'humidité ou la chaleur. Par exemple, un petit conditionnement ou une résistance à température ambiante facilitera la conservation du produit. La production sera effectuée à des coûts restreints, mais respectant une certaine qualité, le but étant de pouvoir proposer un prix abordable adapté aux faibles ressources financières des populations. Les facilités de paiement ou des petits conditionnements (donc un faible prix) peuvent être proposés pour pallier le manque d'accès au crédit et les faibles ressources disponibles. Une offre en petite quantité doit être proposée sans surcoût, afin d'endiguer la « double peine » connue des populations pauvres, c'est-à-dire que le prix unitaire qui leur est proposé ne doit pas être plus cher que le prix moyen du marché. La disponibilité des produits doit être favorisée par des canaux de distribution innovants qui surmontent le manque d'infrastructure et atteignent les populations les plus isolées. Enfin, un effort de sensibilisation doit être mené pour éduquer les populations aux produits et/ou services et leurs caractéristiques. Il s'agit ainsi de permettre un accès intellectuel aux populations par la prise en compte de l'illettrisme, du langage et des normes culturelles dans la communication effectuée (London & Hart, 2004; Prahalad & Hart, 2002).

De fait, le développement de pratiques innovantes permet de proposer une offre toujours plus adaptée aux attentes et conditions de vie des populations BoP. Cependant, la littérature met en évidence les difficultés éprouvées par les organisations à délivrer des produits et services aux plus démunis du fait de l'absence ou la défaillance des systèmes de distribution, surtout en

zones rurales (Vachani & Smith, 2008a). Prahalad et Hart (2002, p. 6) expliquent que « *l'obstacle majeur aux activités commerciales dans les régions rurales est l'accès aux distributions, et non le manque de pouvoir d'achat.* »²¹ L'accessibilité physique est alors désignée comme un défi clé des stratégies BoP (Barki & Parente, 2014).

4.2. Accessibilité physique, la recherche d'une distribution au *last mile*

4.2.1. Accès et disponibilité, facteurs d'accessibilité physique

Le défi de l'accessibilité physique ou géographique revêt des problématiques de distribution causées par l'hostilité des marchés BoP. Dans la plupart des marchés émergents, près de la moitié de la population n'est pas desservie par un système de distribution efficace (Prahalad & Hart, 2002). Le manque d'infrastructures isole alors les populations qui souffrent de « double peine » de la pauvreté (Barki, 2017; Payaud, 2014; Vachani & Smith, 2008b), du fait notamment des forts coûts de distribution que les entreprises doivent supporter pour desservir ces territoires. Les entreprises se confrontent alors à des problématiques logistiques et marketing, qui les poussent notamment à se détourner de ces populations isolées. En ce sens, la dimension *Availability* du mix marketing devient un pivot d'opérationnalisation des stratégies BoP. Elle est alors nuancée par Prahalad (2012) qui distingue la notion d'*Access* à celle d'*Availability* (Accessibilité et Disponibilité). *Access* s'attache à donner l'accès des produits et services aux plus démunis, et même aux plus isolés et *Availability* garantit l'approvisionnement continu des produits et service de manière à gagner la confiance et la fidélité des consommateurs. Cette distinction montre que l'accessibilité physique implique des problématiques logistiques qui concernent à la fois la distribution et l'approvisionnement. Ces deux facteurs semblent ainsi influencer la proximité géographique de l'entreprise avec le consommateur BoP, mais aussi sa proximité sociale, via la relation qu'elle peut établir (Mason & Chakrabarti, 2016).

Dès lors, il s'avère nécessaire de s'intéresser à l'enjeu clé des stratégies BoP, s'attachant à favoriser l'accessibilité physique des produits aux populations BoP. Nous cherchons désormais à comprendre la manière dont les organisations peuvent surmonter le défi de la distribution au dernier kilomètre, ou au *last mile*, c'est-à-dire la livraison de produits et services au plus près du consommateur.

²¹ Traduit de l'anglais : “*The critical barrier to doing business in the rural regions is distributions access, not a lack of buying power.*”

4.2.2. Le défi de la distribution au *last mile*

Le *last mile* ou dernier kilomètre en français, soit le dernier maillon de la chaîne logistique est considéré comme le plus coûteux, le plus polluant et le moins efficace de tous les autres maillons (Boyer, Prud'homme, & Wenming Chung, 2009; Harrington, Singh Srai, Kumar, & Wohlrab, 2016). L'intérêt des entreprises pour le dernier kilomètre est ainsi croissant, tant dans les pays développés que dans les PED. Alors que cette problématique concerne l'engorgement des territoires dans les pays développés, elle se concentre sur l'isolement des populations dans les PED. Au vu des infrastructures quasi inexistantes et de la dispersion des populations, la gestion du *last mile*²² demeure un enjeu majeur des stratégies BoP (Barki & Parente, 2014; Garrette & Karnani, 2010b; Vachani & Smith, 2008b). La distribution doit être pensée en fonction des infrastructures physiques, commerciales et d'urbanisation (Van Den Waeyenberg & Hens, 2008) dont elle dépend. Elle constitue ainsi un pôle de changement clé pour les FMN qui souhaitent mener des stratégies BoP (Prahalad & Hart, 2002). L'usage de la technologie est alors désigné comme un moyen peu coûteux pour pallier les problèmes de distribution *last mile* (Prahalad, 2012; Prahalad & Hart, 2002). Finalement, les entreprises s'efforcent de créer des modèles innovants permettant d'atteindre au plus près les populations isolées à un coût optimal. Les modèles et pratiques des PED se distinguent de ceux des pays développés, notamment car les frontières du *last mile* dans les deux contextes semblent être différentes. Le *last mile* dans les pays développés se restreint à la livraison directe aux consommateurs alors que dans les PED, l'étape préalable – le lieu de vente – est considérée comme le *last mile*, car elle contribue à renforcer l'accessibilité physique et la proximité géographique des produits et services aux consommateurs BoP (Barki & Parente, 2014; USAID, 2011). Le *last mile* est alors considéré au vu de la stratégie de distribution mise en place par l'organisation, mais plus globalement au vu du management de la chaîne logistique dans laquelle elle est impliquée.

Le choix des circuits de distribution influence l'ensemble de la *supply-chain* ou chaîne logistique multi acteurs (Chanut & Paché, 2014), ce qui implique de considérer les systèmes logistiques et de distribution de manière conjointe. Intégrés au management de la *supply-chain*, ils agissent tels des leviers stratégiques pour générer de la valeur (Rushton, Croucher, & Baker, 2010). Ils n'impliquent plus une simple logique « d'optimisation des flux », mais aussi de « management stratégique » (Chanut & Paché, 2014). Dès lors, la fonction de distribution détient des conséquences stratégiques importantes pour les organisations (Raff, 2000 ; Crossland & Smith, 2002 in : Cheng & Grimm, 2006). Son influence est d'autant plus

²² Dénomination préférée au terme « dernier kilomètre » dans la littérature BoP française

importante à la base de la pyramide où il y a peu de systèmes de distribution. Outre son influence logistique, le design et le management de la *supply-chain* affectent l'acceptation du produit et sa profitabilité (Fawcett & Waller, 2012). Ainsi, les canaux de distribution sont repensés pour délivrer les produits ou services au plus près du consommateur à moindre coût. Un approvisionnement local, une optimisation du transport et une distribution rurale sont alors favorisés. La *supply-chain* et l'interdépendance entre approvisionnement et distribution semblent ainsi avoir un rôle clé dans l'accessibilité au *last mile*, ce qui appelle à considérer le SCM pour appréhender l'accessibilité dans sa globalité, et d'analyser son influence sur les différentes dimensions de l'accessibilité.

4.3. SCM durable, l'intérêt d'un réseau inclusif à la base de la pyramide

4.3.1. Approche *Triple Bottom Line* et SCM durable

Dans le but de proposer une offre adaptée et génératrice de valeur, le SCM encourage les entreprises d'une même *supply-chain* à mettre en commun leurs compétences (Chanut & Paché, 2014). Il s'agit de créer de la valeur pour les clients finaux, mais aussi pour l'ensemble des parties prenantes intégrées à la *supply-chain*. Du fait de son caractère multi acteurs (Chanut & Paché, 2014), le SCM peut être assimilé à une constellation de valeurs (Norman et Ramirez, 2000 ; Christopher, 2014) qui encourage la coopération des acteurs aux ressources et compétences complémentaires et favorise l'optimisation des coûts, la réactivité et la qualité du service client (Chanut & Paché, 2014; Cheng & Grimm, 2006). Ainsi, le SCM détient un rôle clé dans la création de valeur économique et l'obtention d'un avantage concurrentiel (Jones & Riley, 1985 ; Stevens, 1989 ; Wisner, 2003 in: Cheng & Grimm, 2006; Ponce, Landry, & Roy, 2007). Au-delà de son rôle dans la création de valeur économique, le SCM peut être source de de valeurs sociales et influencer le respect environnemental.

Il s'agit de porter une orientation dite *Triple Bottom Line* (TBL) au SCM, c'est-à-dire une perspective à la fois économique, sociale et environnementale²³. La prise en compte de ces dimensions interdépendantes (Elkington, 1998) agit alors comme pivot d'un SCM d'un nouveau genre. Il s'agit du *Sustainable Supply-chain Management*²⁴ (SSCM) soit « *la conception, l'organisation, la coordination et le contrôle des chaînes d'approvisionnement afin qu'elles deviennent véritablement durables, avec l'attente minimale qu'une chaîne*

²³ Nous préférons l'usage du concept TBL à celui de Quadruple Bottom Line (ajout d'une gouvernance transparente comme pilier), dont l'utilisation est quasiment absente de la littérature académique BoP.

²⁴ En français : management durable de la chaîne logistique multi acteurs

d'approvisionnement véritablement durable maintienne la viabilité économique, sans nuire aux systèmes sociaux ou environnementaux »²⁵ (Pagell & Shevchenko, 2014 in: Khalid & Seuring, 2017, p. 4). Ces préoccupations s'intègrent alors très bien à la vision du BoP 3.0 qui s'attache à la création de valeur économique et sociale dans le respect environnemental (Khalid & Seuring, 2017). En effet, certaines pratiques du SCCM, telles que « *le développement de relations à long terme, le développement de partenariats, le développement conjoint, l'amélioration de la communication, l'apprentissage, la gestion des parties prenantes et l'innovation* » (Khalid et al., 2015, p. 681) sont d'ailleurs convergentes à celles des stratégies BoP.

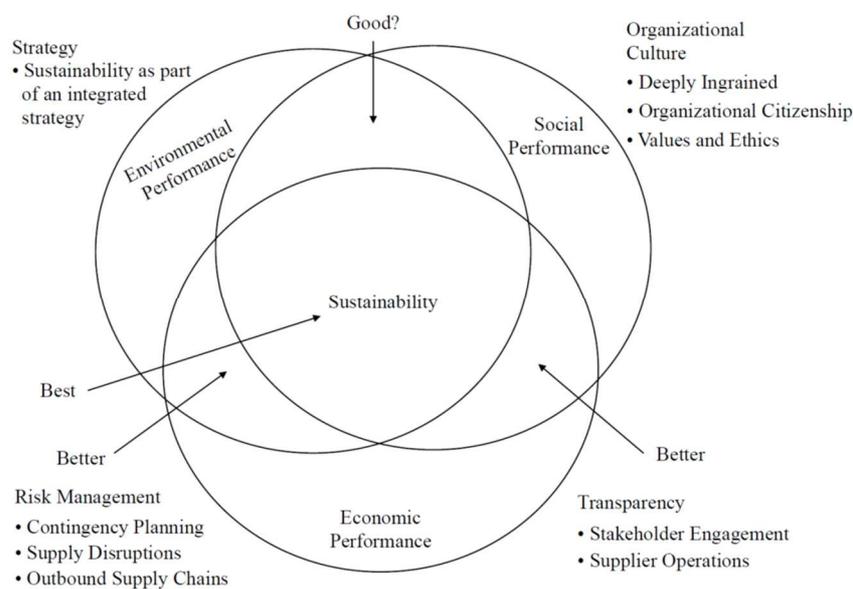


Figure 4 : Sustainable Supply-Chain Management (Carter & Rogers, 2008, p. 366)

4.3.2. SSCM à la base de la pyramide

Même si la création d'une SSCM est congruente avec l'approche des stratégies BoP, sa mise en place n'en est pas moins difficile. En effet, l'environnement incertain et les vides institutionnels des PED accentuent les difficultés que les organisations peuvent avoir à développer des *supply-chains* durables (Silvestre, 2015). La corruption, le manque d'infrastructures, la pression sociale et l'informalité ont par exemple été désignés comme des freins majeurs à la mise en place d'une *supply-chain* durable au Brésil (Silvestre, 2015a). Dès lors une *supply-chain* doit développer ses ressources et compétences pour pallier ces difficultés.

²⁵ Traduit de l'anglais : "The designing, organizing, coordinating and controlling of supply-chains to become truly sustainable with the minimum expectation of a truly sustainable supply-chain being to maintain economic viability, while doing no harm to social or environmental systems."

Conformément à une organisation, une *supply-chain* détient une capacité organisationnelle qu'elle peut développer par une meilleure absorption des connaissances et compétences utiles à sa performance (Silvestre, 2015b). Développer son réseau de partenaires peut alors être une solution lui permettant de gagner en « *sustainability* »²⁶ (Gold, Seuring, & Beske, 2010). Le besoin de créer un réseau inclusif est ainsi renforcé du fait de son rôle clé dans les activités de distribution à la base de la pyramide (Sánchez, Ricart, & Rodríguez, 2006). Il permet la mise en commun de ressources et compétences utiles à l'atteinte d'un but commun. L'adoption d'une approche réticulaire du SCM paraît, de fait, recommandée à la base de la pyramide. En opposition à l'approche tubulaire où les différentes *supply-chain* évoluent dans une situation de compétition, l'approche réticulaire place les *supply-chain* dans une relation collaborative. Cette approche permet ainsi de former un « *réseau de chaînes interconnectées* » via lequel des organisations issues de différentes *supply-chains* collaborent (de préférence sur le long terme) autour de projets communs, coordonnent leurs processus organisationnels et combinent leurs ressources et compétences afin de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes, notamment pour le client final (Chanut & Paché, 2014). Cette mutualisation paraît alors pertinente pour réduire les coûts et développer son réseau de distribution à la base de la pyramide, et plus particulièrement pour améliorer sa gestion du *last mile* visant à délivrer des produits et services au plus près des populations BoP.

4.4. Mutualiser l'accessibilité, un défi multidimensionnel et inter-organisationnel pour un développement inclusif TBL

4.4.1. Mutualisation, le besoin d'une orientation TBL commune ?

Les pratiques de mutualisation semblent bénéfiques pour gérer la distribution BoP qui nécessite des moyens coûteux et la création d'un réseau étendu nécessaire à pallier l'isolement et la dispersion géographique des populations (Van Den Waeyenberg & Hens, 2008). Le modèle de distribution « Hub & Spoke » dont l'objectif est « *l'efficience de la supply-chain par la notion de collaboration logistique* » est ainsi très utilisé à la base de la pyramide. Ce système implique la collaboration de multiples acteurs afin de centraliser la distribution qui est ensuite répartie en « étoile » entre différents rayons. Le *last mile* gère ainsi la distribution locale du réseau, entre le terminal du « spoke » et le consommateur final (Greasley & Assi, 2012). A la base de la pyramide, les différents rayons sont souvent incarnés par des entrepreneurs locaux, des

²⁶ Pouvant être traduit en français comme durabilité ou caractère durable en référence au développement durable.

boutiquiers, via lesquels les consommateurs peuvent s'approvisionner. Au-delà de la distribution physique aux consommateurs finaux, ce système limite les coûts liés aux inventaires et au transport du fait du stockage chez les boutiquiers locaux (Neuwirth, 2012). Aussi, les revendeurs locaux permettent une certaine proximité sociale avec les consommateurs, et contribuent à une meilleure accessibilité socioculturelle. Ce type de pratique appelle la création de partenariats et montre l'importance des acteurs de la *supply-chain* dans le développement de la distribution. Il peut alors être intéressant d'intégrer des partenaires locaux pour favoriser l'encastrement local et le développement local de l'organisation. De plus, collaborer avec des partenaires sociaux dans les activités de distribution peut garantir le respect d'une dimension sociale (Bals & Tate, 2016; Calton, Werhane, Hartman, & Bevan, 2013). Finalement, il s'agit de former des modèles de distribution qui améliorent l'accessibilité physique en encourageant le développement inclusif, c'est-à-dire l'amélioration du bien-être des individus BoP. L'objectif est de mener une distribution dite socialement responsable c'est-à-dire « ... qui fournisse aux producteurs et consommateurs pauvres un accès au marché des produits et services, en les aidant à neutraliser les désavantages dont ils souffrent dus à un lien physique au marché inadéquat, une asymétrie de l'information, et un faible pouvoir de négociation. »²⁷ (Vachani & Smith, 2008b, p. 57).

4.4.2. Une distribution durable créatrice d'emplois et vecteur d'informations

Afin de développer une distribution durable, trois stratégies sont proposées (1) Réduire les coûts pour effectuer une distribution 'low-cost' ; (2) Proposer des canaux de distribution innovants ; (3) Effectuer de lourds investissements dans une stratégie à long terme. Au vu de ces trois options, il semble que la stratégie (2) soit celle qui laisse suffisamment de marge de manœuvre pour encourager le développement inclusif (Vachani & Smith, 2008b). Dès lors, des systèmes de distribution innovants tels que la livraison faite par des distributeurs BoP en porte-à-porte se développent. Ce type de pratiques permet d'atteindre les populations les plus isolées et d'externaliser les activités de distribution en s'appuyant sur un tiers : l'individu BoP. Le recours à un distributeur externe implique une réduction des coûts de distribution qui se répercute sur le prix du produit/service qui sera plus abordable. Ces pratiques encouragent alors

²⁷ Traduit de l'anglais : "...that provide poor producers and consumers with market access for goods and services by helping neutralize the disadvantages they suffer from inadequate physical links to markets, information asymmetries, and weak bargaining power."

l'accessibilité physique et financière tout en contribuant au développement inclusif des populations via l'emploi local et l'autonomisation des communautés BoP.

Intégrer la population comme distributeur joue aussi un rôle important dans l'acceptation et la compréhension du produit. Les populations n'ayant pas toujours connaissance du produit/service ou la compétence pour en saisir la complexité, il convient de rendre l'offre intelligible (Parmigiani & Rivera-Santos, 2015; Payaud, 2014; Pitta et al., 2008; Vachani & Smith, 2008b) via la sensibilisation des populations BoP aux produits/services proposés (Anderson & Billou, 2007; Prahalad, 2004). Il s'agit de rendre l'offre compréhensible, de favoriser l'assimilation des attributs et bienfaits des produits/services proposés tout en éduquant les populations sur des problématiques clés (Payaud, 2014). Les pratiques de distribution peuvent alors agir comme levier d'éducation et de transmission de connaissances par la mobilisation de la communauté BoP locale comme distributeur. La mobilisation du capital social notamment peut faciliter la transmission de l'information et l'acceptation du message via une « proximité émotionnelle » (Vachani & Smith, 2008b) et une proximité sociale (Boschma, 2005; Mason & Chakrabarti, 2016). Dès lors, il apparaît que l'accessibilité physique ne se suffise pas à elle-même puisqu'il existe un fort besoin d'information et d'éducation qui influencent l'intelligibilité de l'offre. Cette asymétrie d'information connue à la base de la pyramide est associée à un faible niveau d'éducation (Vachani & Smith, 2008b) qui n'affecte pas seulement les consommateurs BoP, mais aussi les producteurs, distributeurs, entrepreneurs BoP. Ces derniers ne sont pas toujours au fait des pratiques et prix du marché, et voient ainsi leur pouvoir de négociation affaibli par manque d'accès à l'information (Vachani & Smith, 2008b). Un devoir d'éducation et de sensibilisation semble alors nécessaire auprès de l'ensemble des membres de la *supply-chain*.

Le réseau formé par la *supply-chain* peut donc agir comme vecteur d'accessibilité physique et informationnelle entre l'entreprise, les membres de la *supply-chain* et les consommateurs BoP. Au-delà d'une collaboration purement logistique de gestion des flux, les membres de la *supply-chain* sont des partenaires clés pour développer l'accessibilité socioculturelle et permettre à l'entreprise de s'encastrier localement dans l'écosystème. C'est pourquoi le développement de liens sociaux par la création de partenariat est crucial (Márquez et al., 2010) pour gérer les différentes dimensions de l'accessibilité.

Finalement, le management du *last mile* doit être considéré en connaissance de la *supply-chain* dont les opérations et le réseau influencent l'acceptabilité et l'accessibilité financière d'un produit (Fawcett & Waller, 2015). Bien que l'accessibilité physique soit un frein important pour

rendre des produits et services disponibles, il semble qu'il y ait une interdépendance entre les différentes dimensions de l'accès, notamment via les pratiques de SSCM. Alors, dans une approche TBL, le SSCM pourrait agir comme moteur d'accessibilité non seulement physique, mais aussi financière et socioculturelle via la mise en place d'une distribution socialement responsable. Il paraît ainsi indispensable d'appréhender la gestion de l'accès à la base de la pyramide de manière multidimensionnelle, dans une approche TBL et dans un objectif de développement inclusif porté par une philosophie commune aux différents membres de la *supply-chain*.

Ainsi, rendre accessible un produit ne s'attache pas à la seule livraison physique du produit à un point défini et se réfère aux « *processus organisationnels qui identifient, localisent et donnent accès aux personnes et aux communautés privées de leurs droits. Ce faisant, l'établissement de passerelles d'accès implique la mise en œuvre de nouvelles formes de partenariats et de réseaux qui relient des personnes jusqu'ici déconnectées à des opportunités.* »²⁸ (George et al., 2012, p. 676). Il s'agirait de donner accès à une offre adaptée et intelligible en s'appuyant sur l'écosystème sans entraver le territoire (Payaud & Martinet, 2010).

Pour ce faire, les organisations doivent créer des business models adaptés aux spécificités de la base de la pyramide. En plus de surmonter l'hostilité de l'environnement et s'adapter aux caractéristiques et besoins de la population BoP, les BM doivent engendrer une accessibilité à la fois physique, financière et socioculturelle des produits et services, tout en permettant le développement inclusif des populations BoP. En effet, « *les nouvelles solutions BoP doivent être des business models qui impliquent les pauvres et leur donnent les moyens d'agir en tant qu'entrepreneurs et producteurs de valeur* »²⁹ (Arora & Romijn, 2012, p. 486).

²⁸ Traduit de l'anglais : “*Organizational processes that identify, locate, and create access to disenfranchised individuals and communities. In so doing, bridging access involves implementing new forms of partnerships and networks that connect hitherto disconnected individuals with opportunities.*”

²⁹ Traduit de l'anglais : “*New-style BoP solutions have to be business models that involve and empower the poor as venture entrepreneurs and producers of value.*”

Conclusion du Chapitre 1

❖ Comment surmonter les défis d'accessibilité et développement inclusif connus des stratégies BoP ?

Après avoir présenté les différentes approches de la pauvreté, la section 1 s'est focalisée sur l'évolution théorique de l'approche BoP et les principaux défis que son développement implique.

Nous avons d'abord défendu la pertinence de l'approche des capacités/capabilités de Sen pour appréhender la pauvreté selon les capacités des individus à atteindre un certain bien-être. Dans cette perspective, les stratégies BoP contribuent à diminuer la pauvreté lorsqu'elles parviennent à améliorer le bien-être économique et social des plus démunis. Pour ce faire, l'approche dite BoP 3.0 recommande la création d'un écosystème composé d'acteurs variés et impliqués dans une création de valeur mutuelle avec les populations BoP. Il s'agit alors de rendre des produits et services de première nécessité disponibles aux populations BoP tout en encourageant le développement inclusif de ces mêmes populations. Dès lors, l'accessibilité et l'inclusivité apparaissent comme deux défis clés des stratégies BoP.

Gérer l'accessibilité dans les stratégies BoP implique de considérer l'accessibilité physique, financière et socioculturelle de l'offre afin de prendre en considération les caractéristiques clés des populations BoP, c'est-à-dire leur isolement géographique, leurs faibles ressources financières et leur niveau d'éducation limité. Même si le SSCM offre des pistes prometteuses pour appréhender l'accessibilité dans les stratégies BoP, la problématique est encore trop peu étudiée.

Le défi de développement inclusif fait référence à la création d'opportunités qui soient source de bien-être économique et social pour les plus démunis. La littérature désigne alors l'intégration des plus démunis dans la chaîne de valeur des entreprises comme la pratique inclusive phare des stratégies BoP car elle permet au plus démunis de générer du revenu et d'être moteur de leur développement inclusif. L'engouement de la littérature pour le sujet fait cependant naître des ambiguïtés qui questionnent les frontières de l'inclusivité, les pratiques inclusives et leur rôle dans le développement d'une stratégie BoP.

Finalement, la difficulté réside dans la capacité des entreprises à gérer ces défis simultanément et créer un écosystème qui lui permette d'opérer avec et pour les populations BoP. Si la littérature détient des lacunes dans la gestion individuelle de ces défis, elle l'est d'autant plus dans leur gestion conjointe.

❖ Et dans le cas d'une prestation de services de santé ?

Puisque les ressources et compétences à développer varient selon l'offre proposée et qu'il « *n'existe pas de solution universelle* » à la base de la pyramide (Prahalad, 2012, p. 10), il semble que la nature de l'offre proposée puisse aussi influencer la manière dont les organisations interagissent avec leur écosystème, écosystème sur lequel elles s'appuient pour mener à bien une stratégie BoP. Dès lors, donner accès à un produit serait évidemment différent de donner accès à un service. Alors que de nombreux services tels que la santé ou l'éducation sont essentiels pour améliorer les conditions de vie des populations, la littérature BoP présente d'importantes lacunes en matière de recherche sur la prestation de services à la base de la pyramide (Ben Letaifa & Reynoso, 2015; Gebauer & Reynoso, 2013). La faiblesse de la littérature des services à la base de la pyramide nous oblige à nous appuyer sur la littérature des produits pour analyser des services. Les défis que nous avons présentés prennent ainsi souvent une « approche produit » dans la littérature, d'où l'intérêt de les appréhender dans une « approche service » et de renforcer la littérature des services BoP. Alors il convient de comprendre les spécificités liées au management des services, et plus particulièrement des services de santé, afin de pouvoir les considérer dans le cadre d'une prestation de services de santé à la base de la pyramide. Il s'agit désormais de combiner agilement ces spécificités liées au management des services de santé, avec les caractéristiques liées à la conduite des stratégies BoP.

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dans le cadre de services de santé primaires

Introduction du chapitre

Au vu des lacunes existantes de la littérature BoP en matière du management des services, nous cherchons à mettre en exergue l'influence que les caractéristiques d'une prestation de service, et tout particulièrement de services de santé, peut engendrer sur un management stratégique BoP. Nous souhaitons ainsi montrer la nécessité d'un management BoP adapté à ce type de services envers lequel la littérature BoP se consacre peu.

« La recherche sur les services devrait s'intéresser de plus près à la gestion des activités de service à la base de la pyramide. »³⁰(Gebauer & Reynoso, 2013, p. 497)

SECTION 1 : LA PRESTATION DE SERVICES, L'INTERET D'UNE PERSPECTIVE ECOSYSTEMIQUE

Du fait de son caractère intangible, inséparable, hétérogène et périssable (Bateson, 1989 ; Flipo et al., 1991 in Vogler, 2004) le service est difficilement évalué par les clients. L'ajout des composantes People, Physical Evidence et Process (Personnes, Preuves physiques, et Processus), en complément des 4P du marketing mix destiné aux produits, constitue alors un levier pour encourager la satisfaction de l'expérience client (Booms & Bitner, 1982 in : Grönroos, 1994). Il s'agit de considérer l'influence du personnel et des autres clients dans la prestation de service, de prendre soin de l'aspect physique du service via les éléments tangibles qui y sont associés, et de soigner les différents processus permettant de délivrer le service. Néanmoins, qu'ils soient à destination des produits ou des services, les fondements de ces mix sont vivement critiqués du fait de leurs faiblesses théoriques et de la faible importance donnée à la voix du consommateur (Grönroos, 1994). Ainsi, Grönroos (1994) souligne l'importance des interactions entreprise-clients dans la construction d'une relation conjointe dont chaque partie peut être initiateur. Ainsi, la logique marketing a progressivement évolué vers une logique dominante de service donnant une importance clé à la cocréation de valeur.

³⁰ Traduit de l'anglais : "Service research should investigate more intensively the management of service activities at the bottom of the pyramid."

1.1. Le besoin de cocréation dans la prestation d'une offre de service

Prônant une logique dominante service (logique DS) comme alternative à la logique produit habituellement adoptée, Vargo et Lusch (2004) définissent le service comme « *l'application de compétences spécialisées (compétences et connaissances) par des actes, processus et performances au profit d'une autre entité que l'entité elle-même* »³¹ (p.2). Même si cette approche est aussi préconisée pour une offre de produit, elle prend racine dans le cas d'une offre de service.

La logique DS ancre ses fondements dans la notion de valeur d'usage (value-in-use), en opposition à la notion de valeur d'échange (value-in-exchange) habituellement utilisée dans une logique produit (Vargo & Lusch, 2008). Alors que la valeur d'échange se base sur la valeur créée par la firme et distribuée au client via l'offre vendue, la valeur d'usage se base sur l'utilité, le bienfait que cette offre peut procurer aux clients. En intégrant le client au processus de création de valeur, ou plutôt au processus de cocréation de valeur, la logique DS se concentre sur la création de valeur permise par le client selon la valeur qu'il cocrée. L'entreprise ne peut donc pas créer de la valeur à elle seule. Elle émet des propositions de valeur qui seront ou non valorisées par le client et pourront engendrer des effets positifs (cocréation) ou négatifs (codestruction). La valeur prend ainsi un caractère phénoménologique via lequel l'implication du client détermine sa création. Intégré au processus de cocréation de valeur, le client influence la valeur créée (Vargo et Lusch, 2008), la qualité du service fourni et sa propre perception du service (Pitta et Laric, 2004). En ce sens, la notion de cocréation de valeur est au centre d'une logique DS.

Les activités de cocréation résultent de l'interaction entreprise/client via laquelle la valeur est créée selon un échange de ressources opérantes c'est-à-dire « des ressources qui nécessitent de prendre des mesures à leur égard pour les rendre utiles » (Akaka, Vargo, & Lusch, 2013, p. 8). D'un côté, le client cherche à accéder aux connaissances et compétences disponibles au sein de l'entreprise pour entrer dans le processus de cocréation de valeur ; de l'autre côté, l'entreprise cherche à mobiliser les connaissances et aptitudes des clients comme ressources opérantes c'est-à-dire comme « *ressources capables d'agir sur d'autres ressources pour créer de la valeur* » (Ibid.) et valoriser sa proposition de valeur. Ainsi, la prestation de services se compose de « *la combinaison continue des ressources, par l'intégration, et leur application, sous l'impulsion*

³¹ Traduit de l'anglais : "The application of specialized competencies (skills and knowledge) through deeds, processes performances for the benefit of another entity of the entity itself."

des ressources opérantes - les activités des acteurs »³² (Vargo & Lusch, 2011a, p. 184 in: Wieland, Polese, Vargo, & Lusch, 2012, p. 14). Le processus de cocréation de valeur concerne donc les ressources opérantes nécessaires au déploiement de la proposition de valeur par l'entreprise, et les ressources opérantes utilisées pour déployer des ressources opérantes (Vargo & Lusch, 2004, 2016) dans un objectif de cocréation de valeur.

1.2. Considérer les systèmes de service dans une logique dominante service centrée sur la cocréation de valeur

Même si un service est influencé par des éléments directs du micro-environnement qu'il côtoie tels que les émotions, symboles, rôles et statuts sociaux ou symboles, il l'est aussi par des éléments de l'environnement méso et macro dans lesquels il est encastré (Pinho, Beirão, Patrício, & Fisk, 2014). En effet, l'organisation évolue dans un système de service composé de « *l'arrangement de ressources (y compris des personnes, organisations, informations partagées et technologies) connectées en interne et en externe à d'autres systèmes par proposition de valeur (Maglio et al., 2009 ; Spohrer et al., 2007)* »³³ (Pinho et al., 2014, p. 473). Ainsi, le réseau de valeur, défini comme une « *combinaison spontanée d'acteurs interagissant pour coproduire des offres de services, les échanger et cocréer de la valeur (Lusch et al., 2010)* »³⁴ (Ibid., p.473), détient un rôle clé dans la proposition de valeur et appelle une vision qui dépasse les frontières de l'organisation. Le service est dépendant de son système et des constellations de valeur associées, c'est-à-dire des réseaux d'acteurs issus de différents systèmes de services qui permettent la création de constellations d'offres issues de leurs collaborations (Patrício, Fisk, Falcão e Cunha, & Constantine, 2011; Pinho et al., 2014). Les constellations d'offres de services provenant d'acteurs de plusieurs systèmes de service constituent ainsi une constellation de valeur via laquelle le client peut composer une offre de service. Dépendante des interactions de différents acteurs, la proposition de valeur est alors perçue comme « un mécanisme dynamique et d'ajustement permettant de négocier le partage des ressources au sein d'un écosystème de services » (Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016, p. 26). Elles constituent ainsi une source de motivation pour les acteurs cherchant à accéder à des ressources et interagir dans le processus de cocréation. En ce sens, la proposition de valeur

³² Traduit de l'anglais : “*the ongoing combination of resources, through integration, and their application, driven by operant resources — the activities of actors (Vargo & Lusch, 2011a, p. 184)*”.

³³ Traduit de l'anglais : “*...an arrangement of resources (including people, organizations, shared information, and technology) connected internally and externally to other systems by value propositions (Maglio et al., 2009; Spohrer et al., 2007).*”

³⁴ Traduit de l'anglais : “*Value networks can be defined as spontaneous combinations of actors interacting to co-produce service offerings, exchange them, and co-create value (Lusch et al., 2010).*”

influence l'engagement du consommateur à intégrer et partager des ressources durant la prestation de service, en amont et en aval (Frow et al., 2016; Prahalad & Ramaswamy, 2004). En considérant les systèmes de service, la logique DS a progressivement dans une perspective écosystémique.

La prise en compte de l'écosystème de service (Vargo & Lusch, 2008) consiste à appréhender la cocréation de valeur contextuelle c'est-à-dire la valeur dans son contexte (Chandler & Vargo, 2011), dans son contexte social (*value in-social-context*) (Edvardsson et al. 2011) dans lequel la cocréation de valeur ne repose pas sur la seule interaction entre entreprise et client dans le cadre d'un échange de ressources spécifiques. Elle est en effet influencée par des facteurs sociaux tels que les connaissances, croyances, réseaux et structures sociales (Akaka et al., 2013) et concerne plusieurs acteurs, qui ne sont forcément directement impliqués dans l'offre. Cette évolution de la logique DS a conduit à modifier certains de ses axiomes (Voir Tableau 1) qui intègrent plusieurs acteurs à la logique de cocréation de valeur et ne se restreint aux seuls clients impliqués dans le déploiement de la proposition de valeur. Les ressources opérantes sont ainsi perçues comme des sources d'avantage stratégique (Vargo & Lush, 2016). Pour une revue de littérature plus complète, confère Vargo & Lush, 2016, p. 8.

Axiomes	Descriptions
Axiom 1/FP1	Le service est la base fondamentale de l'échange
Axiom 2/FP6	La valeur est cocréé par plusieurs acteurs, toujours incluant le bénéficiaire
Axiom 3/FP9	Tous les acteurs sociaux et économiques sont des intégrateurs de ressources
Axiom 4/FP10	La valeur est toujours déterminée par le bénéficiaire de manière unique et phénoménologique
Axiom 5/FP11	La cocréation de valeur est coordonnée via les arrangements institutionnels et les institutions créés par les acteurs

Tableau 1 : Les axiomes de la logique dominante service (Vargo & Lusch, 2016, p. 18)

Vargo et Lusch (2008) soulignent alors l'intérêt d'une approche basée sur l'écosystème de service permettant la prise en compte de ces facteurs contextuels. Ils se réfèrent au concept de système de service comme défini par Maglio et al. (2009), mais ajoute une dimension institutionnelle. L'écosystème de service est alors défini comme « un système relativement autonome et adaptable d'acteurs intégrateurs de ressources, connectés par des arrangements institutionnels partagés et une création de valeur mutuelle par l'échange de services »³⁵ (Vargo & Lusch, 2008, p. 10). Etudiant un phénomène de recherche ancré dans un contexte marqué par

³⁵ Traduit de l'anglais : "a relatively self-contained, self-adjusting system of resource-integrating actors connected by shared institutional arrangements and mutual value creation through service exchange".

des vides institutionnels, il nous semble pertinent de nous référer à cette définition qui donne une place au rôle des institutions dans les mécanismes de cocréation.

En accord avec la théorie de la structuration de Giddens (1984), ou de l'encastrement social de Granovetter (1985), les relations des acteurs doivent être considérées dans leur contexte social. Il s'agit de comprendre les réseaux sociaux et institutions - l'ensemble des normes et croyances formelles et informelles - qui régissent les interactions d'acteurs aux rôles variés et favorisent une convergence des comportements au sein d'un même écosystème de service dans lesquels se développe des processus de cocréation de valeur (Vargo & Lusch, 2016). Les différents acteurs impliqués dans une prestation de service prennent part à un processus de cocréation de valeur régie par les institutions et arrangements institutionnels de l'écosystème qui influencent l'utilisation des ressources et la manière dont elles sont intégrées (Edvardsson, Tronvoll, & Gruber, 2011). Chaque acteur cherche alors à « intégrer les ressources et s'engager dans l'échange de service, le tout dans le processus de création de valeur »³⁶(Vargo & Lusch, 2016, p. 7). Le rôle social de chaque acteur est alors défini selon ce qu'il représente en termes de ressources au sein de l'écosystème (Akaka & Chandler, 2011) et dans la prestation de service. Il ne s'agit pas de considérer les différents acteurs selon leurs rôles prédéfinis comme producteur ou consommateur, mais de « *préparer le terrain pour les caractériser en termes d'identités distinctement constituées associées à des intersections uniques, des arrangements institutionnels, auxquelles ils s'associent.* »³⁷ (Vargo & Lusch, 2016, p. 7). Ils peuvent ainsi contribuer à la création de valeur contextuelle et en bénéficier sans faire un usage direct de l'offre (Akaka et al., 2013).

En définitive, la cocréation de valeur ne se limite plus à une implication du client en amont de la prestation de service (coproduction avec le client) ou en aval (participation du client) dans une relation de cocréation dyadique client-entreprise. Comme le soulignent Vargo et Lusch (2016) « *le récit de la cocréation de valeur est en train de se transformer en un récit de l'intégration des ressources, de la prestation réciproque de services par les acteurs qui créent de la valeur à travers des expériences holistiques, c'est-à-dire chargées dans des écosystèmes de services imbriqués et se chevauchant, régis et évalués par leurs dispositions*

³⁶ Traduit de l'anglais : “*integrate resources and engage in service exchange, all in the process of cocreating value.*”

³⁷ Traduit de l'anglais : “*...set the stage for characterizing them in terms of distinctly constituted identities associated with unique intersections of the institutional arrangements, with which they associate themselves.*”

institutionnelles. »³⁸ (p. 3). La cocréation de valeur résulte donc de la transformation de ressources potentielles en avantage spécifique et peut se définir comme : « *un processus conjoint durant lequel la valeur est créée réciproquement pour chacun des acteurs (individus, organisations ou réseaux). Ces acteurs s'engagent dans le processus en interagissant et en échangeant leurs ressources. Les interactions ont lieu sur une plateforme d'engagement où chaque acteur partage ses propres ressources, intègre les ressources proposées par d'autres acteurs, et développe potentiellement de nouvelles ressources à travers un processus d'apprentissage* » (Leclercq, Hammedi, & Poncin, 2016, p. 6). Finalement, la cocréation de valeur implique l'interaction de parties prenantes variées qui cocréent de la valeur par l'échange de ressources et compétences (Grönroos, 2011 ; Prahalad & Ramaswamy, 2004) dans un écosystème de service composé d'acteurs régis par des arrangements institutionnels communs (Vargo & Lusch, 2016). Le processus de la logique DS tel que l'expose la Figure 5 semble alors résonner avec la vision du management stratégique BoP 3.0 où les populations démunies peuvent détenir plusieurs rôles au sein de leur écosystème régi par des arrangements institutionnels souvent défailants dans un objectif de création de valeur partagée et mutuelle.

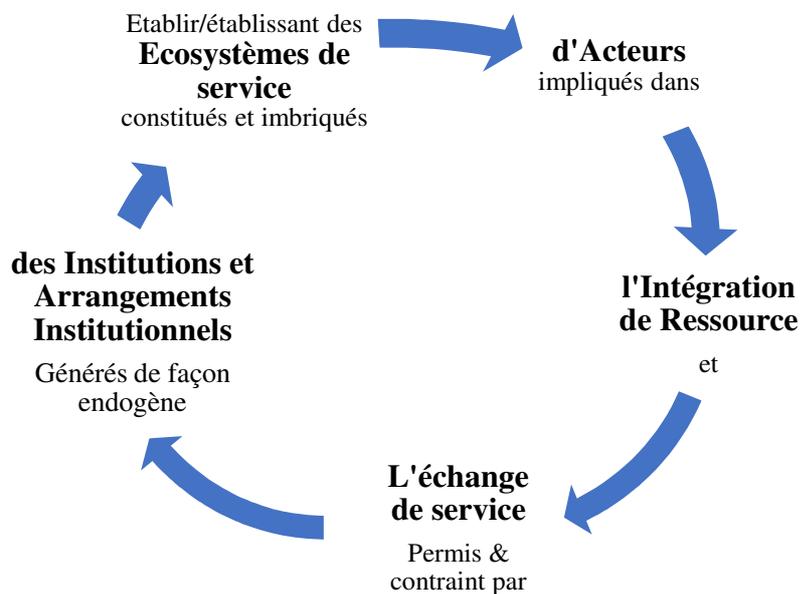


Figure 5 : Le récit et le processus de la logique dominante service (Vargo & Lusch, 2016, p. 7)³⁹

³⁸ Traduit de l'anglais : "The narrative of value cocreation is developing into one of resource-integrating, reciprocal-service providing actors cocreating value through holistic, meaning laden experiences in nested and overlapping service ecosystems, governed and evaluated through their institutional arrangements."

³⁹ Traduit de l'anglais : "establishing nested and interlocking service ecosystems of actors involved in resource integration and service exchange enabled & endogenously generated institutions & institutional arrangements"

SECTION 2 : LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTE, LE ROLE CLE DE LA COCREATION A L'ECHELLE DE L'ECOSYSTEME DE SERVICE

2.1. Les services de santé, des services professionnels complexes et difficiles à évaluer

La santé, ou en anglais health, est un concept communément accepté selon la définition de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1948 formulée comme « Un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. » (WHO, 1946, p. 1). Elle constitue un des objectifs de développement durable⁴⁰ mis en avant par les Nations Unies. Dans l'atteinte de cet objectif, l'OMS considère la conduite de soins primaires comme un levier clé pour atteindre la santé et le bien-être des populations. Ainsi, la déclaration sur les soins primaires de Alma-Ata en 1978, revue à Astana en 2018, appelle la communauté internationale à se concentrer sur trois principaux axes : l'autonomie des personnes et les communautés ; les politiques et actions multisectorielles ; et les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique, comme noyau central de la santé intégrée. L'accès aux services de santé primaires joue donc un rôle clé dans l'atteinte du bien-être des populations. Ils ne se focalisent pas sur le seul traitement des maladies, et visent à prendre soin des personnes avec un service de prévention, de traitement de maladies chroniques et de soins palliatifs. Les services des santé primaires, sujet de notre thèse, impliquent donc « *une approche de prestation de services de santé caractérisée par les soins de premier contact, la facilité d'accès, la prise en charge d'un large éventail de besoins de santé, la continuité et l'implication de la famille et de la communauté* »⁴¹ (Kruk, Porignon, Rockers, & Van Lerberghe, 2010, p. 904). Ainsi, l'OMS appelle à rendre accessible des services de santé primaires de qualité au plus grand nombre (WHO & UNICEF, 2018). Dès lors, il convient de comprendre les spécificités de management impliquées par ce type de services et plus largement par les services de santé.

Les services professionnels, tels que les services de santé, sont « *complexes, personnalisés et dépendent des connaissances et de l'expertise du serveur* » (Heineke, 1995, p. 255). Ils sont caractérisés par un fort niveau de contact avec le client, une forte variation du processus de service, et la présence de forces influentes externes sur le prestataire de service (Dobrzykowski,

⁴⁰ En anglais, sustainable development goal

⁴¹ Traduit de l'anglais : “*a health service delivery approach characterized by first-contact care, ease of access, care for a broad range of health needs, continuity, and the involvement of family and community.*”

McFadden, & Vonderembse, 2016, p. 40). Ils requièrent alors un engagement important de la part des clients, un certain niveau de personnalisation, le développement de connaissances spécifiques et une faible intensité capitalistique (Brandon-Jones, Lewis, Verma et Walsman, 2016 ; Dobrzykowski, McFadden et Vonderembse, 2016 ; Lewis et Brown, 2012). Ces particularités rendent difficiles la standardisation d'un service et la planification et le contrôle des processus d'opérationnalisation liés. Emergent alors des challenges liés à la qualité, l'expérience clients, le recrutement, la formation et le développement et contrôle de méthodes de travail (Schemenner, 1986 in : Brandon-Jones, Lewis, Verma, & Walsman, 2016, p. 11).

Les services de santé sont d'autant plus complexes à gérer que le caractère intangible, inséparable, hétérogène et périssable, normalement associé aux services, est exacerbé. Les services de santé font partie des services les plus intangibles qu'ils soient (Padma, Rajendran, & Sai, 2009). Comme tout service, le client achète un service selon la promesse transmise qu'il ne sera en mesure d'évaluer que pendant son expérience du service. Il entreprend ainsi une certaine prise de risque associée à cette incertitude, qui est d'autant plus angoissante que le service de santé est directement dirigé à sa personne, son corps (Lovelock, 1983). La spécificité du service est telle, que l'incertitude perdure à l'issue de l'expérience du service. Ces « pure services » n'ont en effet aucun résultat tangible direct qui puisse faire foi de l'expérience vécue ; et les compétences requises pour appréhender les services de santé rendent leur évaluation encore plus difficile. Ainsi, la satisfaction et l'appréhension de la qualité du service de santé par les patients sont surtout fonction de la perception qu'ils détiennent des conditions de prestation et de l'expérience du service (Mohammed et al., 2016). L'expérience du patient doit alors être placée au cœur des préoccupations, car « elle permet de comparer les différents fournisseurs de soins de santé, facilite la prise de décisions en matière de soins de santé, permet de surveiller la prestation des soins de santé et les normes d'expérience du patient, et aide les organisations de soins de santé à évaluer leurs normes de qualité (LaVela et Gallan, 2014) »⁴² (Beirão, Patrício, & Fisk, 2017, p. 231).

Suite à une recherche sur la satisfaction des patients basée sur 36 études dans différents pays, « dix dimensions de la qualité des services de santé ont été identifiées : communication, accès aux soins de santé, prise de décision partagée, connaissances et compétences en matière de qualité clinique / prestataire de soins, environnement physique, éducation des patients, dossier

⁴² Traduit de l'anglais : "...because it enables comparison of different healthcare service providers, facilitates patient health care decisions, enables monitoring health care delivery and patient experience standards, and helps health care organizations to assess their quality standards (LaVela and Gallan, 2014)."

médical électronique, contrôle de la douleur, processus de congé et services de prévention » (Mohammed et al., 2016, p. 3). L'analyse de ces dimensions, nommées ici par ordre d'importance, montre que deux dimensions se distinguent particulièrement : la communication et l'accès. La qualité perçue du patient est fortement influencée par la communication établie entre patient et praticien (Ibid.). Du fait de son implication directe dans l'expérience du service, le personnel médical détient en effet une influence sur le bien-être physique du patient, mais aussi sur son bien-être émotionnel (L. Anderson et al., 2013). N'étant pas à même d'évaluer le service rendu, les interactions permettent l'instauration d'un climat de confiance déterminant à l'engagement du patient (Moliner, 2009). La dimension de l'accès, est aussi fortement valorisée par les patients, surtout dans le cadre des soins basiques. Elle se caractérise par la facilité de prise de rendez-vous et la communication avec le prestataire, l'acceptation des assurances maladie, l'accessibilité du prestataire et l'accessibilité géographique (Mohammed et al., 2016). Même si les critères de qualité valorisés par les patients tendent à varier sensiblement selon les régions étudiées, la communication et l'accès s'imposent. La différence réside surtout dans ce qui est valorisé dans l'accès. Par exemple, la rapidité de prise de rendez-vous est déterminante aux Etats-Unis, alors que d'autres pays seront plus sensibles à l'accessibilité du prestataire. Ce constat appelle une gestion différenciée des services de santé selon les zones géographiques dont les facteurs de qualité valorisés par les patients régionaux varient (Mohammed et al., 2016). Ce constat renforce l'intérêt d'étudier l'accès des services de santé dans le contexte particulier des pays en développement.

Même si ces dimensions ne relatent que le point de vue des patients et non des praticiens, elles « *peuvent être utilisées dans la planification et l'évaluation de la prestation des soins de santé* »⁴³ (Mohammed et al., 2016, p. 8). Elles ne se sont pas une garantie de qualité des soins dispensés, mais encouragent une meilleure adhésion du patient aux services et à leur santé en général (Ibid.). En ce sens, la qualité perçue des patients est considérée comme un déterminant clé de l'utilisation des services de santé (Baltussen, 2002). Elle influence l'engagement du patient par son niveau de participation à la prestation de service (Chase, 1978). Dans une dynamique active de cocréation de valeur, le patient cherchera le dialogue, l'accès, une compréhension des risques et bénéfices et un effort de transparence de la part du prestataire (Prahalad & Ramaswamy, 2004), ce qui pourra l'encourager à se conformer aux conseils des personnels de santé en aval de la prestation (Beirão et al., 2017), gage d'une amélioration de sa

⁴³ Traduit de l'anglais : "The 10 dimensions identified can be used in the planning and evaluation of health care delivery."

santé. Ainsi, la valeur créée via une vision basée sur la valeur d'usage se caractérise par l'amélioration de la santé ou du bien-être du patient issue de son utilisation du service (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012). La particularité des services de santé implique donc une participation inévitable du patient dans la prestation de service où un échange de ressources entre patient et praticien est indispensable (Frow et al., 2016). Le patient est ainsi « *l'intégrateur majeur de ressources dans la cocréation de la gestion de sa propre santé* »⁴⁴ (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 375). Puisque la cocréation dans lequel s'implique le client s'avère capital dans la gestion de sa propre santé (McColl-Kennedy et al., 2012), les différents mécanismes qui y sont associés méritent d'être explicités.

2.2. La cocréation de valeur dans la prestation des services de santé, vers l'intégration d'une dynamique multi acteurs écosystémique

2.2.1. Informations, ressources clés de la cocréation de valeur praticien-patient

Afin de poser un diagnostic médical (la proposition de valeur), le médecin mobilise ses connaissances et compétences médicales (ses ressources opérantes) pour interpréter les symptômes expliqués par le patient (ressources opérandes). C'est grâce aux ressources opérandes du patient que le praticien peut mobiliser ses ressources opérantes pour effectuer une proposition de valeur. L'interaction patient-praticien et l'échange d'informations constituent ainsi le pivot central du processus de cocréation de valeur. La prestation de service nécessite alors des interactions de qualité et une implication des deux parties (Barile, Saviano, & Polese, 2014). L'information transmise par le patient est essentielle à la proposition d'un bon diagnostic par le praticien, et la transmission du diagnostic au patient est cruciale à la compréhension du patient et sa capacité à bénéficier pleinement de l'expertise et jugement du professionnel de santé (Damali, Miller, Fredendall, Moore, & Dye, 2016 ; Lovelock, 1983). La difficulté réside alors dans la gestion de l'asymétrie d'informations qui se développe lorsque le prestataire détient davantage d'informations que le client sur la prestation de service ou inversement (Barile et al., 2014). Ce risque d'asymétrie détient un impact très important sur la prestation de service de santé, car il peut empêcher le processus de cocréation de valeur.

En dépit d'être coproducteur dans la conception de l'offre, ce qui est rare du fait de la complexité des services de santé, le patient exerce une influence sur la prestation du service via

⁴⁴ Traduit de l'anglais : "The customer is the primary resource integrator in the cocreation of their own health care management."

l'information qu'il transmet dans son processus de cocréation avec le praticien. Néanmoins, la transmission d'informations par le patient n'est pas un gage de sa participation active puisque son engagement peut rester limitée, notamment s'il ne parvient pas ou ne souhaite pas interagir avec le professionnel (Brandon-Jones et al., 2016). Le degré d'effort à effectuer pour mener ces activités de cocréation de valeur peut alors être influent. Par exemple, partager des informations au praticien ou se conformer aux règles de base sont des activités relativement faciles à entreprendre et peu impliquantes, à l'inverse d'une participation à la prise de décision de santé ou la régulation des émotions qui nécessitent un fort engagement du patient (Sweeney, Danaher, & McColl-Kennedy, 2015). Quel que soient le niveau d'effort requis, l'engagement du patient et le niveau d'interaction qu'il impulse sont fonction de sa motivation et sa capacité à entrer dans le processus de cocréation de valeur et à intégrer des ressources disponibles (Damali et al., 2016; McColl-Kennedy et al., 2012; Osei-Frimpong et al., 2018). En ce sens, l'expérience du service et la valeur cocrée sont influencées par le patient et son « accès à l'information, ses ressources, connaissances et aptitudes personnelles » (Osei-Frimpong et al., 2018, p. 15).

La qualité et pertinence de l'information, la fiabilité, la sécurité et la confidentialité sont considérées comme des facteurs majeurs de cocréation de valeur dans l'échange de ressources entre client et prestataire de service (Pinho et al., 2014). Le développement d'une « alphabétisation santé » est alors un moyen d'encourager la participation active du patient via une meilleure intégration des ressources opérantes et une facilité à s'intégrer au processus de cocréation de valeur. Selon Bowen (1986), préparer le client en amont lui permet d'adopter un comportement plus adéquat durant la prestation de service. Il s'agit de clarifier le rôle du client détenu au sein de la prestation de service concernant les activités à réaliser, les compétences nécessaires pour les réaliser, et la motivation requise. Dès lors, la formation et l'éducation des clients permettent une meilleure préparation amont des clients, et donc un comportement plus adapté lors de la cocréation de valeur (Damali et al., 2016). Elles contribuent aussi à diminuer le risque de codestruction qui est fréquent dans le cas des services de santé ; la complexité du service induisant souvent une forte asymétrie d'informations pouvant mener à un rejet du diagnostic médical. La rencontre patient-praticien joue aussi un rôle clé dans la participation du patient : le praticien doit permettre au patient de s'affirmer dans la relation pour faciliter la communication et la création d'une solution adaptée (Osei-Frimpong et al., 2018). Une participation active des deux parties encourage donc l'échange d'information et légitimise les prises de décision. Néanmoins, la cocréation de valeur dans le cadre des services de santé ne peut se résumer à la seule interaction patient-prestataire.

2.2.2. Les facteurs et pratiques de cocréation de valeur du patient, l'influence de son réseau de valeur

Qu'ils aient une influence directe ou indirecte sur la cocréation de valeur, plusieurs acteurs sont impliqués. Considérer la seule relation dyadique prestataire de service-patient ne suffit pas à appréhender les pratiques de cocréation de valeur puisque les clients se reposent sur leur propre réseau de valeur pour entrer dans les processus de cocréation. McColl-Kennedy et al. (2012) soulignent en effet l'intérêt de considérer le réseau de valeur des clients et définissent la valeur client comme le « *bénéfice de l'intégration des ressources par le biais d'activités et d'interactions avec des collaborateurs du réseau de service client* »⁴⁵ (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 1). Les ressources intégrées par le client proviennent donc aussi de sources externes au prestataire et au système traditionnel de santé. Ainsi, « *les ressources intégrées peuvent inclure des activités autogénérées (par exemple, des activités cérébrales) ; des sources privées (par exemple, la famille et les amis), des sources faisant face au marché (par exemple, entreprises et autres entités) et des sources publiques (par exemple communales, gouvernementales)* »⁴⁶ (Pinho et al., 2014, p. 473). Même si la proposition de valeur est la même, le processus de cocréation de valeur varie selon les clients et les ressources auxquelles ils ont accès. Les niveaux d'activités et d'interactions qu'ils développent avec des acteurs de sources variées influencent de fait de leur rôle au sein du processus de cocréation de valeur et leur manière d'intégrer les ressources disponibles (McColl-Kennedy et al., 2012). Par exemple, en interagissant avec ses proches, le patient peut faciliter ses prises de décision relatives à sa santé. Finalement, les pratiques de cocréation résultent de l'interaction de plusieurs acteurs de l'écosystème qui partagent leurs ressources au profit d'une proposition de valeur qu'ils jugent attractive (Frow et al., 2016).

Plusieurs styles de pratiques de cocréation de valeur se distinguent selon le rôle des patients, les activités de cocréation, et le nombre d'interactions développé dans le processus de cocréation de valeur (Voir). Quel que soit le style de pratique de cocréation de valeur adopté par le patient, il peut s'engager dans huit thèmes d'activités de cocréation de valeur « *qui comprennent des activités comportementales (faire) et cérébrales (penser), à savoir : (1) coopérer; (2) rassembler des informations (trier et assortir); (3) combiner des thérapies*

⁴⁵ Traduit de l'anglais : “...benefit realized from integration of resources through activities and interactions with collaborators in the customer's service network.”

⁴⁶ Traduit de l'anglais : “The integrated resources may include self-generated activities (e.g. cerebral activities); private sources (e.g. family and friends), market-facing sources (e.g. firms and other entities), and public sources (e.g. communal, governmental).”

complémentaires; (4) coapprendre (recherche active et partage d'informations et retour d'information); (5) établir des liens avec la famille et les amis, les médecins et autres professionnels de la santé et les groupes de soutien; (6) changer les façons de faire; (7) la coproduction (par exemple, aide à l'administration de traitements, à la refonte des traitements et à la reconfiguration de l'équipe médicale); et (8) des activités cérébrales telles que la pensée positive, le psychisme, le recadrage et la création de sens, le travail émotionnel et le fait d'être philosophique » (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 384). C'est l'analyse des interactions et activités entretenues par les patients qui permet d'appréhender la manière dont ces derniers perçoivent leur rôle d'intégrateur de ressources dans la cocréation de valeur. Les activités de cocréation de valeur se basent sur la perception que détient le patient du contexte social dans lequel il évolue, de sa position sociale dans l'écosystème et ses interactions avec les différents acteurs de son réseau de valeur (Edvardsson et al., 2011; McColl-Kennedy et al., 2012). Ces différentes perceptions influencent alors son rôle d'intégrateur de ressources. Dans un cas où le patient détient un faible niveau d'activité et un nombre élevé d'interactions, c'est qu'il cherche à s'adapter au processus de cocréation de valeur. Dans le cas où il a un faible niveau d'activité et d'interactions, il se contente de se conformer aux différentes instructions. Il interagit surtout avec des sources internes telles que les médecins et ne cherche pas à contester. A l'inverse, dans le cas d'un niveau d'activité et d'interactions élevé, le patient adopte un rôle de manager d'équipe et cherche à faciliter la production de l'offre. Il encourage une certaine cohésion entre les différents acteurs de sources multiples (médecins, familles). Si les activités sont intenses, mais que le niveau d'interaction est faible, c'est que le patient est certes centré sur l'amélioration de sa santé, mais tend à s'isoler socialement et à contrôler ses émotions. Enfin, le patient adopte un rôle de partenaire lorsqu'il s'engage dans un niveau moyen d'activité et d'interaction, et particulièrement avec les praticiens avec lesquels ils collaborent pour faciliter la prestation de services.

Enfin, même si ces types de pratiques sont susceptibles de varier selon les services de santé pour lesquels le patient entre dans un processus de cocréation de valeur, les pratiques dites de conformité passive, gestion d'équipe et partenariat sont toujours appliquées dans le cas de pathologies mineures (McColl-Kennedy et al., 2012). Leur usage dans le cadre de services de soins primaires paraît ainsi cohérent. Par ailleurs, il semble exister un lien entre le type de pratiques de cocréation de valeur et la qualité de vie des individus : « Nous avons trouvé des preuves suggérant qu'une qualité de vie relativement élevée a tendance à être associée aux individus affichant des styles de pratique de partenariat ou de gestion d'équipe. En revanche, la

qualité de vie la plus basse semble être associée à celles que nous classons comme conformité passive et cocréation de valeur de contrôle insulaire de styles de pratique de valeur »⁴⁷(Ibid. p. 384). Cette information peut s'avérer cruciale dans la prise en compte des caractéristiques individuelles des patients, d'autant plus que le style de pratique pourrait être influencé par la culture du patient (McColl-Kennedy et al., 2012). Alors, il semble indispensable pour les organisations de santé d'assimiler les pratiques de cocréation et interactions de leurs patients (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 386) pour évaluer et ajuster leur business model et ainsi proposer une offre de soin en adéquation à leurs besoins et comportements.

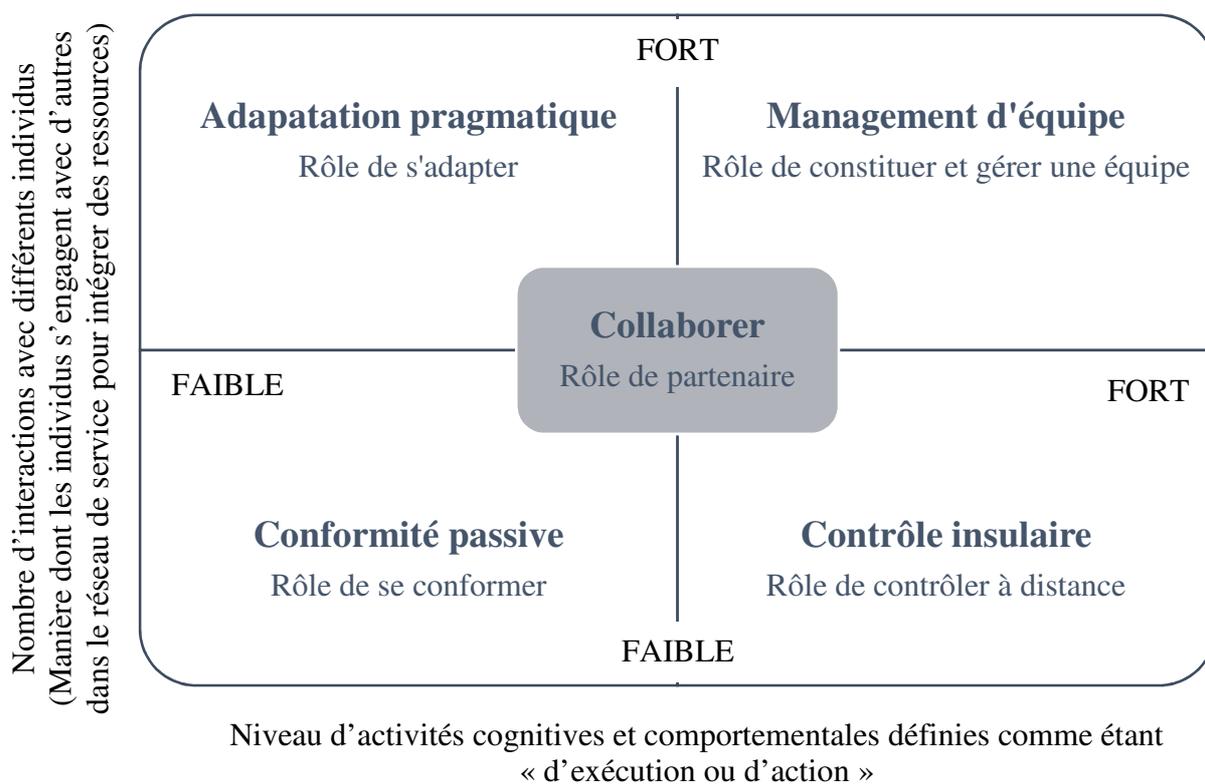


Figure 6 : Framework des styles de pratiques de cocréation de valeur client (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 383)

La prise en compte du réseau de valeur du client supporte donc une vision écosystémique du service de santé dans laquelle plusieurs acteurs influencent les processus de cocréation de valeur dans lequel se place le client. Cependant, cette vision ne prend pas compte la simultanéité souvent fréquente des rôles détenus par les acteurs impliqués dans les services de santé puisqu'elle ne considère que le rôle d'intégrateur de ressources du client. Dès lors, Pinho et al.

⁴⁷ Traduit de l'anglais : "We found evidence that suggests that relatively high quality of life tends to be associated with individuals who display partnering or team management practice styles. In contrast, the lowest quality of life appears to be associated with those that we classify as passive compliance and insular controlling cocreation of value practice styles."

(2014) suggèrent d'étendre la perspective client à une perspective multi acteurs qui permette de considérer les pratiques de cocréation de valeur parmi les divers acteurs de l'écosystème et non plus seulement les clients.

2.2.3. L'intérêt d'une perspective multi acteurs au sein de l'écosystème de services de santé

En accord avec les bienfaits d'une participation active du patient, les prestataires de services de santé tendent à développer une approche centrée patient, c'est-à-dire à fournir une solution de soin qui satisfasse le besoin du patient comme un consommateur (Osei-Frimpong et al., 2018) et prenne en compte non seulement son bien-être physique, mais aussi son bien-être émotionnel (Frow et al., 2016). Cette approche repose sur « une autogestion accrue des soins, la prise de décision partagée entre le patient, les familles et une équipe de soins de santé, ainsi que l'amélioration de la communication et compréhension partagée »⁴⁸ (Frow et al., 2016, p. 35). Via cette vision, le processus de cocréation de valeur ne se limite donc pas à une relation dyadique patient-praticien et prend en compte de multiples acteurs de l'écosystème de service de santé (Beirão et al., 2017; Frow et al., 2016). La difficulté réside dans l'ambiguïté des rôles, où les acteurs détiennent souvent plusieurs rôles à la fois. Les patients, personnels de santé et médecin sont en même temps fournisseurs et clients. Ils sont ainsi impliqués dans différentes interactions de cocréation de valeur qui nécessitent différentes ressources à intégrer. Pour l'acteur, il est alors plus complexe d'évaluer les ressources qu'il peut mobiliser, la capacité qu'il doit développer pour gérer l'intégration de ces ressources, et les interactions nécessaires à l'échange de services dans ses différentes relations de cocréation (Mele et al., 2018). Une mauvaise gestion des interactions peut alors conduire à une asymétrie d'information, voire à l'émergence de comportements opportunistes (Ibid.) nuisant à la cocréation de valeur. Cela est d'autant plus risqué que la création de valeur impulsée par un professionnel de santé est souvent codépendante d'un autre professionnel de santé, ce qui affecte la valeur totale pouvant être cocréée avec le patient (Porter, 2010). Par exemple, si un secrétaire médical ne transmet pas, ou transmet de manière erronée au médecin, les informations que le patient lui a transmises, le diagnostic proposé peut être faussé. Ici, le secrétaire médical est à la fois destinataire de l'information auprès du patient et fournisseur de cette même information auprès du médecin. Dès lors, une bonne communication et coordination entre les différents professionnels de l'écosystème permet de faciliter la cocréation de valeur via la réduction du risque d'asymétrie

⁴⁸ Traduit de l'anglais : *“increasing self-management of care, shared decision-making between patient, families and a health care team, and improving communication and shared understanding”*.

d'information et de variance de la prestation du service (Dobrzykowski et al., 2016). La prise en compte du réseau de valeur du client comme préconisée par McColl-Kennedy et al. (2012) ne s'avère donc pas suffisante pour rendre compte des interactions écosystémiques. Il semble alors nécessaire d'adopter une vision dynamique du réseau de valeur en tenant compte des rôles multiples de chaque acteur et en considérant les différents niveaux de l'écosystème de service.

2.3. La cocréation de valeur dans la prestation des services de santé, considérer l'ensemble de l'écosystème de santé

2.3.1. Les facteurs de cocréation de valeur multi acteurs au sein de l'écosystème de service de santé

Pinho et al. (2014) suggèrent alors de considérer les facteurs de cocréation qui supportent le partage de ressources multi acteurs au sein des différents réseaux de valeur. Alors que les facteurs de cocréation dyadique prestataire-patient reposent sur la qualité de l'échange d'informations en termes de disponibilité, accès et fiabilité ; les facteurs de cocréation multi acteurs reposent sur la collaboration des acteurs dont le développement dépend de la présence d'interconnexions et de dépendances (Pinho et al., 2014). La cocréation de valeur est ici le fruit des interactions et de l'intégration de ressources entre plusieurs acteurs du réseau. Trois types d'interdépendances entre acteurs de la cocréation de valeur se distinguent : (1) l'interdépendance dynamique via laquelle les acteurs peuvent avoir un rôle fournisseur, mais aussi un rôle de client ; (2) l'interdépendance temporelle via laquelle les interactions ont lieu de manière séquentielle à des moments différents ; et (3) l'auto-interdépendance via laquelle la création de valeur dépend des propres actions de l'acteur. Alors, les multiples acteurs du réseau de valeur « effectuent des activités différentes et intègrent les ressources différemment pour cocréer leur expérience de service dans un flux dynamique dans le temps » (Pinho et al., 2014, p. 489). Puisque le comportement de chaque acteur varie selon ses attentes personnelles et son réseau de valeur, il apparaît pertinent d'encourager les collaborations entre différents types d'acteurs comme les professionnels de santé, patients, familles et communautés, afin de fournir une prestation de soin satisfaisante (Beirão et al., 2017).

Concepts	Définitions	Références
Cocréation de valeur client	L'avantage tiré de l'intégration des ressources par le biais d'activités et d'interactions avec les collaborateurs du réseau de service du client.''	McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012, p. 375

Pratiques de cocréation de valeur	Activités, où les acteurs s'engagent de manière collaborative dans des activités à travers des interactions dans un contexte social spécifique. Pratiques de partage de ressources.	Frow, McColl-Kennedy, & Payne, 2016, p. 26-27
Activités de cocréation de valeur	<i>Les activités sont l'action de faire des choses</i> <i>Les activités sont définies comme étant « d'exécution » ou « d'action » (cognitives et comportementales).</i> <i>Les activités peuvent aller d'activités simples (de bas niveau) comme la conformité avec les fournisseurs de services et la collecte d'information à des activités complexes (de haut niveau) comme le co-apprentissage, la recherche active d'information et la rétroaction.</i>	McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012, p. 383 Voir Figure 6
Interaction	Manière dont les individus s'engagent avec les autres dans le réseau de services pour intégrer les ressources.	McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012, p. 383
Rôle	Comment les clients font réellement cette cocréation de valeur dans la pratique, par le biais d'activités et d'interactions avec d'autres personnes du réseau de service du client.	McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney, & Kasteren, 2012, p. 376

Tableau 2 : Définitions des concepts clés liés au concept de cocréation de valeur
Source : auteur (traduction libre depuis l'anglais)

L'écosystème de services dépend ainsi des différents acteurs qui le composent, leurs interactions dans la prestation d'un service donnée (Qiu, 2009 in: Wieland et al., 2012), leur implication dans le processus de cocréation de valeur, et leur motivation sociale à intégrer cette cocréation avec d'autres acteurs (Osei-Frimpong et al., 2018). Les facteurs de cocréation de valeur ne sont donc pas dépendants de la seule interaction avec le patient, mais de l'ensemble des interactions multi acteurs agissant au cœur de l'écosystème des services de santé. Adopter une perspective holistique permet de comprendre les interdépendances existantes entre les acteurs du réseau, la nature de leurs interactions et leur contribution dans la cocréation de valeur. Cela implique alors de considérer les différents niveaux de l'écosystème auxquels ces mécanismes se développent.

2.3.2.L'intérêt d'une perspective multiniveaux pour appréhender la cocréation de valeur dans l'écosystème de santé

Les écosystèmes de services de santé, et plus généralement de services complexes, ont un rôle grandissant dans la vie des populations qui y agissent comme destinataires et ressources opérantes (Wieland et al., 2012). Les différents niveaux macro, méso, et micro détiennent en effet une influence sur les individus via le contexte social qu'ils coconstruisent au sein de cet écosystème (Akaka & Chandler, 2011). Appréhender la cocréation de valeur à chaque niveau de l'écosystème (Beirão et al., 2017) permet alors de considérer la valeur en contexte selon les interactions et interdépendances des acteurs aux différents niveaux de l'écosystème (Edvardsson et al., 2011; Pinho et al., 2014). Dans le cas des services de santé, il s'agit de considérer le fait que « les interactions entre docteurs et patients (niveau micro) ont lieu dans des cabinets de consultation ou hôpitaux (niveau méso), qui sont influencés par les politiques de santé nationales (niveau macro)»⁴⁹(Fisk et al., 2016, p. 4). Les collaborations intra et interniveaux peuvent alors améliorer la qualité du service de santé fourni à condition qu'elles soient portées par une approche centrée patients (Frow et al., 2016). Par exemple, partager le dossier médical d'un patient entre plusieurs praticiens issus d'organismes différents peut permettre la proposition d'un traitement plus adapté au patient. Chaque niveau implique alors différents acteurs et facteurs de cocréation, mais ils demeurent interdépendants de par leur encastrement (Beirão et al., 2017).

Aux trois niveaux de l'écosystème, trois facteurs communs de cocréation de valeur sont identifiés : (1) l'accès des ressources; (2) le partage des ressources ; et (3) la combinaison des ressources. En plus de ces facteurs, le contrôle des ressources constitue un facteur de cocréation supplémentaire aux niveaux méso et macro ; et la gouvernance et la création d'institutions sont considérées comme telles au niveau macro. Quel que soit le niveau de l'écosystème de service, les ressources disponibles sont en constante évolution, car elles dépendent des acteurs présents et leur capacité à intégrer des ressources (Beirão et al., 2017; Pinho et al., 2014). Pour chaque niveau, les facteurs de cocréation influencent le bien-être des acteurs et la viabilité intraniveau en termes d'efficacité (selon les impacts économiques, la qualité de vie, et le bien-être engendré par la cocréation) et d'efficience (selon les ressources utilisées pour atteindre ces résultats) (Beirão et al., 2017) (Voir Figure 7).

⁴⁹ Traduit de l'anglais : “*Interactions between doctors and patients (micro level), take place in surgeries or hospitals (meso level), which are influenced by national health policies (macro level).*”

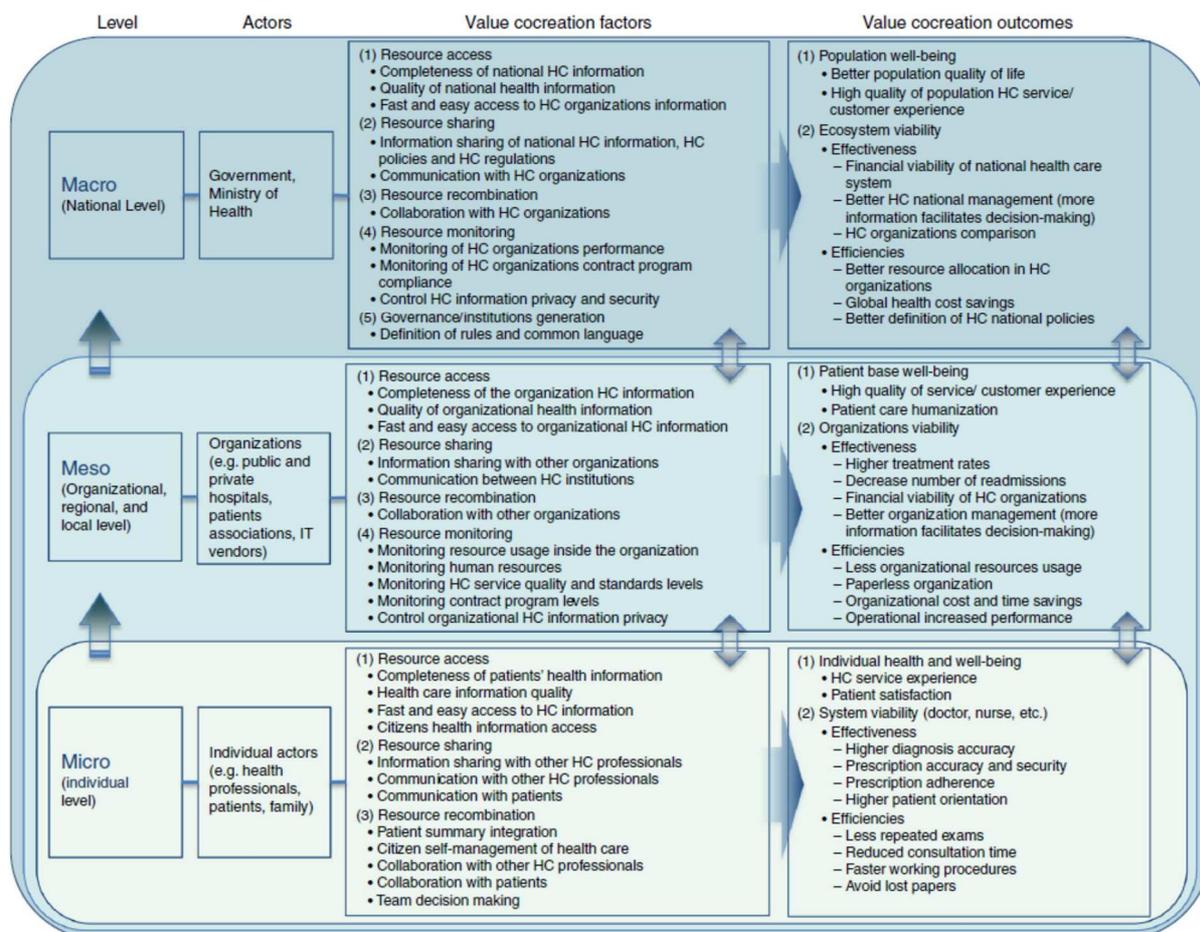


Figure 7: Facteurs et résultats de cocréation de valeur aux niveaux micro, méso, et macro (Beirão et al., 2017, p. 235)

Par ailleurs, Frow et al. (2016) proposent d'ajouter un niveau méga à l'écosystème de services de santé afin de prendre en compte les arrangements institutionnels liés aux particularités nationales tels que les systèmes de santé, la culture, l'histoire et les politiques en matière de santé. Ces éléments affectent les autres niveaux de l'écosystème de service qui y sont encadrés et tendent à influencer la présence d'infrastructures locales et l'accessibilité financière des soins aux populations. Il se diffère du niveau macro qui est représenté par les autorités de santé, les associations de professionnels de santé et syndicats, ainsi que les assureurs de santé.

En accord avec la pertinence d'un écosystème de services multiniveaux (Edvardsson et al., 2011) et de la présence de facteurs et résultats de cocréation de valeur à chaque niveau de l'écosystème (Beirão et al., 2017), Frow et al. (2016) préconisent de considérer les interactions intra-niveau et inter-niveaux pour appréhender la cocréation de valeur des services de santé. Les acteurs et leurs ressources sont en effet influencés par de nombreux éléments écosystémiques à chaque niveau de l'écosystème. Ils sont reliés par des propositions de valeur impliquant un réseau valeur d'acteurs variés qui influencent l'intégration des ressources au sein

de l'écosystème. Il existe donc une interdépendance entre la formation de l'écosystème de service de santé, les acteurs qui le composent, et les pratiques de cocréation qu'ils développent. En ce sens, les acteurs et pratiques de cocréations détiennent une influence sur le bien-être global de l'écosystème de service (Frow et al., 2016).

2.3.3. Le rôle de la cocréation de valeur sur le bien-être de l'écosystème de service de santé

Le développement de nouvelles ressources issues d'interactions variées permet à l'écosystème de s'adapter aux changements de l'environnement tout en améliorant sa capacité de résilience, et donc son bien-être global (Beirão et al., 2017; Frow et al., 2016). L'état de bien-être de l'écosystème de service de santé repose alors sur sa capacité à « permettre à l'ensemble de l'écosystème de soins de santé de collaborer pour améliorer l'efficacité et l'efficience »⁵⁰ (Mazzara, 2014, p.13 in: Frow et al., 2016, p. 26) via la collaboration de plusieurs acteurs interdépendants. Les pratiques de cocréation affectent ainsi le bien-être de l'écosystème puisque « l'écosystème est composé de plusieurs systèmes encastrés qui s'influencent mutuellement et contribuent à l'intégration des ressources et à une plus grande densité de ressources »⁵¹ (Beirão et al., 2017, p. 241).

Néanmoins, il est nécessaire de veiller aux incidences des pratiques de cocréation développées par les acteurs des différents niveaux afin de s'assurer qu'elles soient positives à l'écosystème de service de santé (Frow et al., 2016).

Considérer l'écosystème entier permet alors d'encourager les pratiques cocréation de valeur positives au bien-être de l'écosystème en fonction des acteurs impliqués et des arrangements institutionnels selon lesquels ils évoluent. Cela est d'autant plus pertinent, que le développement d'une approche centrée patient appelle de plus en plus de collaborations entre plusieurs acteurs, des professionnels de santé, mais aussi des familles, communautés, états qui, par l'échange de ressources, influencent le bien-être de l'écosystème.

⁵⁰ Traduit de l'anglais : "...enabling the whole health care ecosystem to collaborate to improve efficiency and effectiveness."

⁵¹ Traduit de l'anglais : "The ecosystem is composed of multiple embedded systems, which mutually influence each other and contribute to resource integration and higher resource density."

2.4. L'accès des services de santé, un phénomène complexe et multidimensionnel

2.4.1. Le modèle de Penchansky et Thomas comme base d'analyse de l'accessibilité d'un service de santé

Le concept d'accès s'avère clé dans le management des services de santé, puisqu'il conditionne la prestation des services aux patients. Il s'agit de « *permettre aux patients dans le besoin de recevoir les bons soins, du bon fournisseur, au bon moment, au bon endroit, selon le contexte* »⁵² (Saurman, 2015, p. 1). La complexité de ce concept multidimensionnel peut cependant rendre difficile son appréhension (Gulliford et al., 2002; Penchansky & Thomas, 1981). Les entreprises doivent proposer une offre permettant de répondre à la demande des patients et de surmonter les éventuelles barrières qui empêcheraient les patients d'y accéder grâce à un système de livraison adapté (Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2012; Ricketts & Goldsmith, 2005). Visant une meilleure compréhension du défi lié à l'accès aux services de santé, deux cadres intégrateurs majeurs ont été proposés dans la littérature.

Le premier, le modèle d'accès d'Andersen "*Behavioral Model of Health Services Use*" appréhende l'accès sous le prisme de l'utilisation du service de santé. Ce dernier affirme que la seule présence d'un service ne conditionne pas son accessibilité, elle-même dépendante de son utilisation par les patients. Les caractéristiques des patients et du système de prestation doivent ainsi être prises en compte et l'évaluation du service doit intégrer le comportement de santé des patients et les résultats issus de l'utilisation des services (résultats perçus, réels et satisfactions des patients) (Andersen, 1995; Ricketts & Goldsmith, 2005). Analyser si le service est effectivement utilisé aide à construire une offre de santé adaptée aux patients tout en gérant au mieux l'allocation des ressources associées. Néanmoins, même si l'utilisation réelle d'un dit service indique que les utilisateurs ont accès à ce même service, elle ne peut constituer à elle seule une preuve de l'accessibilité d'un service (Saurman, 2015) et présente le risque d'apprécier de manière erronée cette utilisation. Par exemple, accorder autant d'importance aux utilisateurs ayant peu de besoins, plutôt qu'aux utilisateurs en ayant beaucoup, peut influencer l'évaluation de l'accessibilité d'un service : peut-on réellement considérer qu'un service de santé est accessible si seule une partie de la population peut y accéder ? (Saurman, 2015). Ces questions présentent alors les limites de ce modèle et insinue l'intérêt de considérer les besoins

⁵² Traduit de l'anglais : "...enabling a patient in need to receive the right care, from the right provider, at the right time, in the right place, dependent on context."

en santé des patients et patients potentiels, et les différentes barrières auxquelles ils sont confrontés.

Le second, le modèle de Penchansky et Thomas (1981), caractérise l'accès aux services de santé comme le bon ajustement entre les besoins des patients et le système de prestation de services de santé. Il met en avant cinq éléments clés qui conditionnent l'accès des patients aux services de santé : la disponibilité, l'accessibilité, l'organisation, l'accessibilité financière, l'acceptation (*Availability, Accessibility, Accommodation, Affordability, Acceptability*). Bien qu'elles soient indépendantes, ces dimensions sont intimement connectées et chacune d'elles contribue à rendre accessible un service de santé. C'est l'optimisation de ces dimensions qui garantit un meilleur accès des patients aux services de santé, via leur satisfaction et l'ajustement régulier des pratiques déployées. Plus les dimensions sont ajustées aux patients, plus l'accès des services de santé est facilité (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2015). Ainsi, « *l'accès influence les consommateurs et les systèmes de trois façons : l'utilisation du service, la satisfaction des consommateurs et la pratique du système*⁵³ » (Saurman, 2015, p. 1).

Composantes	Description	Indicateurs
<i>Availability</i>	Nombre de praticiens et de services de santé proposés	Demande/offre
<i>Accessibility</i>	Situation géographique entre praticiens et patients	Localisation, temps et moyen de transport
<i>Accommodation</i>	Facilité d'utilisation du service sur place selon le système de santé proposé et son acceptation par les patients	Organisation du service de soin (horaire, temps d'attente, prise de rendez-vous)
<i>Affordability</i>	Capacité financière des patients à utiliser le service et la valeur perçue des services	Revenu comparé au prix, assurance
<i>Acceptability</i>	La relation entre praticiens et patients selon leur éducation ⁵⁴ et leur attitude mutuelle à l'égard de leurs caractéristiques respectives	Attitude et culture

Tableau 3 : Descriptions des dimensions de l'accès de Penchansky et Thomas (1981)

Malgré leur caractère statique, ces deux modèles sont considérés comme des piliers dans l'appréhension de l'accès des services de santé, car ils permettent d'appréhender une notion

⁵³ Traduit de l'anglais : "Access influences consumers and systems in three ways: use of the service, consumer satisfaction and system practice."

⁵⁴ Une personne avec un niveau d'éducation moindre serait plus satisfaite de la relation entretenue avec le praticien.

complexe via deux prismes différents. Le prisme de l'utilisation évalue l'accès des services de santé selon leur utilisation par les patients (Andersen, 1987, 1995). Le prisme de l'adéquation appréhende l'accès des services de santé selon les cinq composantes de l'accès qui permettent un ajustement entre le système de services et les attentes des patients (Penchansky & Thomas, 1981). Dans la continuité de ces deux modèles, Gulliford et al. (2002) apportent des précisions complémentaires permettant une meilleure appréhension de l'accessibilité dans le cadre des services de santé.

Il appelle tout d'abord à distinguer les termes *having access* et *gaining access*. Le premier traduit une adéquation entre l'offre et la demande sous l'égide de la disponibilité du service, c'est-à-dire la possibilité d'accéder au service. Le second se réfère à l'utilisation réelle du service, et non à la seule possibilité offerte. Selon Mooney, l'accès est en fait dépendant de l'offre alors que l'utilisation est dépendant de l'offre, mais aussi de la demande. Dans cette optique, tout service serait accessible tant qu'il serait offert. L'égalité face au service serait ainsi fonction des conditions de l'offre. Cependant, «il est important de souligner que l'égalité d'accès est une question d'égalité des chances : la question de savoir si l'opportunité est exercée n'est pas pertinente pour l'équité définie en termes d'accès.» (Gulliford et al., 2002, p. 187). C'est pourquoi Gulliford et al. (2002) soulignent l'intérêt de prendre en compte le contexte et les différentes barrières à l'utilisation d'un service de santé qui y sont associées : les **barrières personnelles**, les **barrières financières** et les **barrières organisationnelles**.

Les **barrières personnelles** prennent en compte l'identification par les patients du besoin de santé qui constituera la première motivation pour utiliser un service de santé. Les caractéristiques intrinsèques du patient peuvent aussi constituer de fortes barrières selon ses croyances, attentes et expériences passées du service. Les **barrières financières** traitent de la capacité financière des patients et leur propension à payer pour un dit service. Au-delà du prix du service, les coûts associés à son utilisation doivent être considérés : temps de transport, congé au travail. Enfin, les **barrières organisationnelles** sont composées des éléments inefficients de l'offre qui peuvent rebuter les patients, tels que le temps d'attente (Gulliford et al., 2002). Ces différentes barrières tendent à être prises en compte dans les composantes Affordability, Acceptability et Accommodation de Penchansky et Thomas (1981). C'est pourquoi ce modèle paraît plus pertinent en comparaison de celui d'Andersen. De plus, la recherche d'adéquation aux besoins des patients garantit une certaine pertinence contextuelle qui s'avère capitale dans le cadre d'une recherche menée dans un contexte spécifique tel que la base de la pyramide.

2.4.1. Intégrer l'efficacité, l'équité et la sensibilisation comme autres dimensions de l'accès à la santé

Néanmoins, Gulliford et al. (2002) précisent que ces éléments doivent être pris en compte au regard de la pertinence et l'efficacité des services de santé délivrés et du niveau d'équité qui est associé à leur accès. Il s'agit de délivrer un service de qualité par « *l'utilisation opportune des personnels de santé pour obtenir les meilleurs résultats possibles*⁵⁵ » (Millmann 1993 in : Gulliford et al., 2002, p.188) tout en s'assurant d'une certaine justice sociale dans l'accès des services de santé aux groupes ayant des besoins similaires, mais aussi différents. Cette équité doit être respectée dans la disponibilité des services de santé, leur utilisation ou résultat. La prise en compte de ces facteurs d'accès en termes d'utilisation, barrières, pertinence et équité constituent alors un moyen pour évaluer l'impact sur l'accès via le design du service, son développement et son évaluation (Saurman, 2015). Finalement, ces différents points sont intégrés aux quatre composantes de l'accès telles que les définissent Gulliford et al. (2002) : (1) la disponibilité du service de santé, (2) l'utilisation du service de santé et les barrières d'accès, (3) la pertinence et l'efficacité du service de santé, et (4) l'équité d'accès.

Saurman (2015) suggère d'ajouter la dimension Awareness (sensibilisation en français) au modèle de Penchansky et Thomas (1981) afin d'assurer une réelle adéquation entre les services de santé fournis et le patient. D'une part, la sensibilisation permet de faire connaître le service grâce à une bonne communication du service, ce qui est particulièrement important dans le cas de populations isolées. D'autre part, cela permet de gagner en connaissances sur les besoins locaux, ce qui est capital dans les zones reculées où l'instabilité des personnels de santé est forte. Dès lors, il s'agit d'encourager « l'alphabétisation en santé » des populations, c'est-à-dire leur capacité à comprendre et prendre des décisions relatives à leur santé (Saurman, 2015).

L'accès est un concept complexe qui implique de considérer l'ensemble des dimensions qui le compose. Ainsi, les dimensions de Penchansky et Thomas constituent une base solide pour comprendre l'accès des services de santé. Néanmoins, il semble pertinent d'intégrer les suggestions de Gulliford et al. (2002) quant à l'appréhension de l'accès par l'utilisation et les barrières à l'accès, la pertinence du service et l'équité d'accès, ainsi que la proposition de Saurman (2015) d'intégrer la sensibilisation comme composante de l'accès. Les différentes

⁵⁵ Traduit de l'anglais : "The 'timely use of personal health services to achieve the best possible outcome.'"

dimensions de l'accès « contribuent à éclairer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé afin de fournir des preuves de l'impact »⁵⁶ (Saurman, 2015, p. 2).

2.4.2. Appréhender l'accessibilité des services de santé via de multiples dimensions

Améliorer l'accès des services de santé implique donc une prise en compte des différentes dimensions de l'accès considérant le côté de l'offre comme celui de la demande. Même si les patients ont longtemps été considérés comme passifs lors de la prestation de service de santé, l'intérêt de les impliquer pleinement dans la relation et la création de valeur s'avère désormais confirmé (Frow et al., 2016). Assurer le bien-être des patients via un accès aux soins est un défi difficile à atteindre du fait d'une mauvaise gestion des ressources, des pratiques des médecins inadaptées et du coût élevé des soins (Ibid.). En effet, « l'amélioration de l'accessibilité des services de santé peut optimiser l'équité dans l'allocation des ressources et maximiser la satisfaction des besoins de la communauté en matière de services »⁵⁷ (Saurman, 2015, p. 2). La prise en compte de la qualité perçue et des dimensions de l'accès des services de santé dans une logique DS basée sur la cocréation de valeur d'échange et contextuelle au sein de l'écosystème de service semble alors donner des clés pour améliorer l'opérationnalisation des services de santé, répondre aux attentes des patients selon une approche centrée patient.

En définitive, cela semble faciliter l'atteinte des objectifs du *Triple Aim – Care, Health, Cost*⁵⁸ – c'est-à-dire d'améliorer l'expérience du soin, d'améliorer la santé des populations, et de réduire les coûts liés au soin (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008). Néanmoins, la gestion du *Triple Aim* appelle au respect de trois conditions : définir clairement les caractéristiques démographiques et les besoins de la population visée, s'engager à servir l'ensemble de cette population et avoir une organisation désignée comme « intégrateur », c'est-à-dire responsable de l'atteinte de ces objectifs (Berwick et al., 2008). L'amélioration de l'accès des services de santé via les différentes dimensions présentées préalablement semble ainsi constituer un levier clé pour atteindre ces objectifs.

La gestion de l'accès des services de santé étant fortement contextualisée, il apparaît indispensable d'intégrer les spécificités liées à l'environnement dans lequel une offre de santé

⁵⁶ Traduit de l'anglais : “helps to inform health care service design, implementation and evaluation to provide evidence of impact”

⁵⁷ Traduit de l'anglais : “Improving the accessibility of health care services can optimize the equity of resource allocation and maximize the meeting of community needs for services.”

⁵⁸ [Traduction] Soins, Santé, Coût

se construit. Ainsi, les pays en développement détiennent des barrières à l'accès des services de santé qui se distinguent des pays développés en termes d'accessibilité financière et d'infrastructures disponibles (Frow et al., 2016). Dès lors, il convient de présenter les barrières à l'accès dans les pays en développement, et particulièrement pour les populations démunies, sujet de notre thèse.

SECTION 3 : LES DEFIS DE L'ACCES ET DE L'INCLUSIVITE DES SERVICES DE SANTE A LA BASE DE LA PYRAMIDE

Au même titre qu'un isolement financier et physique et un accès limité à l'éducation et aux infrastructures affectent les attentes et besoins des populations BoP à l'égard d'un produit, elles affectent leurs attentes et besoins en matière de services. La particularité des services où la production et la distribution sont simultanées a de fait une incidence sur le management BoP. Elle influence alors la gestion de l'accès qui ne doit pas entraver la culture et le tissu local, et la gestion de l'inclusivité qui doit être source de bien-être économique et social pour les plus démunis (Payaud & Martinet, 2010)

En référence aux 4A comme adaptation des 4P dans un contexte BoP, il pourrait être nécessaire de proposer une adaptation des 7P. Néanmoins, et comme le souligne la littérature marketing, ces modèles sont réducteurs et minimisent l'importance de la cocréation dans la relation avec les clients. Cette limite apparaît d'autant plus problématique dans le cas des services de santé où le besoin de cocréation est multiplié. Ainsi, la difficulté réside dans la combinaison des principes du management stratégique BoP et du management des services de santé tout en gérant les principales problématiques qui leur sont associées.

Alors qu'il apparaît nécessaire d'adapter le management des services au contexte BoP, les services dans les stratégies BoP sont sous-étudiés (Fisk et al., 2016; Gebauer & Reynoso, 2013), tout comme le sont les services de santé (Esposito et al., 2012).

3.1. Barrières à l'accès des services de santé à la base de la pyramide

La prestation de service de santé est fortement contextualisée, si bien que la gestion de l'accès diffère selon les zones géographiques (Mohammed et al., 2016). Les niveaux méga et macro des écosystèmes de service de santé incarnent alors les spécificités nationales liées au pays et influencent les niveaux méso et micro dans lesquels évolue le service de soin. Même s'il existe des différences locales, les pays à faibles revenus se caractérisent par la présence de barrières à

l'accès communes auxquelles les populations démunies se confrontent. Ces derniers font face à des difficultés d'accès aux soins causées par des barrières géographiques, financières, de disponibilité et d'acceptabilité (Peters et al., 2008). L'accessibilité géographique est complexifiée par l'isolement physique et social des populations BoP ; l'accessibilité financière souffre des faibles sources de revenus des populations BoP, la disponibilité est limitée par le nombre restreint de ressources humaines locales et du possible approvisionnement en médicaments, et enfin l'acceptabilité varie selon l'adaptation du service de santé au contexte et à la culture locale (Peters et al., 2008). En ce sens, il semble important pour une organisation impliquée dans la prestation de soins aux plus démunis, de prendre en compte la prépondérance de l'économie informelle (Reynoso, Kandampully, Fan, & Paulose, 2015) et du manque de support institutionnel (London et al., 2010) des contextes BoP tout en intégrant la culture locale. Les croyances et pratiques locales doivent ainsi être appréhendées pour proposer une solution de santé adaptée aux habitudes et attentes des patients locaux et ainsi diminuer les barrières d'acceptabilité (Padma, Rajendran et Sai, 2009). A cela s'ajoute, les barrières personnelles qui sont propres à chaque patient en fonction de leur vécu et expériences personnelles, mais aussi de certaines caractéristiques sociales communes aux populations démunies tels un faible niveau d'éducation ou un accès limité à l'information. Alors, Peters et al. (2008) proposent un cadre d'analyse de l'accès des services de santé dans lequel ils mettent en avant les principales dimensions de l'accès, et les différents déterminants qui y sont associés (Voir Figure 8).

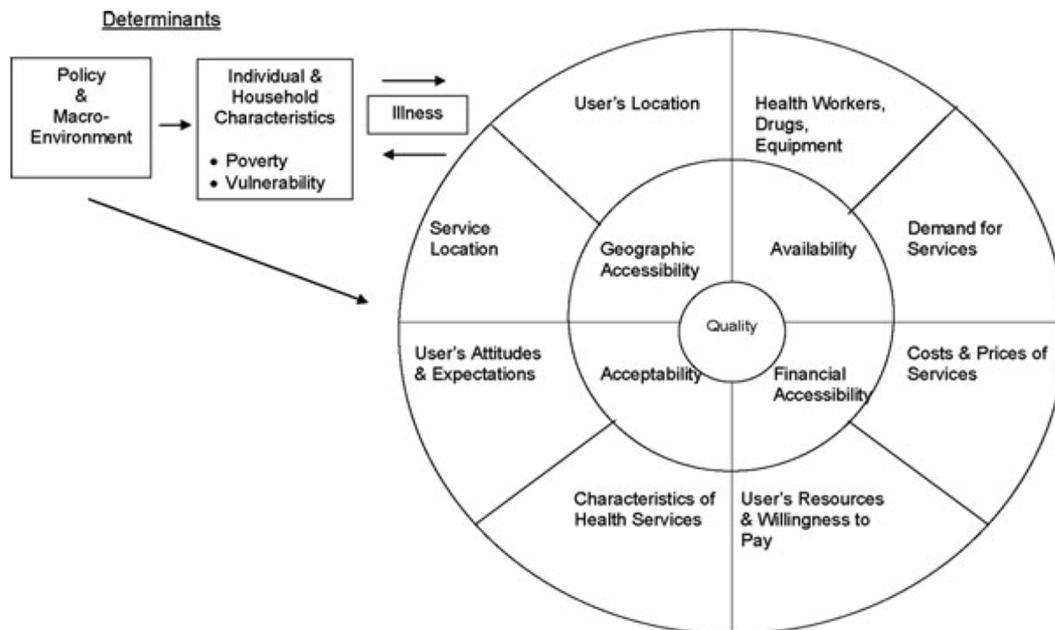


Figure 8 : Cadre conceptuel pour évaluer l'accès aux services de santé (Peter et al., 2008, p. 162)

Pour plus de clarté, et sur la base des travaux de Peter et al. (2008), nous soulignons les caractéristiques des populations BoP qui expliquent la présence ou l'amplification de ces barrières (Voir Tableau 4).

Ces barrières peuvent en fait être mises en tension avec les différentes séparations de l'offre et la demande qui caractérisent les marchés BoP (Singh, Bakshi, & Mishra, 2014). Ainsi, l'accessibilité géographique fait référence à la séparation spatiale et l'accessibilité financière se rapporte à la séparation financière. Sur la base des types de séparation de marché mis en avant par Bartel (1967), le marché de la santé BoP souffre aussi de séparation temporelle liée au temps d'attente nécessaire pour rendre disponible un service de santé, et de séparation informationnelle due à l'asymétrie d'information existante entre le prestataire et les patients (Dwivedi, 2015).

Barrières à l'accès dans les PED	
Accessibilité physique	Isolement des populations Manque d'infrastructure Opérationnalisation de la prestation de service complexifiée
Accessibilité financière	Ressources financières limitées et offre de financement peu diversifiée (crédit)
Disponibilité	Présence limitée d'un service de santé selon les horaires, temps d'attente, personnels de santé, stock de médicaments
Acceptabilité	Acceptabilité variable selon les contextes et cultures nationales, mais aussi locales Qualité perçue dépendante du contexte local
- Barrières personnelles	Caractéristiques socioculturelles : niveau d'éducation, illettrisme, alphabétisation santé Expériences personnelles passées
- Barrières organisationnelles	Incapacité du gouvernement à proposer des services de santé abordables Éléments inefficients de l'offre qui peuvent rebuter les patients tels que le temps d'attente
- Barrières culturelles	Culture locale, croyances et pratiques de santé

Tableau 4 : Barrières à l'accès dans les pays en développement

Source : Auteur, selon les travaux de Peter et al (2008), Gulliford et al. (2002) et revue de la littérature section 1.

Afin de délivrer des services de santé aux populations BoP, les organisations privées doivent alors innover dans un écosystème de service de santé pour gérer au contexte BoP tumultueux sources de nombreuses barrières à l'accès et vides institutionnels (Davies & Torrents, 2017;

Mair, Marti, & Ventresca, 2011) tout en favorisant les processus de cocréation nécessaires à la prestation de soin de santé. En réponse à l'influence de la capacité et la motivation des patients à développer les pratiques et activités de cocréation dans la prestation de soin, Frow et al. (2014) soulignent la nécessité de s'adapter aux caractéristiques de chaque segment de clientèle ciblé par une proposition de valeur sur mesure. Dès lors, l'objectif d'atteindre les populations BoP implique de prendre en compte leurs attentes et leur capacité à appréhender les services et à entrer dans des processus de cocréation selon l'écosystème dans lequel ils évoluent (Sweeney et al., 2015). C'est en ce sens qu'il apparaît important de comprendre l'influence du contexte BoP sur la gestion des barrières à l'accès des services de santé où la production et la distribution sont simultanées.

Ainsi, l'intégration des caractéristiques de la demande via la dimension culturelle et éducative couplée à la compréhension du contexte local via la prise en compte d'éléments écosystémiques dans lesquels sont encastrés les acteurs et les services est donc essentielle à l'identification des barrières à l'accès des services de santé sur les marchés BoP. La difficulté à donner accès aux services de santé aux plus démunis réside alors dans les problématiques liées à la nature professionnelle du service dont la difficulté de gestion semble exacerbée lorsque les patients ciblés font partie de la population BoP.

3.2. La difficulté des patients BoP à cocréer

La séparation informationnelle connue sur les marchés BoP est liée au faible taux d'éducation des populations démunies. Dans le cas des services de santé, le manque de connaissances en santé des populations BoP renforce le risque d'asymétrie de l'information et la difficulté à entrer dans le processus de cocréation et à développer des pratiques et activités de cocréation. Alors, le besoin de cocréation connue des services de santé semble d'autant plus difficile à gérer avec des populations BoP, ce qui accroît le manque d'accessibilité de ce type de service. Dans cette optique, Penchansky et Thomas avaient d'ailleurs évoqué l'influence de l'éducation des patients sur leur satisfaction quant à la dimension *Acceptability* de l'accès des services de santé.

Par ailleurs, le manque d'information associé à la grande intangibilité des services de santé augmente l'incertitude liée à la prestation du service. La réticence habituelle des patients à l'égard du service de santé, est amplifiée, car les populations BoP n'ont pas accès aux informations nécessaires pour augmenter leur alphabétisation santé (Angeli & Jaiswal, 2015). Ils peuvent alors éprouver des difficultés à entrer dans le processus de cocréation, car ils n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour cocréer, n'ont pas les capacités pour cocréer ou ne se

sentent pas légitime de cocréer. Leur faible connaissance en matière de santé, et leur incapacité à accéder à des ressources fiables restreignent leur capacité à cocréer au sein de la prestation de service. Elle diminue l'efficacité de leurs interactions avec les praticiens en augmentant l'asymétrie d'information entre praticien et patient alors que les interactions s'avèrent capitales à la construction de la proposition de valeur. Par son incapacité à entrer dans le processus de cocréation ou par une mauvaise intégration de ses ressources, le patient peut même entraîner une codestruction de valeur. Par exemple, en se reposant sur ses croyances personnelles, le patient peut rejeter un diagnostic émis et ne pas se conformer aux soins préconisés. Du fait de son faible niveau d'éducation, le patient peut aussi éviter la confrontation avec son médecin pour contester le diagnostic émis, sans pour autant se conformer aux instructions données. En ce sens, le faible niveau d'éducation rend l'évaluation des services de santé difficile pour les clients BoP (Angeli & Jaiswal, 2015) et peut conduire à une codestruction de valeur. Il semble nécessaire d'assister le patient BoP dans le processus de cocréation de valeur et de s'adapter à ses caractéristiques personnelles pour rendre les services de santé moins complexes, plus accueillants et acceptables (Sweeney et al., 2015). L'implication du patient pauvre dès la conception du service est même préconisée (Peters et al., 2008) pour l'impliquer dans un processus de coproduction et proposer une offre adaptée à ses besoins et attentes.

La proposition de Saurman (2015) d'intégrer le critère de sensibilisation dans le *framework* d'accès des services de santé de Penchansky et Thomas peut s'avérer pertinente à la base de la pyramide pour améliorer l'alphabétisation santé des plus démunis, diminuer le risque d'asymétrie d'information et encourager la cocréation. Afin de tenir compte des influences de son contexte socioculturel, le patient doit donc être considéré dans son réseau de valeur et son écosystème de service (Anderson & Ostrom, 2015). Le besoin d'une vision écosystémique permettant le développement d'activités de cocréation semble renforcé en contexte BoP. Ainsi, et comme suggéré par Ben Letaifa et Reynoso, (2015) l'adoption d'une perspective écosystémique intégrant les prémisses de la logique DS paraît pertinente pour mieux servir la base de la pyramide et pourrait être un pas «... *pour trouver les moyens pour que les populations vulnérables aient leur mot à dire sur la manière dont les stratégies sont élaborées, mises en œuvre et prises en compte, et de veiller à ce que les informations et les incitations soient*

alignées de manière à démontrer l'amélioration de l'accès des pauvres. »⁵⁹ (Peters et al., 2008, p. 168).

La littérature sur les services n'étant pas toujours adaptée au contexte BoP (Gebauer & Reynoso, 2013), le thème du management des services à la base de la pyramide présente un fort potentiel de recherche à portée théorique et managériale. Il existe des intersections communes entre les champs de littérature sur les services et les stratégies BoP qui méritent d'être exploitées (Reynoso, Valdés, et al., 2015). Cependant, la thématique reste sous étudiée et contribue à former un clivage théorique et empirique dans la littérature des services et la littérature BoP (Fisk et al., 2016; Gebauer & Reynoso, 2013).

3.3. Service de santé BoP, le besoin accru d'un écosystème

*« Les réseaux et les chaînes de valeur possèdent des caractéristiques intrinsèques, car l'écosystème BoP contient des ressources et des infrastructures limitées et dispersées. Explorer la complexité de cet environnement est essentiel pour comprendre la gestion des services à la base de la pyramide. »*⁶⁰(Reynoso, Valdés, et al., 2015, p. 699)

Constatant le manque accru de la littérature des services BoP, Ben Letaifa et Reynoso (2015) suggèrent de combiner les prémisses d'une logique DS aux caractéristiques de l'écosystème BoP. Dans l'optique de développer un écosystème de service BoP, les auteurs préconisent (1) d'adopter une approche BoP multi acteurs ; (2) d'être socialement intégré ; (3) de cocréer le service pour et avec les communautés locales jouant plusieurs rôles sociaux ; et (4) d'encourager la création de valeur multi acteurs et multidimensionnelle. Il s'agit de prendre en compte l'écosystème pour appréhender l'influence existante du contexte social sur un système de services composé de multiples acteurs exerçant eux-mêmes une influence sur la prestation de service (Edvardsson et al., 2011) tout en favorisant les mécanismes de cocréation. La prise en compte de l'environnement local, et de ses acteurs, s'avère pertinente à la base de la pyramide puisqu'elle permet la création de réseaux inclusifs nécessaires pour opérer sur ces marchés (Reficco & Márquez, 2009). Les organisations interagissent donc avec leur écosystème via lequel elles accèdent à des ressources nécessaires à l'opérationnalisation de leurs activités (Sánchez & Ricart, 2010). De fait, la nature de l'offre peut appeler des interactions particulières

⁵⁹ Traduit de l'anglais : "...find ways to ensure that vulnerable populations have a say in how strategies are developed, implemented, and accounted for and to ensure that information and incentives are aligned in ways that can demonstrate improvements in access by the poor."

⁶⁰ Traduit de l'anglais : "Networks and value chains possess intrinsic characteristics, because the BoP ecosystem contains limited, dispersed resources and infrastructure. Exploring the complexity of this environment is essential to understanding service management at the BoP."

entre l'organisation et l'écosystème local via lesquelles il y aura une influence mutuelle entre l'écosystème et le BM de l'organisation (Sánchez & Ricart, 2010). Il s'agit alors de considérer les niveaux macro, méso et micro de l'écosystème de santé afin d'évaluer leurs interactions avec les BM.

Considérer les niveaux méga (Frow et al., 2016) et macro de l'écosystème de services de santé est d'autant plus important en contexte BoP puisqu'ils sont souvent problématiques du fait des systèmes de santé public défaillants et du désengagement des états dans les pays en développement. Les ressources limitées, notamment en termes d'infrastructures et de personnels qualifiés, ainsi que la présence de vides institutionnels sur les marchés BoP complexifient l'opérationnalisation de service de santé de qualité. C'est pourquoi Prahalad (2004) suggère de construire un écosystème pour opérer à la BoP. Dans le cas des services de santé, il s'agit de considérer l'écosystème de santé existant tout en essayant de construire un réseau inclusif qui viendra influencer la structure de l'écosystème et combler les vides institutionnels. En s'entourant d'acteurs intégrant des ressources dans la cocréation de valeur, les organisations peuvent effectuer une proposition de valeur adaptée aux patients BoP et à leurs conditions de vie spécifiques. Pour ce faire, l'adaptation du BM est nécessaire. Ainsi, « *une nouvelle perspective d'écosystème de logique de service pourrait ainsi renforcer le cycle vertueux de la cocréation de valeur* »⁶¹ (Ben Letaifa & Reynoso, 2015, p. 694).

La notion d'écosystème comme le définit Prahalad (2004) et Vargo et Lusch (2016) sont ainsi similaires, à l'exception près que Vargo et Lusch soulignent la présence d'arrangements institutionnels partagés entre les différents acteurs de l'écosystème. Puisque les marchés BoP sont caractérisés par de forts vides institutionnels et une économie informelle davantage régie par des normes sociales telles que la culture plus que des « instruments institutionnels » (Reynoso, Kandampully, et al., 2015), nous questionnons la capacité d'un écosystème BoP à favoriser les processus de cocréation au sein d'un système de service de santé ; la cocréation dans une logique DS étant normalement régie par des arrangements institutionnels partagés entre les acteurs (Vargo & Lusch, 2016). Dès lors, la difficulté à la BoP réside donc dans le développement d'activités de cocréation de valeur entre acteurs qui ne partagent pas forcément des arrangements institutionnels.

⁶¹ Traduit de l'anglais : "A new service logic ecosystem perspective thus might bolster the virtuous cycle of value co-creation."

Nous suggérons de mobiliser le capital social comme moteur de cohésion utile à la cocréation de valeur. Son importance a déjà été prouvée dans le développement de pratiques inclusives à la base de la pyramide, elle l'est d'autant plus dans le cadre d'une prestation de service de santé si la cocréation de valeur peut être facilitée. Au-delà d'encourager la participation du patient, se reposer sur le capital social du patient BoP implique la prise en compte de son réseau de valeur composé d'acteurs multiples, et ayant une incidence clé dans les activités de cocréation des services de santé. Le défi réside donc dans le développement et le maintien du capital social du patient BoP au profit des collaborations multi acteurs qui pourraient influencer le bien-être du patient et le bien-être être de l'écosystème de service de santé. Dès lors, il convient de questionner les pratiques de développement inclusif qui permettent l'émergence d'opportunités pour les plus démunis dans l'opérationnalisation de services de santé BoP et ce dans le respect de l'écosystème local.

3.4. Le développement inclusif dans le cadre des services de santé BoP

La complexité des services de santé associée aux faibles ressources de populations BoP limite la capacité des individus BoP à entreprendre des activités de cocréation basées sur une participation active. Il s'agit de comprendre le rôle que le BoP peut adopter en tant qu'intégrateur de ressources dans la cocréation de valeur en considérant la cocréation de valeur économique et la cocréation de valeur sociale. Alors que la littérature BoP prône l'intégration des plus démunis dans la chaîne de valeur des entreprises comme pratique inclusive, la complexité des services de santé et le niveau de compétence requis remettent en cause la capacité du BoP à en être coproducteur. Ainsi la nature professionnelle des services de santé et leurs spécificités associées questionnent le rôle pouvant être attribué aux BoP dans les processus de cocréation du service de santé, le niveau de cocréation pouvant être envisagé, et la manière dont il peut être encouragé.

Le champ dit « Transformative Service Research » (TSR) offre des voies de recherche puisqu'il se focalise sur le développement du bien-être des personnes et des sociétés via la conception et la prestation de service. C'est pourquoi il est désigné prometteur à la base de la pyramide et notamment dans l'appréhension de l'inclusivité qui est perçue comme un vecteur d'amélioration des conditions de vie des populations BoP (Fisk et al., 2016; Gebauer & Reynoso, 2013). Dans cette perspective, Fisk et al. (2018) appelle à développer l'inclusion des services qui « *fait référence à un système égalitaire qui fournit aux clients (par exemple les consommateurs, les clients, les usagers, les citoyens, les patients et les invités) un accès*

équitable à un service, un traitement équitable pendant un service et la possibilité équitable de quitter un service »⁶² (p.3). Ce concept est fondé sur quatre principes qui visent à tout individu d'obtenir une valeur équitable et durable du service : (1) permettre l'opportunité ; (2) offrir le choix ; (3) soulager la souffrance, et (4) favoriser le bonheur (Ibid.). Au regard du développement inclusif recherché à la base de la pyramide, l'inclusion des services ajoute la nécessité d'une certaine équité à la recherche d'opportunité visant l'atteinte du bien-être social et économique des populations défavorisées. Dès lors, « *l'inclusion fournit un élément d'équité, mais pour qu'une véritable équité se réalise, la conception des services doit être inclusive à tous les niveaux - individu, communauté et État* »⁶³ (Fisk et al., 2018, p. 11). L'inclusivité d'un service est ainsi dépendante de l'écosystème de service et de ses différentes strates, ce qui s'accorde avec la nécessité de créer un écosystème à la base de la pyramide.

La question du développement inclusif, au sens de création d'opportunités, semble alors en phase avec la notion d'inclusion de service proposé par Fisk et al. (2018). Cette notion est d'autant plus prometteuse pour gérer les services de santé, puisque la prestation des services de santé requiert un certain niveau d'équité⁶⁴ pour encourager leur accessibilité (Gulliford et al., 2002). Le contexte BoP appelle à mobiliser l'inclusion des services puisque les populations BoP souffrent d'un accès inégal ou inexistant à des produits et services de première nécessité tels que les services de santé. La question réside néanmoins dans la manière d'encourager cette inclusivité alors même que la population locale semble difficilement qualifiée pour intégrer ces services professionnels, eux-mêmes encadrés dans un écosystème complexe multiniveaux et multi acteurs. Ainsi, la gestion de l'inclusivité soulève des problématiques en lien avec les problématiques écosystémiques soulignées précédemment. L'individu BoP a-t-il les capacités pour intégrer les processus de cocréation de valeur ? Quel rôle peut-il adopter ? L'intégration de l'individu démuné dans la chaîne de valeur s'avère-t-elle pertinente dans le cas des services de santé ? Quelle peut être l'influence de ce type de pratiques sur son bien-être ? Et sur celui de l'écosystème ?

Les problématiques connues par les populations BoP résultent principalement de déficiences à plusieurs niveaux de l'écosystème. Les individus sont ainsi confrontés à un manque de soutien et d'infrastructures de la part des sociétés et organisations, et surtout des gouvernements (Fisk

⁶² Traduit de l'anglais : "...which refers to an egalitarian system that provides customers (e.g. consumers, clients, patrons, citizens, patients and guests) with fair access to a service, fair treatment during a service and fair opportunity to exit a service."

⁶³ Traduit de l'anglais : "Inclusion provides an element of "fairness," but for true fairness to be realized service design needs to be inclusive at every level – individual, community and state."

⁶⁴ Garantir « L'impartialité dans l'accès pour les groupes ayant des besoins équivalents » (Gulliford et al., 2002)

et al., 2016). Même si une influence sur l'environnement macro paraît inaccessible, proposer des voies d'amélioration pouvant être implémentées par et pour les organisations et les individus démunis développe l'espoir qu'elles puissent être insufflées au niveau macro auprès des instances gouvernementales (Fisk et al., 2016). Alors, nous questionnons la manière dont les organisations peuvent opérationnaliser une stratégie BoP visant à rendre accessibles des services de santé aux plus démunis de manière équitable, et ce dans un objectif de cocréation de valeur économique et sociale source de développement inclusif.

Conclusion du Chapitre 2

❖ Comment les caractéristiques des services de santé peuvent-elles modifier le management de l'accessibilité au sein d'une stratégie BoP ?

Dans une logique dominante de service, la nature professionnelle et complexe des services de santé renforce le besoin de cocréation qui ne concerne pas seulement le praticien et le patient, mais aussi les acteurs composant leurs réseaux de valeur respectifs. Ces interactions multi acteurs justifient l'adoption d'une vision écosystémique qui puisse mettre en avant les activités de cocréation nécessaires à une prestation de soin. La pertinence d'une perspective écosystémique dans l'appréhension des services de soins semble alors en phase avec le besoin de créer un écosystème pour opérer à la base de la pyramide.

Néanmoins, la gestion des activités de cocréation s'avère plus complexe lorsque les services de soins sont destinés à des populations démunies. L'accès limité à l'information et à l'éducation des populations BoP semble exacerber le risque d'asymétrie d'information et remettre en cause la capacité des plus démunis à entrer dans des processus de cocréation. Le patient développe ainsi un rôle de patient destinataire plutôt qu'un rôle de cocréateur, ce qui peut nuire au développement d'activités de cocréation pourtant nécessaire à la prestation de soin de qualité. À cet égard, la nature professionnelle et complexe des services de santé peut remettre en cause la capacité d'une organisation à interagir avec les acteurs de l'écosystème local et y créer de la valeur. C'est pourquoi délivrer un service de soin aux plus démunis de la base de la pyramide implique d'intégrer les spécificités liées à la gestion d'une offre de service, mais aussi celles liées aux conditions de vie des populations BoP.

La nécessité d'une stratégie BoP adaptée à la prestation de services de santé envers les plus démunis appelle alors à la création de nouveaux BM qui puissent « *fournir un framework plus inclusif et compréhensif, dans lequel les services sont socialement cocréés dans et pour un contexte spécifique* »⁶⁵ (Ben Letaifa & Reynoso, 2015, p. 690) et via lequel la cocréation de valeur à la fois économique et sociale puisse être encouragée. Ainsi, la prochaine section présente l'approche des BM et justifie son intérêt pour appréhender les défis d'accessibilité et d'inclusivité des stratégies BoP dédiées à la prestation de services de santé.

⁶⁵ Traduit de l'anglais : “*New business models should provide more inclusive, comprehensive frameworks, in which services get socially co-created in and for a specific context.*”

Chapitre 3 : Concevoir un business model à la base de la pyramide

« Malheureusement, peu d'attention a été accordée aux stratégies et BM spécifiques permettant de toucher efficacement le bas de la pyramide »⁶⁶ (Vachani & Smith, 2008a, p. 52)

Introduction du chapitre

La nécessité d'un business model (BM) spécifique à la base de la pyramide (BoP) est exprimée dès la création du BoP 1.0. Les différentes exigences nécessaires à l'opérationnalisation d'une stratégie BoP impliquent de fait, une adaptation du BM des organisations initiatrices pour surmonter le contexte hostile des marchés BoP et s'adapter aux besoins et caractéristiques des consommateurs pauvres.

« Ce changement d'orientation nous oblige à passer d'une approche centrée sur le produit à une focalisation sur l'innovation des business models, dont le produit n'est qu'un sous-ensemble »⁶⁷ (Prahalad, 2012, p. 11)

En connaissance des défis d'accessibilité et d'inclusivité de la base de la pyramide, la création d'un BM adapté implique la possibilité de créer des partenariats utiles à l'opérationnalisation des stratégies BoP et d'intégrer les plus démunis dans la chaîne de valeur afin de favoriser la création de valeur économique et sociale pour les populations BoP dans le respect des territoires. De plus, sa focalisation sur les services de santé appelle l'adoption d'une logique DS basée sur les processus de cocréation de valeur en contexte. L'idée est alors de construire des BM qui puissent interagir avec un écosystème de service multiniveaux et multi acteurs afin d'encourager les processus de cocréation de valeur nécessaire à la prestation de services de santé aux plus démunis.

Alors nous mobilisons l'approche du BM comme *« une représentation de la logique fondamentale et des choix stratégiques effectués par une entreprise pour créer et capter de la valeur au sein d'un réseau de valeur. »* (Shafer, Smith, & Linder, 2005, p. 202) afin d'identifier et comprendre les activités menées et les mécanismes de création de valeur dans lesquels elles sont impliquées. Dès lors, nous présentons ce concept ayant un rôle clé dans cette recherche doctorale.

⁶⁶ Traduit de l'anglais : "Unfortunately, inadequate attention has been given to the specific strategies and business models for effectively engaging the Bottom of the Pyramid."

⁶⁷ Traduit de l'anglais : "This shift in emphasis forces us to move from a product-centric approach to a focus on business model innovation, of which the product is but a subset."

SECTION 1 : DEFINITION ET SPECTRE DU BUSINESS MODEL

Le concept du BM a évolué dans des champs variés de la littérature, mais est majoritairement utilisé en stratégie du fait de son caractère multidimensionnel (Wirtz, Pistoia, Ullrich, & Göttel, 2016). Initialement valorisé par les praticiens, il est mobilisé dans la recherche académique en stratégie dès 2002 (Wirtz et al., 2016). En accord avec notre sujet, nous présentons le BM au regard de la recherche en stratégie. Nous précisons d'abord la distinction entre BM et stratégie, puis détaillons le spectre du concept du BM qui est aujourd'hui mobilisé telle une approche de recherche à part entière (Lecocq, Demil, & Ventura, 2010).

1.1. Distinguer stratégie et business model

Il existe une certaine confusion entre stratégie et BM, si bien que les frontières entre ces deux concepts ont parfois tendance à s'estomper. En effet, ils prennent tous deux source dans des champs théoriques communs, ce qui renforce leur ressemblance. L'approche basée sur les ressources et la création de valeur en sont l'exemple (Moyon, 2011). Par ailleurs, la démocratisation et l'usage multiplié et erroné de ces notions dans la sphère académique et managériale en font des concepts ambigus, parfois utilisés à mauvais escient et de manière interchangeable (Magretta, 2002; Wirtz et al., 2016) alors qu'il diffère sur plusieurs points (Voir Tableau 5).

Approche	Stratégie	BM
Finalité	Compétitivité de l'entreprise Construction d'un avantage concurrentiel	Création de valeur Génération de profits
Dimension temporelle	Objectifs à long terme	Etat à un moment donné
Contenu	<i>Quoi ?</i> Analyse d'un positionnement Forte influence de l'environnement	<i>Comment ?</i> Analyse opérationnelle Faible influence de l'environnement
Niveau d'analyse	Micro ou macro	Méso

Tableau 5 : Comparaison entre approche stratégique et approche BM (Moyon, 2011, p.90)

Selon Zott et Al. (2011), le principal objectif du BM dans le champ stratégique est d'expliquer les mécanismes de création de valeur basés sur les réseaux et système d'activité et les sources d'avantage concurrentiel. Il représente la manière dont une stratégie est développée (Dahan et al., 2010) et admet que l'entreprise puisse influencer son environnement (Lecocq et al., 2010).

La stratégie quant à elle se focalise, selon l'approche des ressources, sur la capacité stratégique de l'entreprise à composer une combinaison de ressources et compétences dites distinctives nécessaire au développement d'un avantage concurrentiel (Barney, Wright, & Ketchen Jr., 2001; Penrose, 1995). Elle est soumise à l'environnement auquel elle doit réagir (Casadesus-Masanell & Ricart, 2010; Moyon, 2011). De plus, le BM diffère de la stratégie par son caractère systémique et transversal qui lui permet de mettre en avant « *la logique de la firme, la façon d'opérer et comment elle crée de la valeur pour ses parties prenantes* » (Casadesus-Masanell & Ricart, 2010, p. 196). La dimension temporelle et le niveau d'analyse constituent aussi des éléments distinctifs (Moyon, 2011). La stratégie s'attache à une vision moyen/long terme alors que le BM représente l'organisation à un instant donné. Enfin, elle précise un niveau d'analyse intra ou inter-organisationnelle portée sur la position concurrentielle de l'entreprise quand le BM s'attache à une analyse conjointe, oscillant entre ces deux analyses et en se focalisant sur des parties prenantes multiples. Malgré leur opposition sur ces différents points, ces deux notions sont en fait complémentaires. La stratégie s'attache au choix du BM en fonction de l'instabilité de l'environnement, quand le BM est une représentation des choix effectués, de la stratégie effectivement réalisée (Casadesus-Masanell & Ricart, 2010). « *Le BM est le résultat direct d'une stratégie, mais ce n'est pas une stratégie lui-même* »⁶⁸ (Casadesus-Masanell & Ricart, 2010, p. 212). Ainsi, il constitue une nouvelle unité d'analyse via une perspective systémique des activités et interactions de l'entreprise (Zott, Amit, & Massa, 2011).

Comprendre la distinction et la complémentarité entre stratégie et BM est d'autant plus crucial que notre recherche vise à analyser la stratégie BoP et le BM associé de différentes organisations cherchant à fournir une prestation de soin aux plus démunis dans des écosystèmes de service complexes. Puisque le BM reflète la stratégie effectuée par une organisation, l'intérêt de s'y référer dans le cadre de cette recherche est double. Son caractère multidimensionnel et interdisciplinaire permet une étude transversale des organisations au regard de leurs différentes parties prenantes ; et sa représentation en différentes composantes agit comme un cadre d'analyse configurationnel pour comparer des organisations selon leur stratégie effectuée (Breuer, Fichter, Lüdeke-Freund, & Tiemann, 2018; Lecocq, Demil, & Warnier, 2006; Moyon, 2011; Osterwalder & Pigneur, 2010). Dès lors, il convient d'approfondir notre compréhension du concept de BM et de justifier sa pertinence dans le cadre de notre recherche.

⁶⁸ Traduit de l'anglais : "A business model is the direct result of strategy but is not, itself, strategy."

1.2. Le business model, niveau d'abstraction et interprétations

Le caractère premier d'un BM est, comme sa dénomination l'indique, de modéliser une réalité dont la précision dépend du niveau d'abstraction choisi et la perspective d'analyse adoptée. Il existe trois niveaux d'abstraction notables dans la littérature des BM : (1) les **modèles génériques**, soit des modèles très simplifiés où le BM proposé est vu comme un idéal type (2) le **modèle exemplaire**, un modèle qui détaille une représentation liée à une caractéristique précise comme une zone ou secteur et (3) le **modèle singulier**, un modèle très détaillé pour une entreprise donnée. La modélisation du BM est ainsi influencée par l'objectif de représentation qu'on lui attribue, mais aussi par la perspective donnée qui peut être (1) **descriptive** (2) **opérationnelle** (3) de **planification** et (4) **processuelle**. La plus courante, et celle que nous adoptons, est la perspective descriptive qui consiste à décrire les composantes du BM et les mécanismes de création de valeur (Baden-Fuller & Morgan, 2010; Moyon, 2011). Les autres agissent respectivement pour mettre en œuvre les actions d'une entreprise (2), pour guider les dirigeants dans leurs décisions (3) et pour comprendre le contenu du BM et son évolution dans le temps (4) (Baden-Fuller & Morgan, 2010; Moyon, 2011).

Par ailleurs, la littérature distingue aussi plusieurs formes d'interprétation pouvant être conférées aux BM. Un BM peut être interprété comme (1) « *un attribut d'une entreprise réelle affectant l'opérationnalisation des activités* », (2) « *un schéma cognitif/linguistique* » ou (3) « *une représentation conceptuelle formelle de la manière dont une organisation fonctionne* » (Massa, Tucci, & Afuah, 2017, p. 9). Même si ces interprétations semblent se réunir sous la perspective descriptive soulignée par Moyon ; elles se différencient par l'influence que chacune d'entre elles exerce sur l'unité d'analyse et la fonction accordée au BM (Voir Tableau 6).

Au vu de notre objectif de recherche, nous appréhendons le BM comme un modèle exemplaire, dans le but de proposer un BM des services de santé à la base de la pyramide qui soit assez synthétique, mais avec un niveau de détail suffisant pour préciser les caractéristiques spécifiques liées à la prestation de services de santé BoP. Dans une approche **descriptive**, nous cherchons à décrire les différentes composantes du BM des cas étudiés pour proposer une **représentation conceptuelle formelle** d'un BM pour les services de santé BoP. Souhaitant saisir la complexité des BM étudiés via l'identification et la compréhension de leurs mécanismes de création et capture de la valeur, nous gardons en tête que l'usage des autres types d'interprétations mis en avant par Massa et al. (2017) peuvent nous permettre d'ouvrir notre schéma de pensée et donc notre compréhension et traduction de notre phénomène de recherche. Par ailleurs, nous pensons qu'une compréhension des pratiques du BM sous

différents angles d'interprétation peut conduire à une meilleure modélisation et donc à la conception d'un outil plus précis.

	Un attribut d'une entreprise réelle	Un schéma cognitif/linguistique	Une représentation conceptuelle formelle
Unité d'analyse du BM	L'organisation et son réseau de partenaires	Les discours et pensées individuelles et collectives	Le BM lui-même et la modélisation
Fonctions du BM	Influencer la performance de l'organisation	Former une opportunité de reconnaissance et une identité commune	Isoler les éléments centraux des activités d'une organisation et éventuellement, leur dynamique
Exemples de définition	Dahan, Doh, Oetzel & Yaziji, 2010 (p.328) « ...une représentation de la logique fondamentale et des choix stratégiques sous-jacents d'une entreprise pour créer et capturer de la valeur au sein d'un réseau de valeur. ».	Chesbrough & Rosenbloom, 2002 (p. 529). « La logique heuristique qui relie le potentiel technique à la réalisation de la valeur économique. »	Demil & Lecocq, 2010 (p.227) « Le concept se réfère à la description de l'articulation entre les différentes composantes du business model ou « blocs de construction » pour produire une proposition qui peut générer de la valeur pour les consommateurs et donc pour l'organisation. »

Tableau 6 : Exemples des différentes interprétations des BM (d'après les travaux de Massa et al., 2017 p.61-68)

Outre l'analyse des composantes du BM, il convient d'analyser leurs interactions. Puisque ces composantes résultent des choix effectués par une organisation (Casadesus-Masanell & Ricart, 2010), les étudier ainsi que leurs interactions permet d'appréhender la logique détenue par un BM (Maucuer, 2013). Selon Casadesus-Masanell et Ricart (2007, 2010) et Seelos et Mair (2007), ces analyses peuvent être effectuées selon une méthode précise que Maucuer (2013, p. 74) explique comme suit : « La première étape consiste à identifier, sur la base d'observations empiriques, un ensemble de choix agrégés relatifs au BM d'une entreprise. La deuxième étape consiste à reconstituer les relations entre ces ensembles de choix selon une logique de « cause à effet ». (...) La troisième et dernière étape consiste à regrouper certains ensembles de choix et à les agréger lorsqu'ils correspondent à une même logique. Ces ensembles de relations entre choix agrégés font ressortir la logique globale du BM. ». Ces différentes étapes nous guident à

la fois dans l'analyse des BM des organisations étudiées et dans notre démarche de modélisation.

« Au-delà de l'approche « outil », le modèle d'affaires est aussi une pratique stratégique associée au processus de création/capture de valeur (Teece, 2010) » (Demil, Lecocq, Ricart, & Zott, 2015, p. 7). C'est notamment pour cette double approche que nous considérons pertinent de nous référer au BM dans cette recherche. Dès lors, il convient de comprendre le sens et la place accordés à la création et la capture de valeur au sein de l'approche BM.

SECTION 2 : NOTION ET ROLE DE LA VALEUR DANS LE BUSINESS MODEL

2.1. La valeur au centre du concept de business model

« Le BM peut désigner à la fois un concept, un outil ou une approche spécifique de l'organisation et de sa performance » (Warnier, Lecocq, & Demil, 2018, p. 122)

Comme nous l'avons évoqué via les différentes perspectives accordées au BM, la littérature est marquée par des définitions variées (Voir Tableau 7). Cependant, elles convergent par la proposition de composantes communes. En effet, la plupart des définitions évoquent « la proposition de valeur de l'entreprise et les segments de marché, la structure de la chaîne de valeur requise pour réaliser la proposition de valeur, les mécanismes de capture de valeur que l'entreprise déploie, et comment ces éléments sont liés ensemble dans une architecture. »⁶⁹ (Saebi, Lien, & Foss, 2016, p. 3). Le BM est ainsi perçu comme « le design ou l'architecture des mécanismes de création, livraison et capture de la valeur » (Teece, 2010 p. 172), ce qui confère une position centrale à la notion de valeur dans l'approche BM.

La valeur est souvent appréhendée selon deux perspectives majeures : un réel en soi qu'il est nécessaire de capter, souvent matérialisé par des profits économiques, ou le résultat d'une perception des individus selon ce que ces derniers considèrent de valeur (Kornberger, 2017; Warnier et al., 2018). Portée par notre posture constructiviste et une vision contextualisée de la recherche en management, nous supportons une approche de la valeur perçue selon laquelle la valeur est considérée comme telle si les parties prenantes la valorisent.

⁶⁹ Traduit de l'anglais : “The firm's value proposition and market segments, the structure of the value chain required for realizing the value proposition, the mechanisms of value capture that the firm deploys, and how these elements are linked together in an architecture.”

Hamel (2000)	Core strategy, strategic resources, customer interface and value network
Gordijn and Akkermans (2001)	Value in, value port, actor, value activity, value exchange, value object, profitability calculation
Hedman and Kalling (2003)	Customers, competitors, offering, activities and organization resources, supply of factor and production inputs, longitudinal process component
Osterwalder <i>et al.</i> (2005)	Value proposition, distribution channel, relationship with customers, partner network and revenue model
Rasmussen (2007)	Value proposition, market segment and revenue model, value chain, cost structure and profit potential, value network, competitive strategy
Osterwalder and Pigneur (2010)	Customer segments, value propositions, channels, customer relations, revenue streams, key resources, key activities, key partnerships, cost structure
Zott and Amit (2010)	Designing elements (content, structure, governance) and design themes (novelty, lock-in, complementarities, efficiency)

Tableau 7: Les dimensions du BM dans la littérature (Michelini & Fiorentino, 2012, p. 565)

Au sein du business model, la valeur implique deux processus : la création de valeur et la capture de la valeur. Dans une finalité économique, Moyon (2011) met en avant les différences de ces deux mécanismes (Voir Tableau 8). A l'inverse, Demil et al. (2015, p. 3) accentuent leur interdépendance, en se référant à l'exemple concret donné par Brandenburger et Stuart (1996) selon lequel la totalité de la valeur créée correspond à la somme la valeur captée par le client, l'entreprise et ses fournisseurs. Cette vision suppose une cohérence avec le principe de valeur perçue, car, si toute valeur créée équivaut à la valeur captée, la valeur captée n'est captée que par les parties prenantes qui la valorise. Ainsi, la valeur créée est considérée comme telle par les parties prenantes qui la captent, car ils la valorisent. En ce sens, Lecoq et al. (2006) appuient l'importance du réseau de valeur dans la capture de valeur, puisque « *la position de l'entreprise au sein de son réseau de partenaires détermine aussi la valeur qu'elle est en mesure de capter.* » (Lecocq et al., 2006, p. 104). La valeur ne peut donc pas être appréhendée selon sa seule distribution, comme le suggère la conceptualisation de la valeur d'échange. Le principe de valeur perçue est donc en phase avec la logique DS où la valeur est appréhendée selon sa valeur d'usage et sa valeur contextuelle.

Le BM permet de comprendre la manière dont une entreprise crée et capture de la valeur pour et avec ses parties prenantes (Demil et al., 2015). Plus précisément « *il s'agit de comprendre comment les ressources mobilisées par une entreprise se transforment en offre pour les clients et d'analyser comment elle gère sa chaîne de valeur (interne) et son réseau de valeur (externe), constitué par les multiples partenaires qui participent à l'offre* » (Lecocq et al., 2006, p. 99). L'entreprise est ainsi considérée au regard de son réseau de valeur composé de multiples parties prenantes (Nalebuff & Brandenburger, 1996), et le client final est placé au centre des préoccupations. La valeur concerne alors plusieurs acteurs du marché, si bien du côté de l'offre que celui de la demande, mais ce dans des dynamiques différentes. La création de valeur implique généralement la collaboration de l'entreprise, des fournisseurs et des clients ; alors

que la capture de la valeur tend à mettre en concurrence les parties prenantes. En effet, « la création de valeur implique une certaine collaboration avec diverses parties prenantes tandis que la capture de valeur suppose une certaine rivalité avec ces dernières » (Warnier et al., 2018). Aussi, la capture de la valeur tend à intégrer la monétisation entre l'entreprise et ses parties prenantes externes (Massa et al., 2017).

	Création de valeur	Capture de valeur
Type de valeur	Valeur d'usage selon la propension à payer du client	Echange de valeur
Source de valeur	Plus l'utilité perçue est forte, plus le client est disposé à payer cher	Profits issus des transactions réalisées par une entreprise focale
Niveau de partialité	Conception subjective	Conception objective
Niveau d'analyse	Inter-organisationnel / du système d'activité	Entreprise focale

Tableau 8 : Différences entre création et capture de valeur issues des travaux de Moyon (2011)

La valeur détient ainsi une position centrale dans l'approche des BM et implique de considérer la création et capture de valeur au niveau de l'entreprise et de son réseau de valeur avec qui elle interagit. La difficulté réside alors dans les relations établies avec les parties prenantes qui varient selon leur implication aux mécanismes de création ou de capture de la valeur qui semble sous-tendre une relation de collaboration ou de rivalité.

En définitive, le BM présente l'intérêt d'une vision transversale et synthétique de l'organisation et de ses parties prenantes impliquées dans l'offre. C'est en ce sens qu'il s'avère particulièrement adapté à la base de la pyramide puisque « les marchés BoP semblent plus que d'autres requérir la construction de nouveaux business models s'appuyant sur de nouveaux types de partenaires » (Cholez, Trompette, Vinck, & Reverdy, 2010, p. 126). Ainsi, l'approche du BM offre une perspective écosystémique permettant d'analyser une stratégie de service où plusieurs parties prenantes sont impliquées dans des processus de cocréation permettant l'échange d'actifs intangibles au bénéfice d'une proposition de valeur commune ancrée dans un écosystème de service complexe. L'utilisation du BM comme outil permet ainsi de souligner et visualiser l'importance du réseau de valeur dans le cas des prestations de services BoP.

2.2. Caractériser la valeur selon la perception et l'expérience des parties prenantes

Notre phénomène de recherche et notre positionnement épistémologique constructiviste pragmatique, portent une approche basée sur la perception de la valeur au détriment d'une vision où la valeur serait un construit objectif établi en soi devant être capté. Dans cette perspective, Warnier et al. (2018) propose de quitter la vision dichotomique de la création de valeur entre valeur sociale et économique, puisque cette dernière est évaluée selon les parties prenantes à qui elle est destinée. La valeur créée ne serait donc pas sociale ou économique en soi ; c'est-à-dire que « *la valeur n'est ni sociale ou économique au moment de son identification par la partie prenante à qui la proposition de valeur est adressée* » (p.121). Elle le devient lorsque ces dernières la valorisent. Alors, qualifier la valeur ne serait possible qu'une fois créée.

En partant de la vision de Dewey qui aborde la notion de valeur selon l'action à laquelle est associée, c'est-à-dire l'acte de création de la valeur ; Kornberger (2017) dépasse l'antagonisme entre valeur en soi, interne à l'organisation focale, et valeur perçue, externe à l'organisation. Il appréhende ainsi la valeur selon ses processus et pratiques de valorisation. La valeur est constituée en pratique et n'est créée que si elle est pratiquée. Via son exemple basé sur les systèmes d'évaluation des plateformes, il explique que la valeur associée à ces systèmes résulte des pratiques visant à créer des commentaires ou notations et à s'y référer pour juger la valeur associée. Il prône ainsi l'importance des pratiques de valorisation, et ce quel que soit le caractère social ou économique de la valeur. Si la création de valeur est associée à la mise en place de pratiques de valorisation, elle implique que ces pratiques soient adoptées et démocratisées par plusieurs personnes. La proposition de Kornberger ajoute alors une dimension expérientielle qui implique la contribution explicite de plusieurs parties prenantes dans la construction de la valeur, et donc une prise en compte accrue du réseau de valeur au sein du BM. En accord avec la logique DS, cette valeur expérientielle regroupe en fait les perceptions de valeur d'échange, valeur d'usage et contextuelle, et ne peut être créée que par le bénéficiaire (Leclercq et al., 2016). En ce sens, Grönroos (2011) explique « *les interactions influent sur l'expérience, et l'expérience détermine la valeur qui en découle, ce qui peut à son tour influencer sur la façon dont les services futurs sont vécus. (...) La valeur peut être considérée comme perçue par l'expérience et aussi comme déterminée par l'expérience.* »⁷⁰(p.295)

⁷⁰ Traduit de l'anglais : "In all these situations interactions affect experience, and experience determines value emerging from the interaction, which in turn may influence how future service is experienced. (...) Value can be considered experientially perceived and also experientially determined."

Sur la base des suggestions de Warnier et al. (2018) et Kornberger (2017), nous suggérons que la valeur expérientielle pourrait être qualifiée d'économique et/ou sociale qu'une fois perçue, pratiquée par les bénéficiaires selon le contexte social dans lequel ils évoluent. C'est donc l'intérêt accordé par les parties prenantes et la pratique associée à cette valeur qui permettraient de la caractériser de valeur. Si la valeur n'est pas économique et/ou sociale a priori, elle le deviendrait alors via la perception des parties prenantes d'une part et l'expérience des parties prenantes d'autre part. La perception, et la pratique de la valeur contribuant à sa création, permettrait alors de juger de son impact économique et/ou social. Cette vision donnerait ainsi priorité au rôle du réseau de valeur via ses perceptions et pratiques adoptées pour capter et valoriser la valeur.

Les cas des stratégies BoP et des services de santé amplifient de surcroît l'importance des parties prenantes, puisque les interactions entre organisation et écosystème sont considérées comme des piliers du développement inclusif attaché aux stratégies BoP et de la cocréation de valeur dans les services de santé. La question réside alors dans la répartition des rôles et influences des parties prenantes sur la création de valeur souhaitée. En effet, la prestation de service de santé BoP implique une prise en compte de plusieurs parties prenantes, mais les bénéficiaires cibles restent les communautés pauvres. Dès lors, comment s'assurer que ces communautés puissent capter, valoriser et expérimenter la valeur économique et sociale ? Quels rôles détiennent alors les acteurs impliqués dans la création et la capture de la valeur ? Ces interrogations impliquent de s'intéresser aux différentes parties prenantes intégrées aux processus de création et capture de la valeur, et justifient l'intégration du réseau de valeur comme une dimension clé du BM.

2.3. L'appréhension de la valeur via l'approche basée sur les ressources culturellement informées et le principe de cocréation de valeur

Par sa critique visant le manque de recherche sur la valeur, Kornberger (2017) souligne deux concepts ayant marqué l'étude de la valeur dans la littérature en stratégie : *l'approche basée sur les ressources culturellement informées*⁷¹ et *la cocréation de valeur*. *L'approche basée sur les ressources culturellement informées* souligne l'importance des valeurs sociales et culturelles dans la création de valeur, et *la cocréation de valeur* questionne l'implication de l'écosystème dans la création de valeur initiée par l'entreprise. Finalement, ces deux concepts appréhendent

⁷¹ Traduit de l'anglais : "culturally informed resource-based view"

la création de valeur au-delà du périmètre de l'entreprise, ce qui semble pertinent dans l'approche du BM, et d'autant plus à la base de la pyramide, où le réseau de valeur est crucial. Selon le principe par lequel la valeur est créée sur la perception des parties prenantes à juger ce qui leur apparaît être de valeur, *l'approche basée sur les ressources culturellement informées* souligne l'influence des valeurs sociales et culturelles sur la valeur captée et donc la valeur créée, puisque la valeur créée correspond à la somme des valeurs captées (Demil et al., 2015). Il s'agit alors de comprendre les valeurs sociales et culturelles des parties prenantes pour créer la valeur que ces dernières considèrent comme telle. Via cette vision, la valeur économique est fonction de la prise en compte des valeurs sociales et culturelles qui influencent la perception des individus. Dès lors, il est nécessaire de distinguer la valeur (au singulier) avec les valeurs (au pluriel) (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017). Alors que la valeur se réfère au résultat escompté (souvent économique), les valeurs sont définies par Joyner et Paquin (2002, p. 299) comme « *un ensemble de croyances et de principes jugés souhaitables par (des groupes d'individus).* »⁷² (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017). Pour faire suite aux travaux de Peppard et Rylander (2006) qui confirment l'importance de la valeur perçue dans le réseau de valeur, Breuer et Lüdeke-Freund (2017) précisent que « *c'est la valeur perçue par les membres du réseau, c'est-à-dire les résultats valorisés qu'ils attendent, ainsi que leur notion subjective du désirable, qui influencent ce qu'ils (les membres du réseau) sont prêts à faire.* »⁷³ (p. 6). La difficulté réside en fait dans l'appréhension de la valeur selon l'influence des valeurs et croyances sociales des parties prenantes qui la perçoivent. Ainsi, Breuer & Lüdeke-Freund (2017) proposent la notion de *values-based business model* pour « *décrire la manière dont les organisations créent, délivrent et capturent de la valeur en suivant les valeurs de leurs parties prenantes internes et externes* ». La proposition de valeur est influencée par les parties prenantes de l'organisation à deux niveaux : la proposition de valeur créée par l'organisation et ses parties prenantes pour (et avec) ses clients et les valeurs des parties prenantes (dont les clients) affectant les caractéristiques de la proposition de valeur. En connaissance des caractéristiques socioculturelles spécifiques des populations BoP, il apparaît important de les intégrer dans l'analyse de BM des organisations impliquées à la base de la pyramide.

Dans une mouvance similaire, le principe de cocréation de valeur (Vargo & Lusch, 2008) valorise l'implication du client dans la conception et la livraison de la proposition de valeur.

⁷² Traduit de l'anglais : «...as the core set of beliefs and principles deemed to be desirable by (groups of) individuals.»

⁷³ Traduit de l'anglais : «It is the perceived values of a network's members, i.e., the valuable outcomes they expect, as well as their subjective notions of the desirable, which steer what they are willing to do.»

Via cette notion souvent associée à la littérature marketing ou plus largement la littérature des services avec la logique DS, la cocréation de valeur est considérée comme un levier clé dans la satisfaction client grâce à sa collaboration au mécanisme de création de valeur. C'est en ce sens qu'elle est préconisée dans la conception d'une offre à la base de la pyramide (Nahi, 2016). Cela justifie l'intérêt d'encourager les populations BoP à entrer dans des processus de cocréation qui permettent aux organisations d'intégrer au mieux les caractéristiques locales et de délivrer une proposition de valeur adaptée. Son rôle est d'autant plus fondamental dans une offre de services de santé dont la prestation est conditionnée par la participation du client (McCull-Kennedy et al., 2012). Même si le principe de cocréation de valeur est souvent associé à la recherche en marketing, il fournit des clés nécessaires à l'appréhension de notre phénomène de recherche, un BM de santé BoP.

Ainsi, *l'approche basée sur les ressources culturellement informées* et *l'approche basée sur la cocréation de valeur* s'avèrent complémentaires dans l'appréhension du réseau de valeur à la base de la pyramide : elles permettent de comprendre l'influence des valeurs et pratiques de cocréation des différents acteurs du réseau dans la conception de la proposition de valeur et du BM. La création de valeur est ainsi fonction du réseau de valeur mobilisé par et pour l'organisation, mais aussi par les valeurs portées par les différents membres du réseau. Dans cette perspective les valeurs sont appréhendées comme « *un construit pluriel : la valeur économique est encadrée dans la valeur sociale, culturelle, et d'autres valeurs* »⁷⁴ (Kornberger, 2017, p. 5) qu'il est nécessaire de prendre en compte.

SECTION 3 : BUSINESS MODEL ET TRANSFORMATIONS SOCIALES

3.1. Vers la prise en compte de la valeur sociale dans le business model

La création de valeur évoquée dans la littérature des BM évoque surtout une valeur économique orientée sur la création de profit (ou de revenus) (Moingeon et Lehmann-Ortega, 2010, Moignon, 2011) or, la valeur peut être aussi sociale et sociétale (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017; Maucuer, 2013). Conformément à la croissance des problématiques liées au développement durable, la responsabilité sociale des entreprises, l'entrepreneuriat social ou les stratégies BoP, la considération de la création de valeur sociale au sein du BM prend essor dans la littérature (Dahan et al., 2010; Seelos & Mair, 2007). Elle est d'abord abordée dans la

⁷⁴ Traduit de l'anglais : "Values are understood as a plural construct: economic value is embedded in cultural, social and other values."

définition de Seelos et Mair (2007, p.53) qui présente le BM comme « *comme un ensemble de capacités qui est configuré pour permettre la création de valeur conformément aux objectifs stratégiques économiques ou sociaux.* »⁷⁵ (Zott et al., 2011). Depuis, la considération envers la valeur sociale est grandissante notamment par l'analyse des bénéfices économiques, sociaux et environnementaux intégrés aux traitements des problématiques TBL ou à la création de BM innovants. La littérature est notamment marquée par la proposition du *framework* « *Social Business Model* » de Yunus, Moingeon, et Lehmann-Ortega (2010) (Maucuer, 2013) qui proposent une équation de profit basé sur la création de valeur économique d'une part et la création de valeur sociale d'autre part. Même si cette proposition met en évidence la recherche d'un équilibre entre valeur économique et valeur sociale, elle omet l'articulation entre ces types de valeur (Warnier et al., 2018) et ignore les liens possibles entre profit économique et profit social (Maucuer, 2013). Le concept d'équation de profits, profits au pluriel, proposé par Maucuer (2013) surmonte alors ces limites en proposant une dimension « équation de profits économiques et sociétaux » comme dimension principale du BM qui puisse rendre compte d'une « *approche socio-économique de la finalité du BM* » (Maucuer, 2013, p.49) où la valeur économique et la valeur sociale sont considérées comme indissociables. Ce modèle permet d'enrichir le modèle RCOV (Voir Figure 9) préalablement proposé par Lecocq et al. (2006), modèle offrant une vision synthétique et transversale de l'organisation au sein de son réseau de valeur via les dimensions « Ressources », « Compétences », « Organisation » et « Proposition de valeur ». Ces dernières soulignent les interactions entre les *ressources et les compétences, les activités internes et externes et la proposition de valeur* de l'organisation qui permettent la création d'une marge issue du différentiel revenus et coûts. L'apport de Maucuer (2013) réside dans l'intégration de la valeur sociale au modèle en proposant une marge pouvant être aussi bien économique que sociale. Dès lors, il définit le BM comme « *une configuration de choix intermédiaires entre la stratégie et les pratiques qui influence la façon dont une organisation crée et redistribue de la valeur économique et sociale* » (Maucuer, 2013, p. 49). La valeur sociale est explicitement intégrée à la définition du BM et ne se restreint pas aux seules organisations de l'économie sociale et solidaire. Cette vision telle que la défend Maucuer (2013) apparaît alors pertinente à la base de la pyramide : le BM comme représentation organisationnelle de tout type d'organisations permet une analyse d'organisations variées, initiatrices des stratégies BoP, et l'équation de profits permet la prise en compte de la valeur

⁷⁵ Traduit de l'anglais : « *as a set of capabilities that is configured to enable value creation consistent with either economic or social strategic objectives* »

économique, mais aussi sociale, finalité des stratégies BoP. Cependant, la notion de valeur sociale qui y est associée demeure assez ambiguë et mérite alors une plus grande attention.

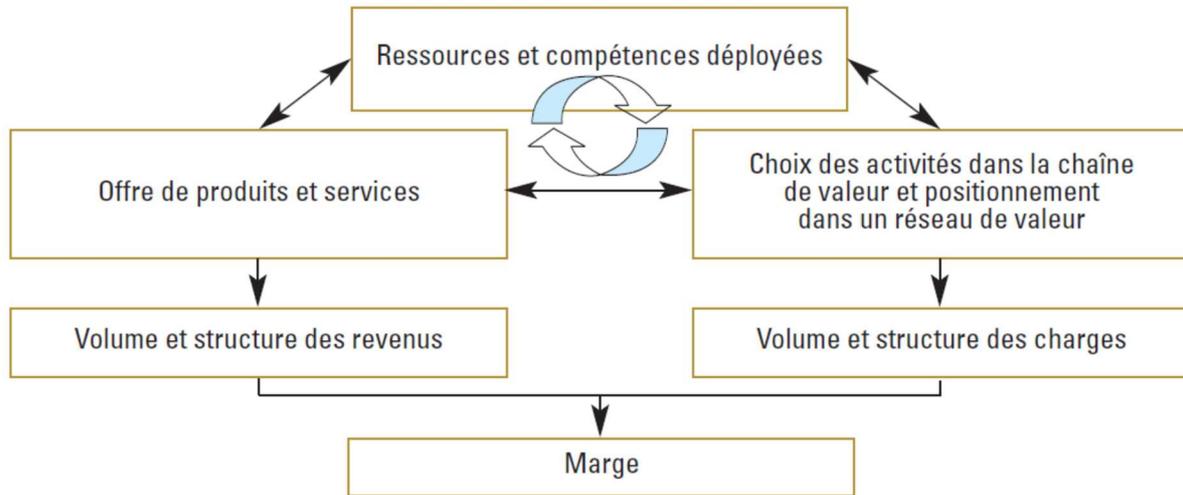


Figure 9 : Le modèle RCOV - les éléments constitutifs d'un business model (Lecocq, Demil, Warnier, 2006, p.98)

3.2. Valeur sociale, *shared value*, et transformation sociale

Alors que la valeur économique se réfère à la création ou la capture de revenus financiers, la valeur sociale provient d'« une activité qui mène à la réalisation de l'une des trois valeurs fondamentales du développement, à savoir la subsistance, l'estime de soi et l'absence de servitude » (Todaro & Smith, 2011 in: Sinkovics, Sinkovics, & Yamin, 2014, p. 692). Il s'agit de satisfaire des besoins primaires tels que s'alimenter et des besoins plus complexes tels que la dignité. Quant à la servitude elle fait référence à la liberté des individus, liberté physique, mais aussi de choix (Ibid.). Contrairement à la valeur économique qui est associée à la création de profit, la valeur sociale est rarement quantifiée et est souvent associée à des formes variées, ce qui peut rendre la notion abstraite. Mais alors, comment représenter la valeur sociale ? Elle est par exemple assimilée à la notion d'externalité positive (Warnier et al., 2018) ou à la transformation de la qualité de vie des plus démunis (Hart et al., 2016; Martí, 2018). Auerswald (2009 in: Sinkovics et al., 2014) sous-entend la complexité de la notion puisqu'il considère « la valeur financière, de réputation, éthique, le surplus du consommateur, les externalités positives et le renforcement des capacités humaines en tant que dimensions de la création de valeur sociale »⁷⁶ (p.696). Il est d'autant plus difficile de la qualifier que la valeur sociale tend à varier d'un pays à l'autre du fait des différences économiques, politiques et institutionnelles

⁷⁶ Traduit de l'anglais : "Financial, reputational, ethical value, consumer surplus, positive externalities, and the enhancement of human capabilities as dimensions of social value creation."

(Sinkovics et al., 2014). Ainsi, la valeur sociale créée à la base de la pyramide incarne une autre signification que la valeur sociale créée dans les marchés occidentaux. En ce sens, le contexte BoP influence la valeur sociale créée qui implique la création de BM spécifiques qui «...ne doivent pas troubler les cultures et modes de vie des populations locales »⁷⁷ (Prahalad & Hart, 2002, p. 11). En ce sens, il apparaît pertinent qu'un BM BoP implique une vision de la valeur contextuelle (Edvardsson et al., 2011) et contextualisée centrée sur une création de valeur économique, mais aussi sociale multidimensionnelle nécessaire à l'amélioration des conditions de vie des plus démunis.

Cherchant à surpasser l'opposition entre valeur économique et sociale, Demil et al. (2013) suggèrent la valeur sociale tel un résidu de la valeur économique : « *la valeur sociale revient à ne pas capturer une valeur économique (une utilité créée)* ». Elle constitue ainsi une externalité positive soit « *l'augmentation de l'utilité ou la création d'un avantage pour un acteur sans que celui-ci ait à fournir une contrepartie financière.* » (p.131). En accord avec cette approche, l'équation de profits proposée par Maucuer considère le profit social comme une externalité positive du profit économique créée par l'entreprise. Cette vision nous apparaît très restrictive dans le sens où elle rejette la possible création de valeur sociale simultanément à la valeur économique. Si la valeur sociale provient d'un résidu non utilisé/non capté de la valeur économique, cela implique que sa création soit dépendante de la valeur économique créée ou que la valeur créée soit économique par nature. En ce sens, un client qui capterait la valeur économique grâce à une transaction financière ne pourrait pas en bénéficier comme une valeur sociale. Bénéficiaires et clients ne pourraient pas être tous deux cibles de la création de la valeur, puisque seul le « bénéficiaire », c'est-à-dire celui n'entrant pas dans une transaction marchande serait en mesure de capter la valeur sociale créée et issue de la valeur économique résiduelle non captée. Cette vision se différencie alors à la notion de *shared value* proposée par Porter et Kramer qui prônent l'usage de la valeur économique à des fins sociétales (Tantely Ranjatoelina, 2017).

Ces derniers proposent une nouvelle vision de création de valeur qui entraîne la création de valeur non seulement pour l'entreprise, mais aussi pour la société en permettant des améliorations sociales et sociétales. Il ne s'agit pas d'opposer la valeur économique à la valeur sociale, mais de mobiliser la valeur économique à des fins sociales et sociétales via le principe de *shared value*. La *shared value* ne repose pas sur une redistribution de la valeur, partagée entre diverses parties prenantes, mais sur la création de valeur économique qui permette un

⁷⁷ Traduit de l'anglais : "... must not disrupt the cultures and lifestyles of local people."

bénéfice social et sociétal (Porter & Kramer, 2011). Ainsi, la *shared value* ne s'apparente à une nouvelle forme de création de valeur définie comme « *les politiques et pratiques d'exploitation qui renforcent la compétitivité d'une entreprise tout en améliorant les conditions économiques et sociales des communautés dans lesquelles elle opère. La création de shared value se concentre sur l'identification et l'élargissement des liens entre le progrès sociétal et le progrès économique* »⁷⁸ (p.6). Progrès social et progrès économique sont alors tous deux associés au terme de *shared value*, terme pouvant être utilisé tant dans la sphère commerciale que la sphère sociale et solidaire; mais qui s'attache en premier lieu à une création de valeur économique. Bien qu'elle soit considérée de *shared value* pour ses fins sociales, le fait que cette création de valeur soit restreinte à sa nature économique pose selon nous une limite similaire à la vision de Demil et al. (2013). Sa nature même serait économique, et seule son utilisation pourrait impliquer la création de valeur sociale via une amélioration sociale et sociétale. La valeur sociale ne pourrait-elle pas être créée/captée directement par une organisation et son réseau de valeur ? La valeur sociale ne pourrait-elle pas être moteur de valeur économique ? Cette question est d'autant plus importante dans un contexte BoP où la question sociale est centrale. Selon une approche de la valeur perçue, seules les parties prenantes peuvent juger de la valeur créée. L'objectif social (même s'il est capital) de la *shared value* ne garantit donc pas la création d'une valeur sociale valorisée par les parties prenantes. A l'inverse, « une mission sociale consciente et délibérée ne semble pas être une condition préalable nécessaire pour que les entreprises à la base de la pyramide créent une valeur sociale en tant que résultat principal ».⁷⁹ (Sinkovics et al., 2014, p. 705). Alors, le rôle de la mission pour une organisation opérant à la base de la pyramide pose question. Même si la mission sociale n'est pas une condition indispensable à la création de valeur sociale, quelle influence a-t-elle ? Ne pourrait-elle pas être un moteur de valeur sociale ? Quel rôle détient-elle selon l'orientation lucrative d'une organisation ?

Au vu de l'objectif des stratégies BoP visant à améliorer les conditions de vie des plus démunis par la création de valeur économique et sociale, il s'avère nécessaire de comprendre la manière dont une organisation peut gérer ces objectifs via son BM. Ainsi, l'analyse de l'intention

⁷⁸ Traduit de l'anglais : "...policies, and operating practices that enhance the competitiveness of a company while simultaneously advancing the economic and social conditions in the communities in which it operates. Shared value creation focuses on identifying and expanding the connections between societal and economic progress."

⁷⁹ Traduit de l'anglais : "a conscious and deliberate social 'mission' does not appear to be a necessary precondition for BoP enterprises to generate social value as a main outcome."

stratégique apparaît pertinente puisque le modèle de profits d'une entreprise est directement porté par son intention stratégique (Itami & Nishino, 2010).

3.3. Intention stratégique et création de valeur sociale

Itami et Nishino (2010) définissent le business model selon deux éléments clés : le système d'affaires et le modèle de profit qu'ils définissent comme suit : « *le modèle de profit d'une entreprise est un modèle de son intention stratégique de se différencier de ses concurrents de différentes manières (par produit ou par prix, etc.), tandis que son système d'affaires est un système conçu pour réaliser cette intention stratégique* »⁸⁰. Ainsi, l'intention stratégique influence le modèle de profit qui sera développé dans la conception dudit BM (Itami & Nishino, 2010 ; Lecocq, Demil, & Ventura, 2010). La réalisation d'un objectif social semble alors appeler la formulation d'une intention stratégique spécifique visant une création de valeur sociale.

Les travaux de Payaud et Martinet (2010) sur les différentes formes de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) confortent cette idée. Via la proposition d'une taxonomie, ces derniers distinguent plusieurs démarches RSE, dont la forme la plus aboutie, la stratégie RSE-BoP, s'apparente à une stratégie BoP. Les auteurs mettent alors en avant l'importance d'une intention stratégique orientée « RSE-BoP » pour mener à bien un management stratégique BoP et en soulignent les différents fondements théoriques (Voir Tableau 9). Confirmant l'importance de l'intention stratégique des organisations opérant dans un but social, Tantely Ranjatoelina (2017, 2018) suggère d'intégrer l'intention stratégique comme une composante à part entière du modèle RCOV, selon les fondements théoriques via lesquels Payaud et Martinet (2010) la définissent.

Puisque l'intention stratégique traduit le modèle de profit choisi par l'organisation et donc son système d'affaires, il semble cohérent qu'une organisation opérant à la BoP dans un objectif d'amélioration des conditions de vie des plus démunis, développe une intention stratégique différente d'une intention stratégique d'une organisation opérant dans le seul objectif de profits économiques. C'est en ce sens que nous supportons la proposition de Tantely Ranjatoelia (2017, 2018) de se référer aux fondements théoriques d'une intention stratégique RSE-BoP mis en avant par Payaud et Martinet (2010) pour développer un BM à vocation social. Outre la

⁸⁰ Traduit de l'anglais : “*a firm's profit model is a model of its strategic intent to achieve various kinds of differentiation from its competitors (by product or price, etc.), while its business system is a system designed to realize that strategic intent.*”

proposition d'un socle particulièrement adapté au contexte BoP, la complémentarité des approches théoriques mobilisées prennent sens dans le cadre de l'approche BM qui « *est moins un nouveau phénomène qu'une nouvelle articulation de concepts préexistants* » (Lecocq et al., 2006, p. 109). Le BM permet ainsi une vision systémique et transversale des organisations au sein de leur environnement pouvant prendre en compte une intention stratégique BoP, spécifiquement adaptée à ce contexte.

	Intention Stratégique RSE-BOP			
	Clients et marché	Système d'offres	Réseau de valeurs	Compétences Stratégiques
Théorie de la structuration	x		x	x
Encastrement	x	x	x	x
Entreprise « Géographique »	x	x	x	x
Socio économie de la proximité	x	x	x	x
Apprentissage	x			x
Approches fondées sur les ressources et compétences	x	x		x
Réseaux			x	
Approche basée sur les communautés	x	x	x	
Théorie des parties prenantes partenaires	x		x	x
Entrepreneuriat social			x	
Innovation		x		x

Tableau 9 : Les fondements théoriques d'une intention stratégiques RSE-BoP (Payaud & Martinet, 2010, p. 43)

Même si une organisation à la base de la pyramide peut créer de la valeur sociale sans avoir une mission sociale définie (Sinkovics et al., 2014), l'ancrage local de la mission sociale s'avère indispensable (Payaud & Martinet, 2010; Sinkovics et al., 2014). Dès lors, le contexte BoP dans lequel une organisation évolue appelle une intention stratégique contextualisée et encadrée qui influencera la création d'un BM adapté. Alors, même si l'intention stratégique n'est pas une garantie de création de valeur sociale, elle semble pouvoir constituer un engagement de la part de l'organisation focale et faciliter la création de valeur sociale, via son influence sur la conception du modèle de profit et de son système d'affaires composant le BM. Il est donc important de la prendre en compte dans le cadre d'un BM BoP.

3.4. Comprendre la valeur dans un business model BoP

Finalement, la notion de valeur associée au BM BoP ne peut ainsi être portée que par sa seule valeur économique. L'intention stratégique du BM BoP, sous-entendue par l'approche BoP 3.0,

appelle en effet un certain encastrement social facilitant la création de valeur sociale dans le respect environnemental. En ce sens, le BM dit « *sustainability-oriented* » apporte une vision complémentaire, prenant en considération plusieurs dimensions de la valeur. Défini comme « une approche conceptuelle qui permet de décrire, d'analyser, de gérer et de communiquer la valeur durable qu'une entreprise propose à ses clients actuels et potentiels, ainsi qu'à toutes les autres parties prenantes, comment elle crée et fournit cette valeur, et comment elle capture la valeur économique pour l'entreprise tout en maintenant ou régénérant un capital naturel, économique et social au-delà des frontières de l'entreprise. »⁸¹ (Schaltegger, Hansen, & Lüdeke-Freund, 2016, p. 6) ; ce BM considère la valeur selon une approche TBL prenant en compte la sphère économique, sociale et environnementale de la valeur. Conformément à l'approche BoP 3.0 portée sur le respect et le développement de l'écosystème local, la référence au triptyque TBL s'avère pertinente dans le cadre d'un BM BoP. En référence à la notion de développement inclusif, le but du BM BoP est alors d'améliorer le bien-être économique et social des populations démunies dans le respect environnemental. Il est donc nécessaire d'ancrer cet objectif dans son processus de création de valeur lié à son BM. En ce sens, il apparaît primordial de créer des BM permettant de délivrer une prestation de services de santé bénéfique au bien-être des populations par la création de valeur économique et sociale.

SECTION 4 : DES BUSINESS MODELS ALTERNATIFS ADAPTES AU CONTEXTE DE LA BASE DE LA PYRAMIDE ?

En référence à l'approche de Sen (1987, 1992), la valeur sociale permettrait de créer une capacité nécessaire à combiner des fonctionnements visant l'amélioration du bien-être social d'un individu (ou d'un groupe), tout en respectant les cultures et territoires. Il s'agirait alors d'encourager une transformation sociale positive pour un meilleur bien-être (global), qui puisse être portée par un BM dit transformationnel, c'est-à-dire un BM visant à engendrer des transformations dans l'environnement (Martí, 2018) économique et social. Si la complexité associée à la valeur sociale peut rendre son appréhension difficile, l'associer à une transformation sociale vouée à une amélioration du bien-être peut s'avérer plus évident. Alors, le BM peut être perçu comme un moteur de transformation (positive et/ou négative) via l'impact qu'il engendre sur la société et les réalités sociales (Martí, 2018). Cette vision permet

⁸¹ Traduit de l'anglais : "...a conceptual approach that helps describing, analysing, managing and communicating what sustainable value a company proposes to its existing and potential customers, and all other stakeholders, how it creates and delivers this value, and how it captures economic value for the company while maintaining or regenerating natural, economic and social capital beyond the organization's boundaries."

de contourner l'opposition qui est souvent faite entre valeur économique et sociale puisque les transformations engendrées impliquent certes une détérioration ou une création de valeur, mais ne sont pas forcément liées à la nature de la valeur créée. C'est notamment pour cette raison que cette vision peut se distinguer de la notion de *shared value* qui suggère que toute transformation sociétale est issue d'une valeur économique créée. En référence à la notion d'encastrement de Granovetter via laquelle toute activité est intégrée à des activités sociales, nous pouvons considérer qu'il en est de même pour la création de valeur et ainsi questionner l'intérêt de distinguer valeur économique et valeur sociale. Finalement, la problématique entre valeur sociale et valeur économique s'attache surtout à leur relation et leur rôle au sein du BM et avec les différentes parties prenantes. Alors, nous souhaitons appréhender comment la valeur sociale, combinée à une création de valeur économique dans le respect environnemental, peut être créée pour encourager le développement inclusif des populations.

4.1. Innovation sociale et business model

Même si la prise en compte de la valeur sociale dans le BM est croissante elle reste marginale puisqu'elle est souvent présentée en opposition à la valeur économique et associée aux organisations issues de l'ESS. En effet, la littérature tend à se focaliser sur la manière dont les organisations maximisent la création de valeur économique, au détriment de l'étude de la création de valeur sociale et/ou environnementale (Bals & Tate, 2016).

La poursuite d'un but social combiné à la création de la valeur économique et le respect environnemental pousse les organisations impliquées envers les populations BoP à créer des BM innovants. C'est en fait, la recherche de valeur sociale qui appelle une certaine innovation (Prahalad, 2012; Sánchez & Ricart, 2010; Sardana, 2013), voire une innovation sociale c'est-à-dire « ...de nouvelles idées qui permettent d'atteindre des objectifs sociaux. » ou « ...un véhicule qui crée un changement social lié à une meilleure qualité de vie et qui élabore des solutions et des approches à divers ensembles de problèmes »⁸² (Michellini, 2012, p. 16). L'innovation sociale peut alors prendre différentes formes, mais nécessite d'être portée par un business model adapté puisqu'elle « est générée par la combinaison des composantes du BM qui créent une entreprise visant à améliorer le bien-être de la communauté et, en même temps,

⁸² Traduit de l'anglais : "Social innovation refers to new ideas that work in meeting social goals. (...) a vehicle that creates social change that is related to a better quality of life and that develops solutions and approaches to various sets of problems."

de garantir la durabilité économique et financière »⁸³ (Michelini, 2012, p. 26). Dès lors et au regard du concept d'innovation sociale, peut-on prétendre à une création de valeur sociale sans un objectif de pérennité financière ? Puisque la question de la pérennité financière perdure, les liens existants entre valeur économique et valeur sociale posent eux aussi question. Peut-on réellement créer de la valeur sociale indépendamment d'une valeur économique sans laquelle la valeur sociale créée semble difficilement durable ?

Alors, dans une optique de création de valeur sociale et économique, le manque de pérennité des initiatives purement sociales et l'impact social limité des modèles commerciaux font émerger des BM hybrides soient des BM qui « *combinent des aspects de multiples formes d'organisations.* »⁸⁴ (Battilana, Sengul, Pache, & Model, 2015, p. 1659) qui permettent de pallier les faiblesses des entreprises commerciales et celles des organisations purement sociales. Il convient de s'intéresser à ce type de BM qui, via leur double objectif, et dans un souci de pérennité, semble pertinent à la base de la pyramide.

4.2. Combiner objectifs économiques et sociaux via un business model hybride

*« Parce que la contrainte est une excellente source de créativité, les organisations hybrides ont développé des innovations intéressantes et efficaces en matière de modèles d'affaires qui allient faibles coûts et haute qualité et leur permettent d'apporter de la valeur à la société de manière durable ».*⁸⁵ (Santos, Pache, & Birkholz, 2015)

Les organisations hybrides, plus communément appelées entreprises sociales (Battilana et al., 2015), sont désignées comme une alternative intéressante aux modèles purement commerciaux ou sociaux, car elles allient création de valeur sociale et rentabilité financière. Elles se situent entre la structure purement commerciale et celle purement sociale, c'est-à-dire philanthropique (Dees, 1998) et se distinguent par leurs objectifs et mécanismes de création de valeur (Voir Tableau 10). C'est pour leur position à mi-chemin entre commerce et philanthropie que ce type de BM séduit la base de la pyramide (Kolk et al., 2014; Nielsen & Samia, 2008).

Initialement, la notion d'organisation hybride regroupait tout type d'organisation combinant des aspects de différentes organisations. Cependant, le terme hybride fait souvent référence à l'hybridation des objectifs économiques et sociaux des organisations ce qui encourage la

⁸³ Traduit de l'anglais : "... is generated by the combination of business model components that set up an enterprise with the aim of improving community well-being and, at the same time, guarantees economic and financial sustainability."

⁸⁴ Traduit de l'anglais : "combine aspects of multiple organisational forms."

⁸⁵ Traduit de l'anglais : "Because constraint is an excellent source of creativity, hybrid organizations have developed interesting and effective business model innovations that align low costs with high quality and allow them to deliver value for society in sustainable ways."

littérature à associer les organisations hybrides aux entreprises sociales (Battilana, Lee, Walker, & Dorsey, 2012). Les termes entreprises sociales, organisations hybrides, *value-driven hybrids* ou *mission-driven hybrids* sont ainsi utilisés de manière interchangeée en référence à ce type d'hybridité. Pour plus de clarté, plusieurs typologies ont été proposées et distinguent les formes d'entreprises sociales selon des critères variés tels que la redistribution des bénéfices, le type de clientèle ciblée, et les liens entre activités sociales et commerciales (Battilana et al., 2012; Ebrahim et al., 2014; Michelini, 2012; Santos et al., 2015).

Formes organisationnelles	Entreprises	Charité	Entreprise sociale
Objectif de performance	Financier	Social	Financier + social
Valeur revient à	Propriétaires	Bénéficiaires	Bénéficiaires + propriétaires
Valeur payée par	Clients	Investisseurs	Clients (HD), bénéficiaires (HI)
Intérêts alignés par	Marché	Gouvernance	Marché + gouvernance

*HD : Hybride Différenciée / HI : Hybride intégrée

Tableau 10 : Distinction entre entreprise, organisme caritatif et entreprise sociale
(Ebrahim, Battilana, & Mair, 2014, p. 91)

Malgré ces tentatives de classification, leurs attributs demeurent flous et leur affiliation aux entreprises sociales tend à confondre la précision du concept. Par ailleurs, la motivation sociale n'implique pas toujours la formation de BM dits hybrides puisque les entreprises commerciales peuvent aussi développer une mission sociale via leurs activités. C'est pourquoi certaines écoles de pensées qualifient d'entreprise sociale ce type d'organisation (Austin, Stevenson, & Wei-Skillern, 2006). Ces divergences nous amènent alors à spécifier notre posture vis-à-vis des entreprises sociales que nous considérons comme un type d'organisation hybride, dont l'hybridité se traduit par ses objectifs à la fois économiques et sociaux. Ainsi, nous nous référons à la définition du réseau de recherche européen EMES qui caractérise les entreprises sociales comme « *des organisations privées à but non lucratif fournissant des biens ou des services directement liés à leur objectif explicite de bénéfice à la communauté. Elles s'appuient sur une dynamique collective impliquant différents types de parties prenantes au sein de leurs instances dirigeantes, accordent une grande valeur à leur autonomie et supportent des risques économiques liés à leur activité* » (Defourny & Nyssens, 2008, p. 205). Cette définition permet en fait d'englober les différentes typologies proposées au sein même du concept d'entreprise sociale, mais en les distinguant des entreprises commerciales quand bien même elles aient un objectif social. Ainsi, une entreprise commerciale qui serait investie dans une nouvelle forme

de création de valeur dite *shared value*, n'est pas considérée comme une entreprise sociale, dans le sens où le but lucratif associé à son BM domine.

Même si les définitions de l'entreprise sociale sont variées, elles ne donnent finalement que peu d'informations sur la constitution de leur BM. En référence à la définition de l'entrepreneuriat social comme « *un processus faisant appel à l'utilisation novatrice et à la combinaison de ressources pour saisir les occasions de catalyser le changement social et/ou de répondre aux besoins sociaux* »⁸⁶ (Mair & Martí, 2006, p. 37), c'est la proposition d'un BM innovant qui permettrait d'agir positivement sur l'écosystème en créant de la valeur sociale. En ce sens, l'entrepreneuriat social se distingue de l'entrepreneuriat commercial par la manière de combiner les ressources qui lui permettent de créer de la valeur sociale tout en générant de la valeur économique.

Considérées optimales pour concilier valeur économique et sociale, les entreprises sociales sont néanmoins confrontées à des conflits entre missions économiques et missions sociales soulevant de nouvelles problématiques de gestion (Ebrahim et al., 2014). Dès lors, l'accessibilité des produits et services aux clients et/ou bénéficiaires peut être remise en cause par une mauvaise gestion des ressources financières et humaines de l'organisation, et un mauvais alignement de ses activités avec sa mission (Gupta et al., 2015 in: Tate & Bals, 2016). Les entreprises sociales doivent en fait faire face au risque d'une viabilité financière insuffisante ou d'une « dérive de mission » (en anglais *mission drift*), c'est-à-dire un risque de désengagement envers leur mission sociale au profit de leur mission économique ou inversement (Ebrahim et al., 2014; Ramus & Vaccaro, 2017). Même si le maintien d'une culture sociale via des outils de comptabilité et des pratiques de management des ressources humaines adaptées, peut atténuer ce phénomène, les difficultés de gestion demeurent (Battilana & Dorado, 2010; Ebrahim et al., 2014).

Les objectifs socio-économiques des entreprises sociales donnent sens au développement de ce type de BM à la base de la pyramide. Cependant, ils ne garantissent pas le développement inclusif des populations démunies, élément pourtant clé des stratégies BoP. Alors, le BM inclusif peut présenter une alternative intéressante, car il se focalise sur l'intégration des plus démunis comme source de création de valeur.

⁸⁶ Traduit de de l'anglais : "...as a process involving the innovative use and combination of resources to pursue opportunities to catalyze social change and/or address social needs."

4.3. L'intégration des plus démunis via un business model dit inclusif

A l'instar de l'inclusivité associée à l'intégration des populations BoP dans la chaîne de valeur des entreprises, le BM inclusif est décrit par le PNUD (2008) comme suit : « *les BM inclusifs incluent les pauvres du côté de la demande en tant que clients et consommateurs et du côté de l'offre en tant que producteurs et entrepreneurs à différents maillons de la chaîne de valeur. Ils permettent de connecter les entreprises avec les pauvres pour un bénéfice mutuel. Les bénéfices des BM inclusifs vont au-delà du profit immédiat et des revenus plus élevés. Pour les entreprises, ils incluent la conduite d'innovation, la construction de marché et le renforcement des supply-chains. Pour le pauvre, ils incluent une meilleure productivité, des revenus durables et une plus grande autonomie.* »⁸⁷ (p.2). Même s'il existe quelques nuances entre les définitions du BM inclusif proposées par diverses organisations internationales (Voir Tableau 11), l'intégration des populations pauvres dans la chaîne de valeur demeure l'idée clé du business inclusif. Dans un contexte de pays en développement, la définition du PNUD est alors une référence tant dans les rapports internationaux que dans la littérature académique comme nous le montre la définition de Nahi (2016) qui le présente comme « *une entreprise rentable qui réduit la pauvreté en faisant participer les communautés pauvres à la planification et à l'exploitation des entreprises et en proposant des solutions à leurs problèmes sociaux, écologiques ou économiques (cf. Weidner, Rosa, & Viswanathan, 2010)* »⁸⁸ (Nahi, 2016, p. 1).

Le business inclusif intègre les plus démunis aux mécanismes de création et capture de valeur grâce à leur rôle de consommateur, mais aussi de producteur ; ce qui sous-tend une création de valeur à la fois économique et sociale et constitue aussi un pas vers l'autonomisation. En effet, les BM inclusifs « *relient l'offre (producteurs) à la demande (consommateurs), et la dimension locale avec le global, déclenchant ainsi des processus positifs de création de richesse économique et d'autonomisation sociale se renforçant mutuellement* ». (Márquez et al., 2010, p. 7). C'est en ce sens qu'ils sont désignés comme modèles adaptés à la base de la pyramide (Likoko & Kini, 2017; Michelini & Fiorentino, 2012; Reficco & Márquez, 2009). Étonnamment, les différentes définitions n'affichent pas clairement l'objectif de développement inclusif au sens de Georges et al. (2012), qui porte pourtant l'idée clé des stratégies BoP. Le développement inclusif étant considéré comme un facteur clé de succès du

⁸⁷http://growinginclusivemarkets.org/media/gimlaunch/Report_2008/GIM%20Report%20Final%20August%20008.pdf

⁸⁸ Traduit de l'anglais : « *...as profitable business that alleviates poverty by engaging poor communities in business planning and operations and offers solutions to their social, ecological, or economic problems (cf. Weidner, Rosa, & Viswanathan, 2010)* ».

bas de la pyramide, il semble pertinent de s'interroger sur la capacité de tout type d'organisations (à but non lucratif et à but lucratif) à adopter un modèle inclusif à la base de la pyramide et qui lui permette d'engendrer des bénéfiques dits TBL, un pas vers l'autonomisation des populations démunies et plus largement du développement inclusif.

Sources	Définitions
IBAN ⁸⁹ - 2018	« Les entreprises inclusives fournissent des biens, des services et des moyens de subsistance sur une base commercialement viable aux personnes vivant à la base de la pyramide économique (BoP), en les intégrant dans la chaîne de valeur de l'activité principale des entreprises en tant que fournisseurs, distributeurs, détaillants ou clients. »
GIZ ⁹⁰ - 2013	« Les BMI intègrent les pauvres, soit du côté de la demande en tant que clients, soit du côté de l'offre en tant que distributeurs, fournisseurs ou employés. Elles visent la viabilité commerciale tout en ayant un impact social. » (p.9)
ENDEVA ⁹¹ - 2010	« L'entreprise inclusive intègre les personnes vivant dans la pauvreté dans la chaîne de valeur en tant que consommateurs ou producteurs, apportant ainsi une contribution positive au développement des entreprises, de la population locale et de l'environnement. »
PNUD ⁹² - 2008	« Les BM inclusifs incluent les pauvres du côté de la demande en tant que clients et clients et du côté de l'offre en tant qu'employés, producteurs et propriétaires d'entreprises à différents stades de la chaîne de valeur. Ils construisent des ponts entre les entreprises et les pauvres pour leur bénéfice mutuel. Les avantages des BM inclusifs vont au-delà des bénéfices immédiats et de l'augmentation des revenus. Pour les entreprises, il s'agit notamment de stimuler l'innovation, de créer des marchés et de renforcer les chaînes d'approvisionnement. Et pour les pauvres, elles comprennent une productivité plus élevée, des revenus durables et une plus grande autonomisation » (p. 2).

Tableau 11 : Définition du business inclusif (Traduction de l'auteur)

Même si l'intérêt pour les entreprises inclusives dans la littérature BoP est indéniable, une meilleure compréhension du modèle inclusif semble nécessaire (Halme, Lindeman, & Linna, 2012; Nahi, 2016). En effet, il existe quelques imprécisions concernant le modèle de profits associé au BM inclusif. La majorité des travaux ne précise pas si la forme inclusive détient un but lucratif ou non lucratif, alors que Michelini et Fiorentino (2012) le présentent comme un modèle à but lucratif. Le fort risque de déviance de mission orientée profits économiques lié à son modèle de profit constitue alors une source de différence clé avec le BM social. En effet, le BM inclusif n'implique pas d'obligation vis-à-vis de la gestion des bénéfiques, contrairement à

⁸⁹ <https://www.undp.org/content/dam/istanbul/docs/G20%20Inclusive%20Business%20Activities%20Update.pdf>

⁹⁰ https://www.enterprise-development.org/wp-content/uploads/131014_giz_ib-models_rz_01_web.pdf

⁹¹ http://www.endeva.org/wp-content/uploads/2014/11/IBG_final.pdf

⁹² http://growinginclusivemarkets.org/media/gimlaunch/Report_2008/GIM%20Report%20Final%20August%20008.pdf

certaines entreprises sociales où le modèle de profit appelle le réinvestissement des bénéfices dans l'activité. Finalement, la vision de Micheline et Fiorentino (2012) présente la mission sociale du business inclusif, en association avec la recherche de profits économiques du modèle ; ce qui fait référence au concept de *shared value* via laquelle la recherche de profits par une activité économique permet une création de valeur sociale directe. En ce sens, les auteurs mettent d'ailleurs en avant la création de *shared value* comme but ultime du BM inclusif et du social business. Or, cette vision exclut tout autre raisonnement possible sur la notion de valeur économique et sociale. De même, cette vision se rapproche du courant de pensée de l'entrepreneuriat social conduit par Austin et al. (2006), où la seule mission sociale d'une entreprise peut la qualifier d'entreprise sociale. Dans cette optique de *shared value*, Lashitew et al. (2018) font référence au business inclusif telle une approche qui « crée de la *shared value* (Porter et Kramer 2011), en recherchant simultanément des bénéfices sociaux et environnementaux ainsi que des bénéfices commerciaux (Elkington, 1997; Dembek & al., 2016 ; Tate & Bals, 2016) »⁹³ (p. 1). Même si la notion de *shared value* est sensée impliquer une création de valeur économique à des fins sociétales, les auteurs insistent sur les bénéfices TBL attendus par les approches inclusives. La mission TBL portée par une intention stratégique peut ainsi être vue comme une caractéristique dominante du business model inclusif. Comme le souligne Haigh et Hoffman (2012 in : Lashitew et al., 2018, p. 2) « pour les entreprises traditionnelles, le repositionnement en faveur d'approches commerciales inclusives implique des défis importants, car il consiste notamment à reformuler les objectifs et la mission de l'organisation, ainsi qu'à adapter ses capacités et ses processus internes »⁹⁴. En ce sens, Tantely Ranjatoelina (2018) définit le BM inclusif comme :

« un modèle d'entreprise caractérisé par une intention entrepreneuriale et stratégique inclusive en faveur des ressources humaines gaspillées par les marchés traditionnels en raison de leur situation de pauvreté et/ou de vulnérabilité. Le(s) système(s) métier(s) d'un tel modèle économique réalise cette intention inclusive en différenciant ces personnes en tant que ressources humaines prédominantes de la création de valeur (employés, producteurs / fournisseurs, entrepreneurs) d'une activité ou plus, développée et organisée, en cohérente adaptation avec leurs capacités, compétences et projections » (Tantely Ranjatoelina, 2018, p. 595).

⁹³ Traduit de l'anglais : "...inclusive business' approaches that create 'shared value' (Porter and Kramer 2011), by simultaneously pursuing social and environmental bottom lines along with commercial profit (Elkington 1997; Dembek et al. 2016; Tate and Bals 2016)."

⁹⁴ Traduit de l'anglais: "For mainstream business organizations, repositioning towards inclusive business approaches involves significant challenges since it includes reframing the organization's goal and mission as well as adapting its capabilities and internal processes."

Même si cette définition est proposée par l'auteur dans un contexte de pays développé, elle paraît pertinente à la base de la pyramide, notamment car elle prend en compte l'exclusion des populations démunies et l'intérêt de les intégrer dans l'activité de l'entreprise. Aussi, elle pointe la nécessité d'une intention stratégique de la part des entreprises pour inclure les exclus et la nécessité d'une adaptation et/ou cohérence avec la capacité stratégique des organisations. En sus, elle ne semble pas opposer la création de valeur économique à la création de valeur sociale. Cette définition nous conforte ainsi dans l'intérêt de considérer l'intention stratégique dans le développement de BM inclusifs à la base de la pyramide.

Le modèle inclusif, comme défini par le PNUD (2008 ; 2018) ou Reficco et al. (2010), souligne l'intérêt d'inclure dans la chaîne de valeur, les plus démunis, les plus exclus dans un but de création de valeur économique et sociale. Alors, une organisation, quel que soit son modèle de profits, ne pourrait-elle pas être inclusive ? Si on se réfère à la définition de l'organisation hybride comme une combinaison de plusieurs pratiques issues de différentes formes organisationnelles, le business inclusif ne pourrait-il pas être une forme hybride ? Ces interrogations nous poussent à comprendre les frontières de l'inclusivité en tant que business model. Le BM inclusif est-il un BM à part entière ou bien l'inclusivité agit-elle comme une caractéristique pouvant être associée à tout BM dans le cas où le modèle de profit ne serait pas obligatoirement affecté ? L'inclusivité se traduit-elle de manière identique dans les différents modèles de profit des BM ? Ce questionnement confirme la nécessité d'approfondir la recherche sur les business inclusifs (Halme, Lindeman et Linna, 2012 ; Nahi, 2016), et met en avant l'intérêt d'analyser le spectre de l'inclusivité à la base de la pyramide, notamment selon les différents BM et modèles de profits des organisations.

Finalement, la recherche de création de valeur à la fois économique et sociale, appelle la création de BM alternatifs. Qu'elles soient qualifiées d'hybrides, sociales, ou inclusives, les organisations doivent construire des BM adaptés et portés par une capacité leur permettant de combiner des objectifs TBL au bénéfice des plus démunis. Dans le cas de la définition largement acceptée du business inclusif, intégrer la population pauvre dans la chaîne de valeur est un moyen pour y parvenir. Néanmoins, n'y aurait-il pas d'autres pratiques pour arriver à cette fin ? Alors, il convient d'analyser la manière dont les organisations peuvent mener à bien ce projet, analyse pouvant être effectuée par l'approche des BM.

SECTION 5 : DEVELOPPER SA CAPACITE SOCIALE EN CONTEXTE BOP, UN PAS VERS L'ENCASTREMENT SOCIAL ?

5.1. Business model BoP et création de valeur TBL, la pertinence d'une approche basée sur les ressources sociales

Dans un but de création sociale, Tate et Bals (2016) prônent une approche basée sur les ressources sociales qui permettent le développement d'une « capacité/capabilité sociale » (Tate & Bals, 2016) défini comme :

« La capacité de tirer parti des relations avec les intervenants internes ou externes dans le but d'un échange réciproque. L'échange peut concerner non seulement l'information, les produits, la main-d'œuvre et/ou les moyens financiers, mais aussi des éléments plus intangibles comme la compassion, l'éducation et les soins » (ibid., p. 6)⁹⁵.

Ainsi, le développement de cette capacité sociale dépasse la simple motivation économique et appelle une motivation plus altruiste. Via cette suggestion, les auteurs proposent la création d'une approche basée sur les ressources sociales (SRBV), une version évoluée de l'approche basée sur les ressources (RBV) qui prennent en compte cette dimension sociale. Les auteurs se réfèrent aussi à l'approche basée sur les ressources naturelles (NRBV) qui via une amélioration de la RBV propose d'intégrer les contraintes TBL dans le développement des ressources et compétences des organisations. Contrairement à la RBV et NRBV dont le but et la création d'un avantage concurrentiel, la SRBV se caractérise par la poursuite d'un but social, notamment à travers la création d'une *shared TBL value*, c'est-à-dire le principe de *shared value* tel que le définissent Porter et Kramer (2011), mais qui met l'accent sur « toutes les dimensions du TBL, tout en gardant à l'esprit la perspective de connecter la création de valeur dans tous les domaines de la TBL (Kleindorfer et al. 2005) pour un large éventail de parties prenantes ayant des enjeux économiques, sociaux et environnementaux ». L'intérêt de la SRBV tient alors dans la création d'une capacité sociale visant la création d'une valeur multidimensionnelle qui prenne en compte pleinement la dimension sociale par une approche TBL. Alors, cette capacité sociale permettrait d'encourager la création de BM adapté à la base de la pyramide, dans un objectif de *shared TBL value*.

⁹⁵ Traduit de l'anglais : “as the capability to leverage internal and/or external stakeholder relationships with the goal of reciprocal exchange. The exchange can not only concern information, products, labor force, and/or financial means, but also more intangible elements such as compassion, education, and care. The way to combine these capabilities requires solving tradeoffs, which may require additional altruistic rather than purely economic motives.”

Ainsi, il apparaît pertinent d'intégrer l'approche SBRV dans l'appréhension des organisations via le BM. Elle permet le développement d'une capacité sociale par des ressources et compétences spécifiquement adaptées à la création de valeur TBL pour de multiples parties prenantes (Tate & Bals, 2016), ce qui est particulièrement adapté à la base de la pyramide. La notion de *shared TBL value* permet de contourner certaines critiques préalablement exposées quant à la notion de valeur puisqu'elle insiste sur l'aspect TBL et l'interaction des différentes dimensions du triptyque tout en sous-entendant la prise en compte d'une intention sociétale via une nouvelle forme de création de valeur. Néanmoins, sa définition prenant essence dans la notion de *shared value*, suggère que la création de valeur initiale est portée par la création d'une valeur économique. Ainsi, nous suggérons sa modification pour éviter toute confusion avec la notion de *shared value* et mettre en avant l'objectif transformationnel et de développement inclusif visant à créer des opportunités pour les plus démunis. Sur la base de la définition de *shared TBL value*, nous suggérons le terme de *valeur TBL transformationnelle* pour qualifier une création de valeur dans tous les domaines de la TBL (Kleindorfer et al. 2005) qui puisse engendrer des transformations sociétales (Marti, 2018) sur la base d'opportunités économiques et sociales (Georges et al., 2012) pour un large éventail de parties prenantes ayant des enjeux économiques, sociaux et environnementaux.

5.2. Encastrement local en contexte BoP, la pertinence du business model interactif

Comme précédemment évoqué la création d'un réseau inclusif est préconisé en contexte BoP dans le but de s'encastrenter localement. En effet, cet encastrement permet à l'organisation d'encourager son « *intégration dans divers réseaux locaux menant au développement de relations à long terme et coopératives, et pouvant aboutir à la réalisation d'avantages communs pour tous les acteurs impliqués dans le réseau* »⁹⁶ (Sánchez et al., 2006, p. 20). Dans cette optique, Goyal et al. (2014) souligne la nécessité pour les organisations de développer leurs capacités et compétences en termes d'encastrement social en construisant une capacité locale c'est-à-dire une capacité qui permette « *les interactions du capital humain, des ressources organisationnelles et du capital social existant au sein d'une communauté donnée pouvant être exploitée pour résoudre des problèmes collectifs et améliorer et maintenir le bien-être de cette*

⁹⁶ Traduction de l'anglais : "The integration into diverse local networks that leads to the development of long-term and cooperative relationships and which may result in the achievement of common benefits for all the players involved in the network."

communauté »⁹⁷ (Chaskin et al., 2001 in: Goyal & Sergi, 2015, p. 66). La création d'une capacité locale semble alors en adéquation avec la recherche d'une capacité sociale telle que l'évoque Tate et Bals (2016) puisque la création de coopérations locales aide à la création d'une offre adaptée et accessible aux populations locales, tout en créant de la valeur économique et sociale pour l'écosystème (Goyal et al., 2014; Reficco & Márquez, 2009), c'est-à-dire pour plusieurs parties prenantes.

Dès lors, le défi de l'accessibilité des stratégies BoP appelle au développement d'une capacité sociale et locale par les organisations opérant à la base de la pyramide. Les différentes collaborations impliquées par le développement de ces capacités requièrent alors la création d'un BM permettant l'encastrement de l'organisation et la création de transformations positives économiques, sociales et environnementales pour l'écosystème local et dans un but d'amélioration des conditions de vie des plus démunis.

Dans cette optique, Sanchez et Ricart (2010) prônent la création de BM dits interactifs, c'est-à-dire qui « *se caractérisent par une stratégie d'exploration qui s'appuie sur des ressources externes et favorise les processus d'apprentissage et d'innovation* »⁹⁸ (Sánchez & Ricart, 2010, p. 143). Il s'agit alors d'encourager des collaborations avec des acteurs de l'écosystème pour accéder à des ressources et compétences et gagner en légitimité. L'interaction du BM avec des acteurs locaux influence alors la création du BM et son dynamisme, par l'adaptation de la proposition de valeur notamment. Elle implique le développement d'une capacité relationnelle lui permettant de cultiver différentes coopérations pour l'obtention d'une rente relationnelle (Dyer and Singh, 1998 in: Sánchez & Ricart, 2010). Cette rente est alors mobilisée au profit d'un BM permettant la proposition d'une offre acceptable et financièrement abordable aux plus démunis. Les différentes relations écosystémiques influencent en fait directement les choix stratégiques de l'entreprise associés à son BM et à son encastrement local. Réciproquement, le BM influence l'écosystème puisque son activité implique la mobilisation de plusieurs acteurs et notamment les plus démunis pour leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie. En effet, l'objectif central de ce business model est finalement de permettre la création d'opportunités qui puissent conduire à la création de valeur économique et sociale pour les plus démunis, et ainsi à augmenter leur capacité et volonté à payer.

⁹⁷ Traduit de l'anglais : “*Interaction of human capital, organizational resources, and social capital existing within a given community that can be leveraged to solve collective problems and improve and maintain the well-being of that community.*”

⁹⁸ Traduction de l'anglais : “*...are characterized by an exploration strategy, which leverages on external resources and fosters learning and innovation processes.*”

Ce BM interactif s'oppose au BM dit isolé qui se focalise sur la proposition d'une offre acceptable et financièrement abordable grâce à une optimisation des coûts en interne, notamment des systèmes de production et de distribution. Contrairement au BM interactif, il ne vise pas à influencer les consommateurs BoP par le développement d'un meilleur pouvoir d'achat, mais à s'adapter en interne pour proposer un produit et/ou service à un prix réduit et abordable. Il converge ainsi avec les principes de l'approche BoP 1.0, contrairement au BM interactif qui est en adéquation avec l'approche 3.0.

En accord avec la position du BM inclusif, le BM interactif sous-entend un modèle à but lucratif, sans pour autant l'affirmer. Au vu de ses caractéristiques et notamment avec sa relation avec l'écosystème, il nous apparaît restreint de le cantonner aux organisations à but lucratif.

Finalement, le challenge lié à l'encastrement social questionne la capacité de l'organisation à s'encastrenter selon son BM, sa proposition de valeur et l'écosystème dans lequel il évolue.

5.3. Le business model comme outil d'analyse des BM BoP

Contrairement à une perspective unidimensionnelle qui se focalise sur la dimension organisationnelle du BM ; la perspective multidimensionnelle s'intéresse à la composition du BM et leurs interactions comme cadre configurationnel (Moyon, 2011). La mobilisation du BM apparaît alors d'un intérêt certain cadrer notre analyse et ainsi comparer nos différents cas. En ce sens, nous mobilisons aussi le BM comme outil d'analyse. L'analyse du BM présente l'intérêt de considérer l'organisation dans son réseau de valeur, composé de parties prenantes multiples reliées par une proposition de valeur et des mécanismes de création de valeur. Il offre ainsi une vision systémique qui soutient le besoin d'adopter des perspectives écosystémiques dans le cadre des stratégies BoP et de la prestation de services de santé. Ainsi, le BM nous permet de rendre compte des choix stratégiques (Lecocq et al., 2006) de l'organisation et de la cocréation de valeur issue des interactions entre l'organisation et ses parties prenantes impliquées dans la proposition de valeur de services de santé en contexte BoP. Cette possibilité prend tout son sens à la base de la pyramide puisque le BM peut ainsi rendre compte du réseau inclusif dans lequel l'organisation peut se baser pour opérationnaliser sa stratégie BoP, pour encourager la cocréation de valeur nécessaire des services de santé et encourager le développement inclusif des populations via une création de valeur TBL.

La gestion du triptyque *Triple Aim – Care, Health, Cost* - appelle la mobilisation de *frameworks* qui permettent l'analyse, le développement et l'évaluation des stratégies de santé (Foss & Saebi, 2017). Le BM comme outil d'analyse s'avère ainsi pertinent. Il permet de considérer les

services de santé au vu de la valeur créée et échangée entre acteurs, en s'éloignant d'une approche basée sur l'analyse des processus, habituellement mobilisée dans le cas des services de santé (Ibid.).

L'utilisation de *frameworks* tels que le BM dans la gestion des services de santé demeure sous exploitée, car ce type d'outil est considéré comme un outil de gestion lié à la marchandisation et n'ayant pas forcément sa place dans le cadre de services de santé. Néanmoins, le développement de l'approche centrée patient portée sur la création de valeur, plus que sur les processus de livraison, légitimise le recours au BM pour les organisations de santé. Nous ne nous focalisons pas sur la chaîne de valeur globale de prestation de soin (J. Y. Kim, Farmer, & Porter, 2013), mais sur les mécanismes de cocréation de valeur multi acteurs permis par le BM des organisations.

Les études mobilisant ce type d'outil concernent surtout des pays développés, et des cas de e-santé (Foss & Saebi, 2017), nous nous inscrivons alors dans le contexte spécifique des marchés BoP où la cocréation de valeur des services de santé est placée au cœur des préoccupations du BM.

SECTION 6 : DELIVRER DES SERVICES DE SANTE AUX POPULATIONS BOP GRACE A UN BUSINESS MODEL ADAPTE

Dans le management d'une prestation de services de santé basée sur une approche centrée patient, la cocréation de valeur au sein d'un écosystème d'acteurs multiples est au centre des préoccupations. Ce qui alors constitue un défi de cocréation liée à la nature de ces services, se voit exacerbé dans un contexte BoP du fait du manque d'infrastructure, des vides institutionnels et des caractéristiques socio-économiques des populations BoP. Ainsi, la prestation de service BoP appelle la création de BM adaptés qui prennent en compte les spécificités de ce service professionnel et où la cocréation de valeur TBL puisse être favorisée avec et pour les plus démunis.

6.1. Un business model qui facilite la cocréation et les transformations sociales dans les services de santé

Le BM agit comme une représentation de la stratégie d'une entreprise, mais aussi comme celle des parties prenantes impliquées, et notamment du prestataire de service et des clients (Möller et al., 2008 in : Moyon, 2011). Dans le cadre des services de santé, la prise en compte de l'écosystème de santé composé de plusieurs parties prenantes est nécessaire, ce qui de fait

complexifie le BM de l'organisation associée. C'est pourquoi il est indispensable pour les organisations de santé de « *comprendre les styles de pratiques adoptés par leurs clients, et notamment leurs rôles perçus, activités et interactions.* »⁹⁹ afin d'évaluer et ajuster leur BM (McColl-Kennedy et al., 2012, p. 386). Finalement, il s'agit d'intégrer les principes de la logique DS adaptée aux services de santé dans le cadre d'un BM innovant (Foss & Saebi, 2017). Les particularités des services de santé doivent alors être intégrées dans la construction de BM adéquats et qui permettent une adaptation au contexte local. Ainsi, et en accord avec l'atteinte du *Triple Aim*, le BM permet de considérer les services de santé selon la valeur contextuelle, puisque la valeur des soins appelle une valeur contextualisée localement (J. Y. Kim et al., 2013). Dès lors, il s'avère capital de considérer le contexte dans lequel se situe la création de valeur.

Le contexte BoP implique la création d'innovations sociales devant être soutenues par des BM adaptés qui puissent surmonter les barrières associées au contexte BoP tel que le manque d'infrastructure ou le faible accès à l'éducation et à la gestion de valeur en santé. Outre les spécificités liées aux innovations de services, la portée TBL des BM de santé BoP complexifie leur conception. Ils doivent en effet construire des BM qui permettent une création de valeur économique et sociale dans le respect environnemental (Gebauer, Haldimann, & Saul, 2017), tout en gérant la cocréation de valeur écosystémique liée à la prestation de services de santé. La recherche de valeur sociale doit alors être intégrée au corps du BM de manière à considérer le développement économique des communautés en termes de subsistance, estime de soi et liberté de choix (Sinkovics et al., 2014). C'est pourquoi, la mobilisation d'une approche basée sur les ressources sociales au sein du BM peut s'avérer pertinente (Tate & Bals, 2016). Finalement, il s'agit d'intégrer l'objectif de développement inclusif au sein même du BM tout en adoptant une perspective écosystémique où la création d'un réseau inclusif de santé puisse être développé. Les BM jouent en fait un rôle clé dans les innovations de services à la BoP puisque les propositions de valeur et constellations de valeur nécessaires à la prestation de service BoP impliquent la création de nouveaux BM (Gebauer & Reynoso, 2013). C'est en ce sens que l'opérationnalisation d'une stratégie BoP de santé et la recherche de développement inclusif à la BoP appelle la conception de BM BoP innovants (Foss & Saebi, 2017), ce qui accroît notre intérêt pour le sujet.

⁹⁹ Tradui de l'anglais : “*Understanding their customers' practice styles, specifically their perceived roles, activities, and interactions.*”

6.2. La prestation de santé BoP, le besoin d'un BM adapté

La littérature de BoP ne contient que peu d'articles sur les BM centrés sur la prestation de services de santé aux populations à faible revenu des pays en développement (Angeli et Jaiswal, 2016; Dwivedi, 2015; Pels & Kidd, 2015). Nous n'avons relevé qu'un seul article proposant un BM adapté à la prestation de services de santé au BoP. Il s'agit de « *la conceptualisation de BM pour la prestation de services de santé inclusifs à la base de la pyramide* » proposée par Angeli et Jaiswal (2016) (Voir Figure 10).

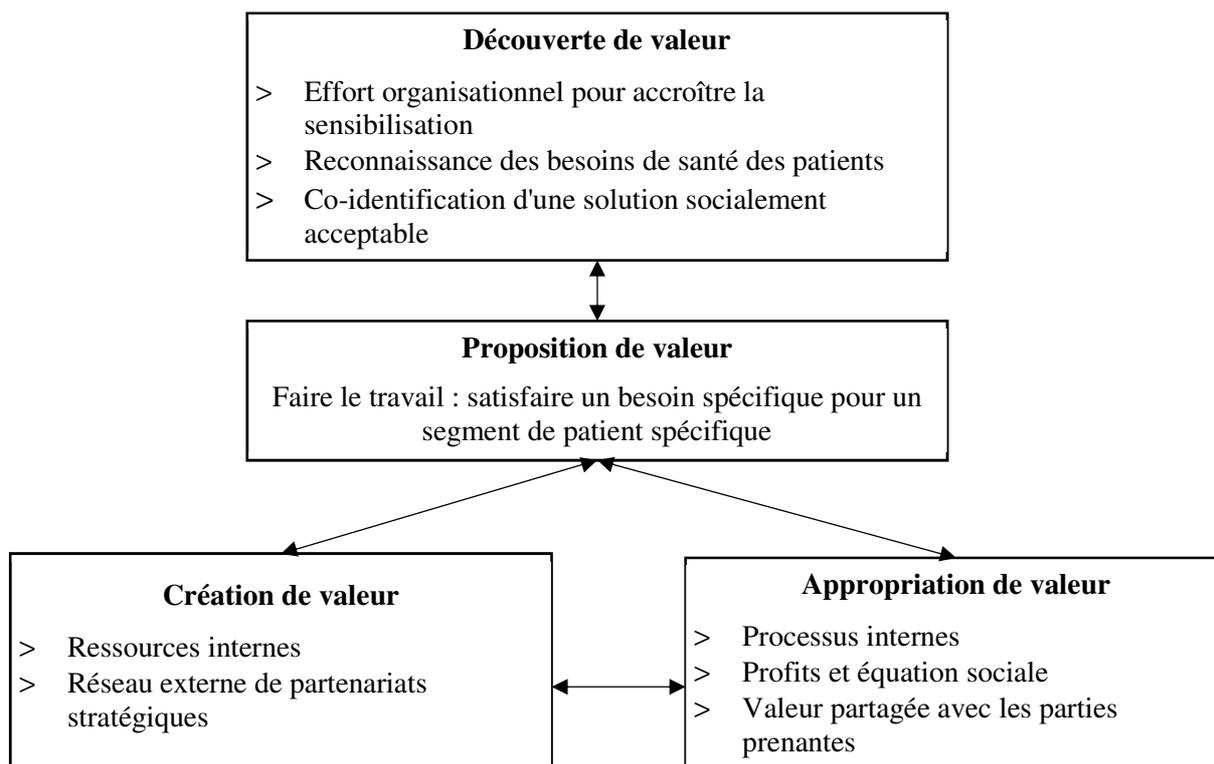


Figure 10 : Conceptualisation de BM pour la prestation de service de santé inclusifs à la BoP proposé par Angeli et Jaiswal (2016, p. 15)

Sur la base des composantes mises en avant dans la littérature des BM (Osterwalder & Pigneur, 2010; Yunus, 2010; Zott et Amit, 2008) et l'ajout d'une nouvelle dimension *Découverte de valeur*, Angeli et Jaiswal (2016) suggèrent un modèle spécifique de prestation de services de santé à la BoP. La dimension ajoutée vise à encourager les patients à reconnaître leurs besoins en matière de santé pour que l'entreprise puisse, dans un second temps, identifier et mettre en œuvre une proposition de valeur acceptable. C'est notamment par cette dimension devant être considérée en amont des autres dimensions du BM, que les auteurs marquent leur apport. De plus, ils soulignent huit stratégies innovantes pouvant être utilisées par les organisations pour déployer les différentes composantes du BM tel que présenté (Voir Tableau 12). Elles permettent alors de délivrer des services de santé inclusifs, c'est-à-dire qui «... favorisent la

prestation de services de santé qui soient non seulement financièrement acceptable, mais aussi socialement et culturellement acceptables pour les patients BoP »¹⁰⁰ (Angeli & Jaiswal, 2016, p. 2).

Dimensions de la valeur	Stratégies Innovantes
Value Discovery – Découverte de valeur <i>Comment le besoin en santé est co-identifié avec les patients ?</i>	Cocréation des besoins patients
	Engagement de la communauté
Value Proposition – Proposition de valeur <i>Quelle est la solution donnée</i>	Engagement continu du client
Value Creation – Création de valeur <i>Quelles ressources sont utilisées pour la création de valeur ?</i>	Technologie médicale innovante
	Personnel médical
	Partenariat stratégique
Value Appropriation – appropriation de valeur <i>Comment la valeur est créée et partagée ?</i>	Economies d'échelle
	Subventions croisées

Tableau 12 : Stratégies associées aux dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)

Notre recherche s'inscrit dans cette même perspective de proposer un BM qui améliore l'accès aux services de santé pour les populations BoP mais vise à combler certaines limites des travaux d'Angeli & Jaiswal (2016).

Comme souligné par les auteurs eux-mêmes, leurs recherches se concentrent sur l'Inde, un pays très étudié dans la littérature et où les conditions de vie sont très spécifiques à la culture et aux conditions nationales. Notre recherche quant à elle se focalise sur des initiatives situées au Brésil et en Afrique du Sud, ce qui étend les zones géographiques ciblées et diminue le risque de dépendance au contexte national. Les données collectées sont essentiellement issues de sources secondaires ; alors que nous avons mené 107 entretiens répartis entre différentes organisations, ce qui apporte plus de données primaires et renforce la validité de la recherche.

Par ailleurs, le modèle d'Angeli & Jaiswal semble minimiser certains points de la littérature qui pourraient pourtant renforcer sa pertinence dans l'accessibilité d'une prestation de soins inclusive à la base de la pyramide. En ce sens, nous suggérons d'enrichir cette conceptualisation avec des éléments de la littérature précédemment évoqués. Il semble nécessaire d'appuyer davantage le rôle de la cocréation de valeur comme élément clé du BM d'un service de soin envers les plus démunis. Dans le cadre d'une stratégie BoP, ces derniers doivent en effet être

¹⁰⁰ Traduit de l'anglais : "...promotes health service delivery that is not only financially but also socially and culturally acceptable to BoP patients"

considérés pour leurs multiples rôles (Ben Letaifa & Reynoso, 2015). En référence au concept de *values-based business model* (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017), il semble pertinent pour l'organisation de considérer les valeurs portées par ses différentes parties prenantes, patients BoP inclus, en plus de se focaliser sur l'acceptation socioculturelle par les patients BoP (Angeli & Jaiswal, 2016). Dans cette même perspective, les défis d'inclusivité et d'accessibilité des stratégies BoP et les barrières à l'accès des services de santé connus dans les PED pourraient être clairement exposées dans les dimensions « Découverte de valeur » ou « Proposition de valeur » afin que le BM puisse être construit en conséquence. En effet, ils ne sont pas clairement considérés dans la modélisation d'Angeli et Jaiswal (2016) alors qu'ils constituent une base de réflexion essentielle à la conception d'un BM de ce type. Aussi, et comme suggère Tantely Ranjatoelina (2017, 2018), considérer l'intention stratégique pourrait s'avérer pertinent puisqu'elle constitue la base d'un modèle de profit et que la conceptualisation de BM proposée par Angeli et Jaiswal détient une vocation sociale induite par son activité de santé. En conséquence, il nous semble nécessaire que les mécanismes de création et partage de valeur affichée fassent apparaître clairement l'objectif du *Triple Aim - Care, Health, Cost* – et la création d'opportunités comme valeur issue d'une stratégie BoP. Enfin, nous émettons des réserves quant au choix de la place des « processus internes » au sein de la dimension « Appropriation de valeur ». Du fait de son implication dans les activités de cocréation nécessaires à la prestation d'un service de soin, son intégration à la dimension « Création de valeur » nous paraît plus pertinente. Nous cadrons ainsi notre analyse en considération de ces remarques, que nous résumons dans le tableau suivant.

Composante du BM d'Angeli & Jaiswal	Suggestions issues de la littérature
<p>Découverte de valeur</p>	<p>Comprendre les arrangements institutionnels source d'influence d'une logique dominante service Vargo & Lusch, 2016) Approche bottom-up Préparer les patients en amont de la proposition de valeur pour qu'ils adoptent un comportement adapté lors de la cocréation de valeur nécessaire à la prestation de soin (Damali et al., 2016).</p>
<p>Proposition de valeur</p>	<p>Considérer les individus BoP pour leur multiple rôle (Ben Letaifa & Reynoso, 2015) Considérer les valeurs portées par ses différentes parties prenantes (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017) Construire une offre adaptée : - Les 4As (Anderson & Billou, 2007) - Considérer la proximité géographique et sociale de l'entreprise avec les consommateurs (Mason & Chakrabarti, 2016), en l'occurrence les patients</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre une distribution au <i>last mile</i> (Barki & Parente, 2014) - Placer l'expérience du patient comme élément clé de l'offre de service de soin (Beirão et al., 2017, p. 231) - Surmonter les barrières personnelles, barrières financières et organisationnelles de l'utilisation d'un service de santé pour encourager une équité d'accès (Gulliford et al., 2002) - Développer l'inclusion des services (Fisk et al., 2018)
<p>Création de valeur</p>	<p>Intégrer les plus démunis comme <i>employés, producteurs et entrepreneurs</i> (Gradl & Knobloch, 2010)</p> <p>Adopter une approche centrée sur la communauté (Ansari et al., 2012) pour mobiliser le capital social des communautés encourager la cocréation avec les plus démunis</p> <p>Créer un réseau de valeur inclusif (Reficco & Marquez, 2009)</p> <p>Mobiliser le SCM agit comme un levier d'accessibilité physique et financière à la base de la pyramide (Fawcett & Waller, 2015)</p> <p>Mutualiser l'accessibilité par des modèles de distribution socialement responsable (Vachani & Smith, 2008b, p. 57).</p> <p>Donner accès à une offre adaptée et intelligible en s'appuyant sur l'écosystème sans entraver le territoire (Payaud & Martinet, 2010).</p> <p>Considérer les processus internes selon le prisme de la cocréation de valeur</p> <p>Encourager le développement de pratiques de cocréation au sein de l'écosystème de service de santé (Beirão et al., 2017; Frow et al., 2016)</p> <p>Appréhender la cocréation de valeur contextuelle et multi acteur</p> <p>Développer une alphabétisation santé</p> <p>Adopter une approche holistique pour évaluer les ressources disponibles de l'écosystème de santé (Beirão et al., 2017; Pinho et al., 2014)</p> <p>Surmonter le manque d'alphabétisation santé des populations BoP</p>
<p>Appropriation de valeur</p>	<p>Considérer la création de valeur au pluriel (Maucuer, 2014)</p> <p>Considérer l'intention stratégique influente du modèle de profit</p> <p>Atteindre les objectifs du <i>Triple Aim</i> (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008)</p> <p>Évaluer les résultats des pratiques de cocréation au niveau micro, méso et macro de l'écosystème de service de santé</p> <p>Supprimer les barrières à l'inclusivité (Ansari et al., 2012)</p> <p>Considérer le bien-être de l'écosystème de service (Beirão et al., 2017) et celui des communautés locales</p>

Tableau 13 : Suggestions d'ajout issues de la littérature au BM d'Angeli et Jaiswal (2016)

Conclusion du Chapitre

L'approche des BM permet d'identifier la manière dont une entreprise crée et capture de la valeur. Elle offre une perspective systémique qui met en avant les ressources internes de l'organisation et ses interactions avec son environnement et ses différentes parties prenantes. Désigné comme un outil d'analyse des stratégies de tout type d'organisation, le BM semble particulièrement pertinent dans l'analyse des stratégies BoP. Sa vision transversale est en effet un atout dans l'appréhension des stratégies BoP dont le développement implique la création d'un écosystème composée de multiples acteurs. Elle l'est d'autant plus dans le cadre d'une prestation de service de santé qui implique des processus de cocréation multi acteurs.

Dès lors, nous considérons l'approche des BM comme prometteuse dans l'analyse de diverses stratégies BoP dédiées à la prestation de services de santé.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Au regard de la littérature sur les stratégies BoP et la gestion des services de santé, nous cherchons à mettre en lumière des pratiques utilisées par des organisations pour développer un BM visant à fournir des soins de santé inclusifs à la BoP, mais aussi à comprendre la manière dont les organisations peuvent les mettre en œuvre. Nous cherchons ainsi à répondre à la problématique de recherche suivante :

Comment les organisations peuvent-elles construire leur business model pour délivrer des services de santé primaires aux plus démunis dans les régions en développement ?

QR 1 : Quelles stratégies les organisations peuvent-elles mettre en place pour renforcer l'accessibilité de leurs services de santé primaires aux plus démunis ?

QR 2 : Quels éléments une organisation doit-elle intégrer à son business model pour délivrer une prestation de services de santé primaires accessible aux plus démunis ?

QR 3 : Comment les organisations peuvent-elles favoriser l'accessibilité de leur offre de services de santé primaires aux plus démunis ?

L'objectif est de proposer un modèle exemplaire, au sens de Baden-Füller et Morgan (2010), de BM de services de santé BoP comme représentation conceptuelle formelle décrivant plusieurs composantes source de cocréation de valeur et de développement inclusif pour les populations BoP. Dès lors, sur la base de la définition de Sorescu et al. (2011, p. S4) et de Tantely Ranjatoelina (2018) nous proposons une définition de BM dit BoP comme :

un ensemble de structures, d'activités et de processus interdépendants portés par une intention entrepreneuriale et stratégique TBL et inclusive qui permettent la construction d'une capacité locale et sociale visant la création et l'appropriation de valeur TBL transformationnelle pour les plus démunis, c'est-à-dire moteur de transformations économiques et sociales dans le respect environnemental. Le déploiement de cette intention inclusive se traduit par l'intégration des plus démunis dans la chaîne de valeur des organisations comme ressources prédominantes de la création de valeur.

En réponse à Gebauer et Reynoso (2013, p. 493) qui appellent la recherche des services BoP à « *couvrir toute la gamme de FMN aux entreprises indigènes telles que les ONG, les organisations communautaires, les PME privées et les micro-entrepreneurs* », nous analysons différents types d'organisation qui fournissent des services de santé aux populations BoP. Pour ce faire, nous mobilisons la conceptualisation de BM d'Angeli & Jaiswal (2016) comme outil

d'analyse. Son utilisation nous paraît pertinente car ce BM a spécifiquement été pensé pour délivrer des services de santé inclusifs à la base de la pyramide et sa structure en plusieurs composantes permet de cadrer notre analyse.

DEUXIEME PARTIE

ENQUETE EMPIRIQUE

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

Le chapitre 4 détaille nos choix épistémologiques et méthodologiques. Il présente notre posture épistémologique constructiviste pragmatique et justifie l'adoption d'une approche qualitative basée sur une étude de cas multiples.

Le chapitre 5 présente nos quatre études de cas Le chapitre débute par la contextualisation de la recherche afin de délimiter les contours de l'apprentissage et ainsi produire une connaissance située. Puis, les analyses intra-cas de CIES, Dr.Consulta, Unjnai et Phelophepa sont conduites. Chaque cas est présenté à l'identique. Une première sous partie est consacrée à la présentation du cas et de sa proposition de valeur, puis une deuxième sous-partie analyse les stratégies déployées à chaque dimension de valeur de « *la conceptualisation de BM pour la prestation de services de santé inclusifs à la base de la pyramide* » d'Angeli et Jaiswal (2016).

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodologie de recherche

Introduction du chapitre 1

Ce chapitre présente le cadre épistémologique et méthodologique de notre recherche. Il vise à justifier notre projet de connaissance, sur lequel s'appuient nos divers choix méthodologiques. Ainsi, nous défendons une posture constructiviste pragmatique et adoptons une approche qualitative basée sur des études de cas.

La section 1 présente notre cadre épistémologique par l'étude de « *la constitution des connaissances valables* » (Piaget, 1967) dont l'influence agit sur le design de recherche et les différents choix méthodologiques associés.

Puis, la section 2 présente notre méthodologie qualitative basée sur une étude de cas multiples contrastée. Elle précise ainsi nos choix méthodologiques relatifs au recueil et au traitement des données empiriques.

SECTION 1 : EPISTEMOLOGIE ET RECHERCHE EN MANAGEMENT

L'épistémologie fait partie intégrante de la réflexion méthodologique globale d'une recherche. Elle s'intéresse à la valeur de la connaissance produite, et se distingue de la méthodologie qui s'attache à l'étude de la connaissance (Avenier, 2011). Le cadre épistémologique justifie les raisons qui poussent le chercheur à considérer une connaissance comme valable et propose des critères de validité en conséquence. Ainsi, il s'intègre aux choix méthodologiques et explique que « *l'épistémologie soit consubstantielle au travail scientifique* » (Martinet, 1990 in : Allard-Poesi & Perret, 2014, p. 15). Nous entamons alors une réflexion épistémologique sur lequel se base le processus de création de connaissance de cette recherche.

1.1. La réflexion épistémologique en sciences de gestion

1.1.1. L'existence de plusieurs paradigmes

Le positionnement épistémologique prend essence dans quatre dimensions cruciales à la conduite d'une recherche : (1) une dimension ontologique, soit la nature de la réalité ; (2) une dimension épistémique ou gnoséologique (Avenier, 2011), soit la définition de la connaissance ; (3) une dimension méthodologique, soit la manière de créer et justifier la connaissance ; et (4) une dimension axiologique, soit les valeurs portées par (ou les effets de) la connaissance (Allard-Poesi & Perret, 2014).

Conformément à Avenier et Thomas, nous mobilisons le terme *paradigme épistémologique* pour désigner « *un cadre épistémologique ayant des hypothèses fondatrices et des principes d'élaboration de connaissances et de justification des connaissances précisément explicités et acceptés par certaines communautés de recherche* » (2012, p. 14). Selon eux, l'usage de cette appellation permet d'éviter toute confusion entre ontologie et épistémologie et différencie les paradigmes aux caractéristiques variées pouvant néanmoins appartenir au même cadre (ou orientation) épistémologique. Cette distinction s'avère cruciale puisque chaque paradigme est dicté par ses propres principes de validité et fiabilité de la connaissance ; ce qui influence la scientificité d'une recherche par des choix épistémiques et méthodologiques cohérents (Avenier & Thomas, 2012).

1.1.2. Une orientation constructiviste

Nous adoptons une posture constructiviste pragmatique, qui plus généralement s'intègre à une orientation épistémologique constructiviste supportée par cinq principes fondateurs (Voir Tableau 14). Nous supportons l'existence de flux d'expérience humaine où la connaissance de la réalité est dépendante de la vision que détient le chercheur du réel et de son expérience passée. Il possède ses propres lunettes via lesquelles il appréhende la réalité et construit son projet de connaissances, qui lui-même affecte l'expérience vécue et « *exprime la manière dont le chercheur comprend que le réel fonctionne* » (Gavard-Perret et al., 2012, p. 36). C'est ainsi que le chercheur devient constructeur ou modélisateur de la réalité. Il développe ainsi une méthodologie des connaissances constructibles lui permettant de proposer une solution convenable basée sur deux principes : la modélisation systémique et l'action intelligente. (Le Moigne, 1990 in : David, 1999). Notre recherche nous permet d'appréhender et de comprendre la manière dont les services de santé peuvent être délivrés aux plus démunis des régions en développement. Nous cherchons à mettre en avant des pratiques que des organisations locales issues de l'ESS et de l'économie commerciale peuvent adopter à ces fins. Pour ce faire, la construction d'un modèle basé sur un artefact connu du management stratégique, le BM, nous paraît pertinent à la proposition de solutions adaptées à ce contexte. C'est notamment grâce à cette démarche pragmatique que nous donnons sens aux sciences de l'ingénieur dans notre réflexion épistémologique et que nous nous rapprochons d'une posture épistémologique constructiviste pragmatique.

Principes	Descriptions
Représentabilité de l'expérience du réel	<p align="center">Perception du réel à partir de nos propres expériences</p> <p>« La connaissance est la recherche de la manière de penser et de se comporter qui convient (Von Glasersfeld). Nos expériences du réel sont communicables (modélisables) et la vérité procède de cette adéquation des modèles de notre expérience du monde à cette expérience ».</p>
L'univers construit	<p align="center">Téléologie de l'univers</p> <p>« Les représentations du monde sont téléologiques, l'intelligence organise le monde en s'organisant elle-même, « la connaissance n'est pas la découverte des nécessités, mais l'actualisation des possibles » (Piaget) »</p>
L'interaction sujet-objet	<p align="center">Source de construction de la connaissance</p> <p>« L'interaction entre le sujet et l'objet (plus précisément : l'image de l'objet) est constitutive de la construction de la connaissance ».</p>
L'argumentation générale	<p align="center">Plusieurs formes de raisonnement pouvant produire des « énoncés raisonnés »</p> <p>« La logique disjonctive n'est qu'une manière de raisonner parmi d'autres et n'a pas besoin d'être posée comme naturel. La ruse, l'induction, l'abduction, la délibération heuristique permettent de produire des énoncés raisonnés. »</p>
L'action intelligente	<p align="center">Le chercheur comme concepteur-observateur-modélisateur pour une actionnabilité de la connaissance</p> <p>« Le scientifique contemporain est un concepteur-observateur-modélisateur. Le concept d'action intelligente décrit l'élaboration, par toute forme de raisonnement descriptible a posteriori, d'une stratégie d'action proposant une correspondance adéquate (convenable) entre une situation perçue et un projet conçu par le système au comportement duquel on s'intéresse. »</p>

Tableau 14 : Principes du cadre épistémologique constructiviste d'après Le Moigne (1990) (David, 1999, p. 11)

Le constructivisme pragmatique s'intègre au cadre épistémologique constructiviste, mais se distingue du paradigme constructiviste au sens de Guba et Lincoln (PECGL). Ils n'ont pas la même appréhension des questions dites (1) gnoséologiques, soit l'origine et la nature de la connaissance (2) méthodologiques, soit la manière de créer et justifier la connaissance, et (3) éthique, soit la valeur portée sur la connaissance (Avenier, 2011). Il convient alors de présenter les éléments qui les différencient.

1.1.3. Le constructiviste pragmatique, un paradigme de portée générique

1.1.3.1. Différences entre le constructivisme pragmatique et le PECGL

Les deux paradigmes s'accordent sur l'hypothèse fondatrice de l'orientation constructiviste qu'est « l'inséparabilité du système observant et du système observé » (von Foerster, 1981 in :

Avenier, 2011, p. 376). Le chercheur ou sujet observant est donc rattaché à son objet de recherche ou l'objet observé ; ce qui explique la nécessité de considérer conjointement les hypothèses dites ontologiques, ce qu'est le réel, et les hypothèses dites gnoséologiques (ou épistémiques), ce qu'est la connaissance du réel. En effet, la connaissance créée résulte d'un « *acte de construction de représentations éligibles forgées par des humains pour donner un sens aux situations dans lesquelles ils se trouvent* » (Avenier, 2011, p. 376). Elles résultent alors de l'interaction entre le sujet et l'objet de la recherche, d'où leur interdépendance évidente et inévitable (David, 1999). Cette vision rejette la notion de vérité absolue, puisque la connaissance du réel dépend de sa construction. C'est dans l'appréhension de cette vérité que les paradigmes se distinguent. Selon le PECGL, la vérité est le résultat d'une représentation acceptée par le plus grand nombre, alors que le paradigme pragmatique considère le vrai comme ce qui est fait. D'orientation pragmatique, nous supportons ce principe du « *verum/factum* » et donnons légitimité aux pratiques mises en œuvre, que nous avons appréhendées lors de nos interactions terrain. D'autres éléments distinguent les deux paradigmes et procurent une certaine flexibilité au constructiviste pragmatique.

1.1.3.2. *Focus sur le paradigme constructiviste pragmatique*

Bien que le paradigme constructiviste pragmatique fasse preuve d'une assez forte ouverture épistémologique et méthodologique due à l'absence de présupposé ontologique et à l'acceptation de toute méthode de production de connaissance ; il se fonde sur une hypothèse épistémique indiscutable, celle de la connaissance phénoménologique. Elle affirme qu'un « *humain ne connaît que sa propre existence du réel* » et réfute la possibilité de « *connaître le réel de manière objective et exhaustive* » (Avenier, 2011, p. 385). Le chercheur a donc un rôle clé dans la construction de la connaissance qui résulte de sa propre perception ou construction de la réalité. Ainsi, le constructivisme pragmatique est considéré comme radical, car il « *rompt avec la convention et développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique objective, mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience* » (Glaserfeld, 1988 p. 27 in : Avenier, 2011, p. 372). C'est ainsi que la connaissance est considérée comme relative et contextuelle. Finalement, le constructivisme pragmatique se base sur trois hypothèses clés : (1) la non-existence d'hypothèses ontologiques prédéfinies (et ainsi l'hypothèse phénoménologique) ; (2) l'interdépendance entre le chercheur et son objet de recherche ; et (3) l'hypothèse téléologique selon laquelle le projet de connaissance d'un phénomène affecte l'expérience à vivre et la connaissance développée par le processus qu'il implique c'est-à-dire

« l'action intentionnelle de construction d'une représentation de ce phénomène » (Avenier, 2011, p. 380). Notre objectif de compréhension des BM dédiés à la prestation de services de santé aux plus démunis affecte de fait notre appréhension de la réalité et donc de notre terrain de recherche et des interactions avec notre phénomène de recherche.

La relativité associée au processus de recherche sous une épistémologie pragmatique justifie alors la nécessité de respecter trois principes directeurs : « (1) le comportement éthique du chercheur ; (2) la rigueur critique sur le processus de recherche mis en œuvre et sur les résultats de ce processus ; et (3) l'explicitation détaillée des hypothèses sur lesquelles la recherche repose, ainsi que du travail épistémique et du travail empirique menés » (Avenier, 2011, p. 380). Ces critères sont considérés comme essentiels dans toute recherche. Néanmoins, la subjectivité conférée au pragmatisme appelle que nous leur portions une plus grande attention (Avenier & Gavard-Perret, 2012). Outre leur respect, nous nous efforçons d'en rendre compte le plus fidèlement possible le long de ce chapitre et par les explicitations suivantes.

- (1) Même si l'éthique est intrinsèque au chercheur, elle se traduit aussi par des pratiques de recherche respectueuses et intègres. Nous avons suivi plusieurs séminaires d'éthique de la recherche et nous sommes assurées du consentement des répondants. L'appréhension de notre sujet de recherche lié à la pauvreté et au bien-être des populations implique de fait une sensibilité et un comportement éthique, que nos valeurs personnelles supportent ;
- (2) Soucieux d'une rigueur critique, nous prenons soin de détailler notre processus de recherche et conservons un regard critique qui puisse mettre en lumière des biais, limites et précautions à prendre dans l'appréhension des résultats ;
- (3) Conscient de l'importance du travail épistémologique et empirique associée à cette recherche, nous explicitons le plus fidèlement possible notre posture épistémologique et notre méthodologie de recherche. Nous justifions la validité de la connaissance produite et la manière de la produire. Nous posons nos hypothèses ontologiques afin d'explicitier au mieux notre travail épistémique. C'est pour cela que nous discutons notre position vis-à-vis de la discipline du management stratégique (cf. 1.2).

L'agnosticisme du constructivisme pragmatique sur la question ontologique offre la liberté à chaque chercheur d'explicitier ses propres hypothèses ontologiques sur lesquelles se base sa réflexion épistémique. Nous avons précédemment décrit les principaux fondements du cadre épistémologique constructiviste et plus précisément du paradigme constructiviste pragmatique ;

nous souhaitons désormais expliciter notre réflexion épistémologique et méthodologique. Par souci de clarté, nous discutons d'abord notre conception du management stratégique comme science du concevable, source de notre réflexion épistémologique globale et base de notre réflexion ontologique. Nous cherchons alors à « *définir, pour un domaine et un problème donnés, la signature fonctionnelle et relationnelle d'un langage formel de représentation et la sémantique associée* » (Bachimont, 2000, p. 5). Notre posture constructiviste implique une sémantique qui lui est propre, mais qui est elle-même influencée par notre réflexion ontologique et notre processus de construction de connaissance. En premier lieu, nous explicitons cette réflexion puis nous définissons nos hypothèses ontologiques afin de contextualiser notre questionnement épistémologique, méthodologique et axiologique.

1.2. Le management stratégique comme science du concevable

1.2.1. Une science de l'action : la connaissance actionnable comme base heuristique

Martinet (2009) met en avant le besoin de repenser la recherche en stratégie pour faire de la gouvernance et du management stratégique « *une nouvelle science morale et politique ou noo-politique du concevable* » (p.85). Il souligne l'inertie de la recherche en stratégie et dénonce notamment un recueil de données souvent superficiel et le manque d'actionnabilité et d'enseignabilité des connaissances produites. Dans cette optique de création d'une science dite du concevable, Martinet met en exergue le besoin d'une « *ouverture épistémologique* » et d'un « *pluralisme méthodologique* » qui permettent d'« *articuler la connaissance et les impératifs éthique et pragmatique de l'action* » (2009, p. 85). Il s'agit alors pour le chercheur de contribuer à la conception du concevable par la création d'une connaissance qui « *au-delà de la compréhension de ce qui existe, s'attache à la conception de ce qu'il apparaît souhaitable, possible, compossible de faire advenir. Bref, « le concevable » en ce qu'il s'oppose à l'inconcevable, à l'inacceptable, à l'ignoble, à l'immonde, à l'inhabitable* ». Dans ce qui peut être vu comme la recherche de « monde habitable », il s'agit d'apporter une nouvelle perspective à la recherche en management stratégique, donnant ainsi un sens, une utilité sociale et sociétale à la création de la connaissance. Du fait de son influence évidente sur le bien-être des individus, l'accès à la santé pour tous invite à construire ce concevable. Nous cherchons alors des solutions qui soient bénéfiques à l'humain et aux sociétés. Nous tentons de comprendre les solutions existantes dans le but d'améliorer les pratiques existantes ou d'en créer de nouvelles. Martinet (2009) appelle alors à une réflexion épistémologique et

philosophique dans la recherche en management stratégique qui « *se fonde de façon dialectique sur une épistémologie de l'action (Hatchuel, 2005) et une épistémologie du savoir* » (Martinet, 2009, p. 94). Alors, la référence noo-logique ou ideo-logique du management stratégique (Martinet, 1997 ; Martinet, Claveau, & Tannery, 2011) offre une perspective où « *la réalité est mise en scène (enactment) ; renforcée par des processus symboliques langagiers* » (Martinet, 1997, p. 69). La réalité est perçue au travers de la dimension cognitive au sens de Weick (sensemaking) et se traduit par « *des représentations substrats d'une mise en acte* » (David, Hatchuel, & Laufer, 2012, p. 18). Avoir conscience des différences de représentations stratégiques permet de s'ouvrir aux différents contextes et construits sociaux. Cette recherche est dédiée à l'étude d'un phénomène marqué par son contexte en développement qui renvoie à des réalités qui peuvent nous être inconnues. Nous devons ainsi assimiler les perceptions cognitives et langagières locales auxquelles les organisations, leur environnement et leurs stratégies sont attachés. C'est en composant et en appréhendant cette mise en scène que nous pouvons construire de possibles solutions dans l'accès à la santé aux plus démunis. Ainsi, « *l'activité scientifique ne consiste donc plus à représenter avec des mots une réalité faite de choses observables, mais à construire des réalités en manipulant des entités supposées, et en saisissant les phénomènes produits* » (Martinet & Pesqueux, 2013, p.254). Dans cette démarche, notre recherche vise à concevoir des solutions adaptées à diverses organisations œuvrant à rendre accessible les services de santé aux plus démunis dans les régions en développement.

1.2.2. Un agir stratégique pour un changement sociétal durable

Grâce à l'analyse et la comparaison de différentes organisations, nous tentons d'identifier et comprendre la manière dont l'accessibilité des services de santé aux plus démunis peut être améliorée. Il s'agit de mettre en avant des pratiques qui puissent guider les organisations dans cet objectif et ainsi encourager la mise en place de solutions pourvues de sens pour les organisations et pour la société et les individus qui la composent. Cette démarche appelle alors une ouverture épistémique par laquelle « *il s'agit de permettre les dialogiques et les ago-antagonismes non seulement entre le réalisé et le possible (logiquement, techniquement...), mais aussi entre l'actuel et le virtuel (socialement, moralement...).* Ou dans un langage leibnizien, à articuler le possible, le souhaitable, et le compossible (compte tenu de la situation) (Martinet, 2009, p. 86). La référence au « Quadrivium stratégique » (Voir Figure 12) permet d'appréhender les raisonnements stratégiques selon leur construction autour de plusieurs pôles : (1) le « réel », soit « les réalités concrètes » opérées dans l'entreprise, ce qui résulte de

l'exploitation de la capacité d'une entreprise ; (2) le « potentiel », ce qui est pourrait être réalisé au vu des « capacités théoriques » de l'entreprise ; (3) l'« actuel », ce qui est en place, la solution actuelle ; et (4) le « virtuel », le devenir de l'entreprise, ce que l'on souhaite atteindre selon une problématique ou un but donné. En référence à ce quadrivium, il s'agit d'encourager le passage entre pôles antagoniques comme mécanisme de transformation dans la construction de solutions pertinentes. Dans un objectif d'actionnabilité, nous construisons des solutions adaptées à la prestation de services de santé BoP en intégrant les spécificités liées à l'orientation lucrative et la mobilité des organisations étudiées. Nous cherchons à prendre en considération le réel et le potentiel de différentes organisations délivrant des services de santé BoP, afin de proposer une situation idéale virtuelle adaptée à leurs situations. Ainsi, la construction et l'appréhension de notre phénomène de recherche se réalisent au regard de différents processus :

- La réalisation : du possible au réel, les capacités réelles sont mises à profit dans la construction d'opérations concrètes ;
- La potentialisation : du réel au possible, les capacités actuelles de l'entreprise sont analysées pour projeter la création de nouvelles capacités ;
- La vitalisation : de l'actuel au virtuel, la solution actuelle est challengée et met en évidence la direction vers laquelle on souhaite orienter l'entreprise ;
- L'actualisation : du virtuel à l'actuel : la réponse à la problématique est envisagée avec des solutions nouvelles et « inventées ».

Dans une démarche pragmatique « *l'univers stratégique gagnait [gagne] à être envisagé selon deux ago-antagonismes fondamentaux et englobants : le possible qui désigne les capacités théoriques auquel le réel résiste d'une part, le virtuel, création et projection auquel l'actuel oppose ou propose des contingences dictées par le lieu et le moment* » (Martinet & Payaud, 2010, p. 23). Dans l'appréhension d'un BM comme représentations d'une stratégie BoP dédiée à la prestation de services de santé, nous souhaitons comprendre comment les organisations étudiées développent leurs activités. Néanmoins, nous souhaitons aussi comprendre quelles stratégies et activités elles pourraient mettre en œuvre et comment elles pourraient les mettre en œuvre pour favoriser l'accessibilité des services de santé aux plus démunis. Dans cette optique, nous cherchons à proposer des solutions adaptées à ce type de service et ce type de patients, et ce, quelles que soient l'orientation lucrative et la mobilité des organisations.

Alors, ce quadrivium fournit un cadre de raisonnement. Il illustre le « saut créatif » (Mintzberg, 1979, p. 584) effectué entre notre « travail de détective » (ibid.) et la création d'un outil actionnable. Notre enquête empirique nous permet d'appréhender le réel et le possible par

l'analyse de nos quatre cas. *Quels types de BM sont mis en place par les organisations étudiées ? Quelles sont les stratégies et activités développées en matière de santé ? Avec qui ? Quelles sont les conséquences pour les populations locales ? Quelles autres stratégies et activités pourraient être envisagées ? Dans quels buts et comment ?* Ces questionnements, preuves de notre « travail de détective », agissent comme une base de réflexion personnelle sur laquelle nous pouvons construire des solutions virtuelles adaptées à la prestation de services de santé aux populations BoP. La production de connaissance se fait par une dialectique englobante encourageant la création d'une modélisation heuristique et d'un système de propositions pour l'action des praticiens (Martinet & Payaud, 2010). C'est par ce « saut créatif » (Mintzberg, 1979) ou « saut inventif » (Barin Cruz, 2007 in : Albert & Avenier, 2011, p. 36) que nous sommes en mesure de proposer des solutions adaptées et utiles à la création d'un BM de santé BoP c'est-à-dire d'un BM dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement.

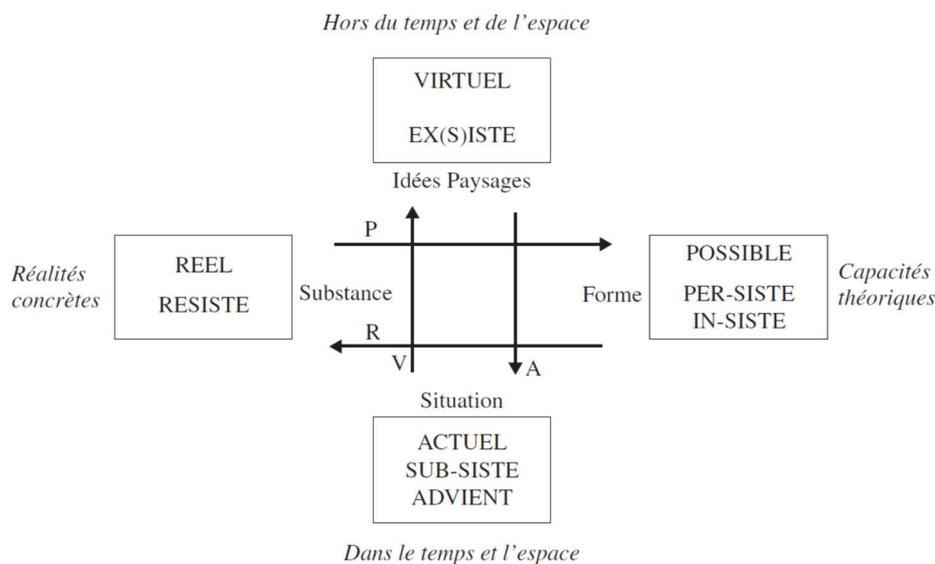


Figure 12 : *Quadrivium Stratégique* (Martinet, 2009, p. 91)

Ainsi, notre réflexion épistémologique prend essence dans ce quadrivium marqué par une dynamique des raisonnements entre les différents pôles. C'est cette dynamique créatrice de sens et d'action qui est significative à nos yeux. En effet, « à partir du réel, par exemple, on cherche à définir la situation actuelle puis à énoncer la problématique générale sur la base de laquelle une création de potentiel nouveau pourra être opérée qui viendra à son tour modifier l'actuel, etc. (Tannery, Métais, 2001) » (Martinet, 2009, p. 91). Cette conceptualisation souligne la portée actionnable de la connaissance créée en management stratégique et incite à l'instauration de changements inventifs et créateurs de valeur. La portée sociale et sociétale de notre sujet

amplifie l'intérêt d'adopter une telle dynamique de réflexion. Nous cherchons ainsi à créer des solutions inventives visant l'amélioration de l'accès à la santé des plus démunis et donc de leurs conditions de vie. C'est par l'analyse et la compréhension de pratiques actuelles ancrées dans un contexte donné, que nous sommes en mesure de proposer des solutions acceptables, envisageables et réalisables dans la construction d'un BM BoP dédié aux services de santé primaires.

La construction de notre phénomène de recherche s'est ainsi effectuée en accord avec notre vision du management stratégique comme science du concevable, guidée par notre sensibilité personnelle aux causes sociales et sociétales et l'adoption d'un comportement éthique. En accord avec Martinet & Payaud (2007), nous défendons ainsi l'utilité de la recherche en management stratégique pour l'amélioration et le respect des sociétés.

1.2.3. Une réflexion ontologique comme base du travail épistémique

Le management stratégique comme science du concevable implique une certaine liberté des chercheurs en sciences de gestion (Martinet, 2009) qui peut être favorisé grâce à trois leviers : (1) une ouverture de l'objet de recherche ; (2) une ouverture sur le projet ; (3) une ouverture sur les méthodes. Ces ouvertures permettent au chercheur d'intégrer diverses sciences, contextes, organisations, groupes et individus comme situations, objets et acteurs de recherche. La réflexion scientifique peut alors s'enrichir et être mise à profit dans la création de connaissances actionnables, mais aussi durables (aux niveaux économique, social et environnemental) bénéfiques aux sociétés. C'est pourquoi nous étudions plusieurs BM dédiés à la prestation de services de santé aux plus démunis. L'amélioration des conditions de vie des populations grâce à un meilleur accès des services de santé constitue un objectif sociétal durable. Notre but est d'émettre des propositions visant à concevoir des BM adaptés et durables bénéfiques aux populations démunies. Il nous semble crucial que la connaissance créée puisse être mobilisée au-delà de la sphère académique, et ce dans un objectif d'actionnabilité. Ainsi, nous construisons le réel et le chemin de la connaissance actionnable dans un objectif transformatif et prescriptif. C'est à partir des phénomènes étudiés dans des contextes donnés, que nous souhaitons aider à comprendre pour agir, agir par et pour la société. Dès lors, nous croyons à la construction réflexive de notre pensée et son passage autour des pôles antagoniques du quadrivium stratégique. Nous pouvons ainsi former et affiner notre raisonnement stratégique dans la construction de propositions à visée sociale et sociétale destinées à améliorer l'accessibilité des services de santé aux plus démunis des régions en développement.

C'est donc par cette réflexion sur le management stratégique que nous nous sommes appuyés pour mener notre travail épistémique, méthodologique et axiologique. Elle nous permet de souligner les particularités liées à notre projet de connaissance (Allard-Poesi & Perret, 2014) et donne source à l'énonciation de nos hypothèses ontologiques.

1.2.4. Formulation de nos hypothèses ontologiques

Nous partageons les « *dimensions intentionnelle, interactionnelle, processuelle, symbolique, subjective de l'activité humaine et sociale* » défendues par le constructivisme (Allard-Poesi & Perret, 2014, p. 28). Nous pensons que la réalité n'est « *pas connaissable en son essence* » puisqu'elle est dépendante de chaque individu, de sa perception et de son expérience. Comme souligné par David (1999) :

« La réalité est donc faite d'artefacts et d'acteurs qui élaborent, utilisent et s'incluent dans ces artefacts (...) Ce que l'on appellera réalité, dans une optique gestionnaire, est un processus de construction et de transformation permanent. La réalité n'est pas un monde donné et mû par des lois indépendantes de nous : la vie organisationnelle, nous dit Hatchuel, « naît avec la formation d'acteurs nécessairement différenciés et toujours en quête de ce qui peut fonder leurs relations » [1994, p. 60] » (p. 16).

Notre ancrage pragmatique associé à une perception du management stratégique comme science du concevable contribue directement à la construction de nos hypothèses ontologiques qu'il convient d'explicitier.

Contrairement aux hypothèses épistémologiques et méthodologiques qui sont préétablies par le paradigme constructiviste pragmatique, les hypothèses ontologiques sont fixées par le chercheur lui-même. Il formule alors « *des hypothèses de travail d'ordre ontologique concernant certains aspects du phénomène qu'il étudie, qui sont cohérentes avec l'expérience qu'il a de ce phénomène. Ces hypothèses doivent alors être soigneusement explicitées et rappelées lors de la présentation des résultats de la recherche* » (Avenier, 2011, p. 381).

L'ouverture permise par ce paradigme nous permet de solliciter non seulement des théories issues des sciences de gestion, mais aussi d'autres sciences sociales sur lesquels fonder des hypothèses ontologiques. Nous pouvons ainsi enrichir la discipline des sciences de gestion par une certaine ouverture épistémologique. Ceci rejoint finalement l'utilité d'un certain syncrétisme mis en avant par Dumez (2010), qui associe les paradigmes épistémologiques à des courants philosophiques. Des références à des théories des sciences humaines sont ainsi source de réflexion dans les paradigmes épistémologiques. Pour le constructivisme, on notera notamment l'influence du psychologue Piaget et sa théorie de l'apprentissage cognitif ou encore

de Vygotsky et la théorie socioculturelle. Nous pouvons aussi mentionner la référence aux travaux du philosophe du Pierre Levy sur lesquels se base la proposition du quadrium stratégique de Martinet que nous mobilisons.

Dès lors, nous explicitons ci-dessous nos hypothèses ontologiques pour ce travail de recherche. N'ayant pas vocation à être remises en question, elles visent surtout à cadrer notre réflexion.

- 1) La culture et le contexte sont nécessaires à la compréhension des sociétés, sur laquelle se base la construction de connaissance (Derry, 1999 ; McMahon, 1997 in : Kim, 2001).
- 2) La connaissance d'un humain est dépendante de sa propre expérience du réel (Avenier, 2011)
- 3) Le management stratégique est une « *science morale et politique du concevable* » (Martinet, 2009, p. 93)
- 4) La réalité est un « *processus de construction et de transformation permanent* » (David, 1999, p. 16)
- 5) La connaissance est « *active et transformatrice pour aider les hommes à vivre mieux* » (Martinet, 2015, p. 27).
- 6) Les individus et les contextes socio-économiques interagissent continuellement et s'influencent mutuellement (Giddens, 1984)
- 7) L'entreprise est en société, pas seulement en marché (Martinet, 1984)
- 8) La situation *Problem-enacting* consiste à créer un cadre de réflexion stratégique qui permet de gérer une situation complexe (Martinet, 1997),
- 9) En sciences de gestion, l'intelligence stratégique d'une situation fait appel à cinq logiques clés : (1) *la téléo-logique* (2) *l'éco-logique* (3) *la socio-logique* (4) *la technologique* et ; (5) *la idéo-logique* (Martinet, 1997) ou *la noo-logique* (Martinet in : David et al., 2012) qui renvoient respectivement à une vision de l'entreprise : (1) *une organisation instrumentaliste* (2) *une firme commandée par le marché* (3) *une arène sociopolitique façonnée par les jeux des acteurs* (4) *un patrimoine de technologie, ressources et compétences* (5) *une mise en scène et un discours officiels* (Denis, Martinet, & Payaud, 2011 ; Martinet, 1997). Une organisation ne se limite pas à une seule de ces logiques et visions. Elles peuvent être considérées comme complémentaires et leur dialogue permet de former une logique d'ensemble pour soumettre des propositions opératoires (Denis et al., 2011).
- 10) Le quadrium stratégique agit comme un cadre systémique qui permet le développement de réflexions et transformations stratégiques nécessaires à la création de

connaissances utiles aux sociétés et au bien-être des êtres qui les composent (Martinet, 2009).

- 11) « *C'est par une stratégie cognitive ago-antagoniste qui opère une dialectique permanente entre l'implication et la complexification de la connaissance que peut se conquérir une intelligence stratégique effective, lucide, et cultivée* » (Martinet, 1997, p. 74)

Nous nous appuyons ainsi sur « *l'image de la spirale hélicoïdale de la formation des connaissances : partant de l'expérience sensible qui devient pragmatiquement projet conscient, lequel éthiquement appelle à la compréhension de l'action, compréhension qui épistémiquement se transforme en connaissances valables (ou enseignables) ici et maintenant, lesquelles ouvrant le champ des possibles, avivent le potentiel d'expériences humaines pouvant se transformer à nouveau en « sciences avec conscience* ». (Le Moigne, 2007, p. 41)

1.3. Ancrage pragmatique et projet de connaissance à visée ingénierique

Comme détaillé au préalable, nos hypothèses ontologiques et notre posture pragmatique défendent l'existence d'une réalité construite et la production d'une connaissance qui est dépendante de nous-mêmes. Ainsi, l'intention et la finalité que nous octroyons à notre recherche affectent directement la connaissance produite puisque « *l'intention de connaître influence l'expérience que l'on a de ce que l'on étudie* » (Avenier & Gavard-Perret, 2012, p. 25). Il convient désormais d'explicitier au mieux notre projet de recherche par la spécification de l'objet de recherche et de sa finalité.

1.3.1. Pragmatisme et construction du phénomène de recherche

Puisque le positionnement constructiviste implique l'appréhension d'un « objet » de recherche tel un construit social, nous préférons l'expression « phénomène de recherche ». Elle est en effet plus adaptée dans ce cadre épistémologique (Ayerbe & Missonier, 2007), car elle est représentative de sens dans le cas de construits sociaux ou d'artefacts (Giordano & Jolibert, 2012).

Le manque d'accès à la santé mis en avant par l'ONU dans son rapport pour le développement humain (PNUD, 2016) et l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization - WHO, 2017) est un problème actuel auquel se confrontent les gouvernements, les institutions publiques et les organisations privés. Notre enquête conceptuelle a mis en avant le défi lié à l'accessibilité et l'inclusivité que les organisations privées doivent gérer pour mener à bien des

stratégies BoP. Constatant le manque de travaux sur la prestation de service dans la littérature BoP et l'importance de l'accès à la santé sur le bien-être des populations, nous nous sommes focalisés sur l'accès des plus démunis à ce type de service. Par ailleurs, notre enquête a prouvé la pertinence du BM comme représentation visuelle de la stratégie d'une entreprise et comme outil d'analyse. Sa place grandissante dans la littérature et auprès des praticiens en fait ainsi un phénomène de recherche intéressant en sciences de gestion (Lecocq et al., 2006). Face à ces constats notre phénomène de recherche s'est progressivement construit et peut désormais être spécifié comme suit : **un BM dédié à la prestation de services de santé aux plus démunis des régions en développement.**

1.3.2. Influence des sciences de l'artificiel, une approche praxéologique du projet de connaissance

Notre phénomène de recherche fournit un cadre d'analyse, mais n'est pas suffisant à l'orientation de notre processus de recherche. Alors, la définition du projet de recherche permet de formuler les objectifs que nous souhaitons atteindre par une réflexion sur le produit de recherche attendu. Il définit ainsi « *un projet de connaissance que la recherche s'efforcera de satisfaire* » (Allard-Poesi & Marchal, 2014, p. 54) et permet d'« *élaborer un projet finalisé* » (Allard-Poesi & Marchal, 2014, p. 60). Du fait de notre posture constructiviste pragmatique, notre phénomène de recherche et notre projet de connaissance sont coconstruits et interdépendants ; tous deux influencés par nous-mêmes, nos expériences et nos intentions.

Notre posture pragmatique nous « *donne pour projet de développer des connaissances susceptibles de fournir des repères convenant à l'expérience des humains et viables pour cheminer vers leurs buts* » (Avenier, 2011, p. 379). Nous souhaitons proposer des solutions améliorant l'accessibilité des services de santé aux plus démunis et cherchons à ce que les organisations et les individus qui les composent puissent les mettre en œuvre dans desdits contextes. Dans cette lignée, il s'agirait de permettre « *une ingénierie de l'organisation sociale* » (David, 1999, p. 13). Ainsi, et en référence aux objectifs des sciences de l'artificiel, nous cherchons à « *faire progresser la compréhension du fonctionnement et [de] l'évolution des artefacts dans leur environnement, et [de] développer des connaissances pertinentes pour la conception et la mise en œuvre d'artefacts évolutifs ayant des propriétés désirées* » (Avenier, 2007, p. 11). Nous étudions alors un artefact qu'est le BM comme phénomène de recherche. Le BM est par essence un projet construit, un projet « *conceptuel* » qui est « *entrelacé de multiples êtres humains qui interviennent dans la construction et les évolutions de l'artefact organisationnel étudié* » (Avenier, 2007, p. 11). En référence aux sciences de l'artificiel, il

permet de « développer des connaissances « pour comprendre, c'est-à-dire pour faire » (Vico cité dans Le Moigne 2007b : 225), donc notamment des connaissances dites actionnables (Argyris 1995 ; David et Hatchuel 2007 ; Nielsen et Tsoukas 2007) ou praticables Martinet (2000)» (Avenier, 2007, p. 19).

Conformément à cet objectif, nous apportons une visée ingénierique à notre projet de recherche et encourageons la création de connaissances dites actionnables. Nous suggérons des propositions qui puissent être adoptées par les organisations. Comme suggéré par Martinet (2005), nous choisissons d'« utiliser la notion de connaissance actionnable comme heuristique de départ, la déployer avant de styliser les formes qu'elle peut prendre dans les paradigmes organisationnels principaux. » (Martinet, 2005, p. 2). En accord avec notre posture constructiviste pragmatique et notre projet de recherche, nous soutenons la création de connaissances actionnables qui soient source de réflexion et d'action sans aucune prétention normative ou prédictive (Avenier, 2007).

1.3.3. Pragmatisme et principes issus de la recherche ingénierique

Comme évoqué précédemment, notre posture pragmatiste implique une visée ingénierique puisque cette épistémologie supporte « une science en action » (Wacheux, 1996) qui prend référence dans les sciences de l'ingénieur (Allard-Poesi & Perret, 2014). Ainsi, nous trouvons pertinent de nous référer à quelques principes de la recherche ingénierique (Chanal, Lesca, & Martinet, 1997 ; 2015).

Conformément à la recherche ingénierique, « nous ne cherchons pas à évaluer les résultats de l'organisation par une norme exogène posée a priori, mais plutôt à élaborer des connaissances procédurales pour aider les acteurs à identifier des problèmes et à formuler des voies de progrès sur la façon de concevoir et de piloter des processus qu'ils peuvent évaluer eux-mêmes» (Chanal et al., 2015, p. 218). C'est le pragmatisme de notre posture constructiviste qui nous donne cet objectif (d'où l'appellation aussi de constructivisme ingénierique) et non la démarche d'une recherche ingénierique à proprement dit. C'est pourquoi nous précisons la visée ingénierique de notre méthodologie par étude de cas multiples.

Constatant un accès à la santé limité pour les plus démunis, nous menons une enquête conceptuelle sur le sujet et appréhendons la problématique via l'analyse de stratégies BoP (et de leurs BM associés) menées par plusieurs organisations opérant dans ce but. Ainsi, nous pouvons évaluer les solutions mises en place et en proposer de nouvelles, qui soient adaptées à

la problématique et son contexte. Il s'agit d'encourager la mise en lumière du possible, du souhaitable et du compossible (Martinet, 2009).

En accord avec la recherche ingénierique, notre contribution se veut à plusieurs niveaux (Chanal et al., 2015). Nous proposons une « construction originale » (Ibid., p.227) via la formation d'un conceptacle (Martinet, 2015) issue de notre enquête conceptuelle. Il nous permet de construire et structurer notre phénomène de recherche. Ainsi, nous appréhendons la problématique d'accès des services de santé aux plus démunis à travers le cadre du BM dans lequel nous concilions et articulons des éléments issus des stratégies BoP et des services de santé. Partant de ce conceptacle, nous menons notre enquête empirique. Notre analyse de cas nous permet alors d'enrichir ce conceptacle et d'en proposer une version améliorée, complétée par un système des propositions génériques activables par les praticiens. Cette vision associée à la création de connaissances actionnables rejoint ainsi celle de la recherche ingénierique : elle ne se limite pas à la création de nouvelles connaissances stricto sensu, mais s'étend à la proposition d'une articulation nouvelle (ou innovante) de connaissances existantes (Chanal et al., 2015). Nous cherchons à « *élaborer des connaissances portant davantage sur la manière d'agir (procédure) que sur le contenu (substance), c'est-à-dire des outils aptes à élaborer, expliciter, critiquer des convictions dans des situations décisionnelles déterminées* » (Roy, 1994 in : Chanal et al., 2015, p. 227). La création de connaissance prend alors la forme d'un BM repensé et adapté à la prestation des services de santé aux plus démunis dans les régions en développement, sur lequel les organisations peuvent s'appuyer pour construire ou modifier leur propre BM. Du fait de notre orientation constructiviste, nous considérons :

« les concepts, les modèles, les procédures, les résultats, comme des clés capables (ou non) d'ouvrir certaines serrures susceptibles (ou non) de convenir pour organiser et faire évoluer une situation. Les concepts, les modèles, les procédures, les résultats sont ici envisagés comme des outils aptes à élaborer et à faire évoluer des convictions ainsi qu'à communiquer au sujet des fondements de ces convictions » (Roy, 1992 in : Chanal et al., 2015, p. 217).

1.3.4. Une visée ingénierique, la création d'un outil actionnable

Notre projet de connaissance s'est donc construit sur « *une volonté de transformation des modes de réponse traditionnelle dans un contexte donnée* » (Allard-Poesi & Marchal, 2014, p. 60). Nous cherchons à construire un outil actionnable (Chanal et al., 1997), un BM, qui puisse agir tel un cadre de référence pour les organisations souhaitant proposer des services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement. Notre produit de recherche prend la forme d'un *framework* ou modélisation heuristique provenant d'un ensemble de connaissances

issues de la mise en tension de notre enquête conceptuelle avec notre enquête empirique. Une modélisation heuristique est intéressante par sa capacité à systématiser différents éléments, paramètres, variables qui « *guident, amplifient et donnent plus de sûreté intellectuelle dans la construction de diagnostics stratégiques et amplifient l'imagination de réponses appropriées dans une situation d'action complexe* » (Payaud & Martinet, 2010, p. 35). Un *framework* consiste à « *identifier les éléments pertinents dans un problème complexe, à construire leurs relations, à fournir une procédure de raisonnement pour affiner le questionnement en dynamique.* » (ibid.). Ainsi, il donne aux acteurs du terrain des axes de questionnement et de développement du phénomène de recherche (Payaud, 2014) via des « *des appuis conceptuels, des « moteurs de conception » appropriés à des genres de situations, à des catégories d'entreprise ou à des types de problématiques* » (Payaud & Martinet, 2010, p. 35). Il s'agit en fait de créer « *des savoirs génériques fournissant des repères heuristiques pour l'action* » (Avenier, 2007 in : Albert & Avenier, 2011, p. 31). C'est en ce sens que l'outil est dit actionnable au sens d'Argyris. Il vise à donner sens à la connaissance en donnant aux acteurs la capacité de la mettre œuvre (Charreire Petit, 2017).

Cet outil s'adressera à tout type d'organisations, issues de l'économie commerciale et de l'économie sociale et solidaire, impliquées dans l'accessibilité des services de santé aux plus démunis des régions en développement. L'objectif est double : aider à identifier les problèmes auxquelles sont confrontées ces organisations et leur fournir des propositions concrètes qu'elles puissent mettre en œuvre afin d'adapter leurs BM et ainsi atteindre leur objectif d'amélioration d'accès à la santé. Il s'agit alors de gérer des problématiques liées au management stratégique pour les plus démunis et au management des services de santé. La difficulté réside dans la conduite d'un management stratégique BoP des services de santé, supporté par un BM avec une capacité stratégique limitée à un BM prédéfini. Il ne s'agit pas seulement de « résoudre » une situation problématique énoncée ou énonçable (*problem-solving*), mais bien d'aider à sa formulation et à la conception d'une solution acceptable en proposant un « *cadre de réflexion stratégique* » (Martinet, 1997). C'est ici que la modélisation heuristique permet de mettre à profit notre apport conceptuel via la création de connaissances procédurales « *pour aider les acteurs à identifier des problèmes et à formuler des voies de progrès sur la façon de concevoir et de piloter des processus qu'ils peuvent évaluer eux-mêmes* » (Chanal et al., 2015, p. 218). Il s'agit donc de créer une modélisation qui souligne des pratiques qui conviennent à des organisations ayant différentes capacités organisationnelles, mais ayant l'objectif commun d'améliorer l'accès des services de santé aux plus démunis des régions en développement.

Ainsi, nous déployons une démarche prescriptive pour un contexte donné, dans lequel les pratiques actuelles des organisations impliquées dans l'accès à la santé des plus démunis puissent être transformées.

Cette recherche a certes une visée transformative et prescriptive, mais elle ne constitue en fait qu'un propos d'étape, puisque le produit de la recherche (modélisation heuristique et ses propositions) mérite ensuite d'être mis à l'épreuve sur le terrain.

1.3.5. Légitimation de la recherche et constructivisme pragmatique

Le cadre épistémologique explicite la manière dont une connaissance est justifiée et peut être considéré comme valide. Dans le cadre du paradigme constructiviste, la valeur et la validité de la connaissance produite sont évaluées selon le principe de « vérité-adéquation » où l'adéquation s'attache à l'actionnabilité et l'enseignabilité des connaissances produites. Ainsi, le paradigme constructiviste pragmatique évalue la validité de la connaissance actionnable selon deux principes : (1) l'adaptation fonctionnelle et la viabilité d'une connaissance : la connaissance est-elle fonctionnellement adaptée et viable pour la situation donnée ? (2) Le principe d'enseignabilité : la connaissance est-elle reproductible et intelligible ? (Allard-Poesi & Marchal, 2014 ; Giordano & Jolibert, 2012). Concernant la validité de notre recherche, nous nous interrogeons sur les points suivants : la connaissance créée est-elle adaptée au cas des services de santé pour les populations BoP ? Les organisations peuvent-elles se baser sur nos propositions pour modifier ou construire un BM adapté aux services de santé destinés aux populations BoP ? Pouvons-nous mobiliser notre modèle heuristique à des contextes similaires ?

La validité de la connaissance est donc évaluée selon sa capacité à répondre aux objectifs de recherche que le chercheur s'est fixés via son adéquation et sa faisabilité (Le Moigne, 1995 in Allard-Poesi & Marchal, 2014). Ainsi, nous évaluons si l'artefact proposé, un BM BoP de santé primaire, est adapté aux problématiques des stratégies BoP et des services de santé. Nous regardons s'il peut ainsi être mobilisé par les organisations opérant pour l'accès des services de santé aux plus démunis des régions en développement.

Toujours dans une optique de légitimation de sa recherche, le chercheur constructiviste pragmatiste se doit de remplir ces critères de validation, mais aussi de respecter les principes d'éthique et de rigueur critique et réflexive évoqués plus haut. C'est pourquoi nous prenons soin de détailler nos choix et raisonnements épistémologiques et méthodologiques.

1.4. Inquiétude axiologique

Même si nous espérons avoir communiqué les valeurs que nous portons via le travail épistémique présenté ci-dessus, nous précisons notre « *inquiétude axiologique* » (Martinet, 2015), c'est-à-dire les valeurs que nous portons par la connaissance.

Nous rejoignons les propos de James (1912) repris par Martinet (2009) qui conçoit une connaissance comme intéressante « *en ce qu'elle aide les hommes à mieux vivre* » (p.94). Notre sensibilité pour les causes à destination des plus démunis mêlée à notre vision du management stratégique comme « *science noo-politique du concevable* » nous laisse croire aux rôles des organisations à but non lucratif, mais aussi lucratif dans la lutte contre la pauvreté et l'amélioration du bien-être des individus. Ainsi, la conviction que la mobilisation individuelle, mais surtout collective peut permettre l'amélioration des conditions de vie du plus grand nombre oriente notre recherche. Nous croyons en l'engagement des organisations et des individus pour le bien-être des populations et surtout celui des plus défavorisés. C'est notamment parce que la modélisation heuristique est influencée par le chercheur, ses valeurs et son éthique personnelles que l'éthique et la rigueur critique et explicite du chercheur sont exprimées tels des fondements de l'épistémologie pragmatiste. En ce sens, la conduite d'une recherche implique de « *combiner épistémique, pragmatique et éthique, c'est-à-dire connaissance, action et conscience* » (Payaud & Martinet, 2010, p. 35).

1.5. Raisonnement logique et exploration hybride

Historiquement, deux raisonnements logiques dans la production de connaissance s'affrontent : la déduction et l'induction. « *La déduction consiste à déduire de manière certaine la conséquence si la règle et le cas sont vrais (...); l'induction consiste à proposer une règle pouvant rendre compte de la conséquence si le cas est vrai.* » (David, 2005, p. 5). En pratique, la première logique vise à s'appuyer sur la théorie qui sera ensuite testée empiriquement. Le chercheur est alors dans un objectif d'explication via la confirmation ou l'infirmité d'hypothèses. La seconde logique vise à créer de la connaissance en partant des phénomènes observés empiriquement. Il s'agit ainsi d'une démarche davantage exploratoire (David, 2005). Le raisonnement abductif a depuis été mis en avant, et tient à l'interprétation de ce que le chercheur observe. Il consiste « *à proposer un cas pouvant rendre compte de la conséquence si la règle est vraie* » (Ibid. p.5).

Hollihan et Baaske (1994, 2015) montrent finalement que les modes de raisonnements coexistent souvent et qu'il n'est pas forcément conseillé de privilégier une des logiques. Ainsi,

David (2012) prône une démarche récursive mêlant induction, déduction et abduction. Il se réfère à Pierce qui considère que les trois modes de raisonnement (inductif, déductif et abductif) sont nécessaires pour construire la science. En ce sens et dans la recherche d'objectivité, Dumez (2013) suggère de « voir le processus scientifique comme un continuum en trois étapes » (voir Figure 13) (Ibid. in : David et al., 2012, p. 215).

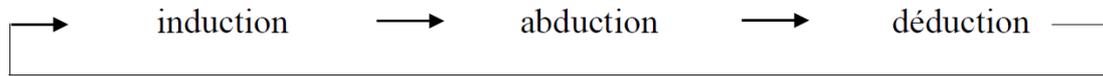


Figure 13 : Le processus récursif de raisonnement selon Pierce (David, 1999, p. 5)

Ainsi, et en référence aux propos de David, nous explicitons notre raisonnement scientifique au regard de notre sujet de recherche selon les trois étapes de raisonnement (Voir Tableau 15).

Etapes de raisonnement	Exemples
Une hypothèse explicative est construite par abduction pour rendre compte de données posant problème	Je constate que l'accès à la santé pour les plus démunis des régions en développement est problématique, je cherche une explication : les régions en développement ont un système de santé public inexistant ou défaillant, les plus démunis n'ont pas les ressources nécessaires pour acheter des prestations de services de santé, <i>etc.</i>
Les conséquences possibles de cette hypothèse sont explorées par déduction	Si le système de santé public est inexistant ou défaillant, il existe des initiatives privées Si les plus démunis n'ont pas les ressources nécessaires pour acheter des prestations de service de santé, elles utilisent les services publics ; mais alors ils existent et sont gratuits, <i>etc.</i>
Une mise à jour (confirmation ou infirmation) des règles ou théories mobilisées sont permise par l'induction	Lorsque le système public est défaillant, les plus riches utilisent des services privés : ils sont trop chers pour que les pauvres puissent les utiliser
Si ces règles sont infirmées, alors il faut reformuler — par abduction — de nouvelles hypothèses explicatives, et le cycle recommence.	

Tableau 15 : Combinaison des trois formes de raisonnement dans le raisonnement scientifique (David, 1999, p. 5)

En définitive, le travail épistémique que nous avons mené nous a permis d'explicitier (Avenier 2007) (1) notre ancrage dans le paradigme constructiviste pragmatiste en précisant ses fondements et hypothèses de base ; (2) nos choix épistémiques, méthodologiques et techniques ; et (3) notre raisonnement logique basé sur une boucle itérative abduction-induction-déduction (David, 2004).

Cadre épistémologique : Paradigme épistémologique constructiviste pragmatique

Problématique pratique persistante : L'accès limité des services de santé primaires aux plus démunis des PED.

Lacune théorique : L'accès des services aux plus démunis est une problématique majeure et peu étudiée dans la littérature des stratégies BoP. Elle implique la gestion de trois défis principaux : le défi de l'accessibilité et ses différentes acceptions, le défi de l'inclusivité liée à la création économique et sociale des stratégies BoP, et le défi de la complexité des services de santé qui requiert des activités de cocréation et des ressources et compétences spécifiques. Ces trois défis sont en fait liés à trois vides théoriques identifiés dans la littérature BoP : l'étude de l'accès, de l'inclusivité et des services dans les stratégies BoP.

Problématique de recherche : Comment les organisations peuvent-elles construire leur business model pour délivrer des services de santé primaires inclusifs aux plus démunis dans les régions en développement?

Principales ressources théoriques :

- Cadre théorique et conceptuel : Stratégies BoP, Service, Business model, ressources et compétences
- Cadre méthodologique : étude de cas multiples (Yin, Haldy-Rispa).

Stratégie d'enquête : Comprendre le BM de différentes organisations ayant des orientations de profit différentes (Economie commerciale et économie sociale et solidaire), mais opérant toute pour l'accès des services de santé aux plus démunis. La comparaison des différents cas vise à proposer un « BM BoP de santé » c'est-à-dire un BM BoP dédié aux services de santé pour les plus démunis et un système de propositions génériques.

Techniques utilisées : Recherche documentaire, observation non participante, entretiens semi-directifs

Tactiques d'investigation : étudier les stratégies et pratiques déployées par plusieurs organisations situées dans des régions en développement (Brésil et Afrique du Sud) et dont l'activité vise à délivrer des services de santé primaires aux plus démunis.

Encadré 2 : Canevas du projet de connaissance

SECTION 2 : METHODES DE RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES EMPIRIQUES

2.1. Le choix d'une méthodologie qualitative basée sur une étude de cas multiples

2.1.1. Une méthode qualitative pour comprendre l'action en situation

Le sujet et la problématique de notre thèse impliquent un objectif de compréhension. Ainsi, nous employons une démarche qualitative pour « *comprendre l'action en contexte ou en situation* » (Dumez, 2011, p. 50). Il s'agit d'analyser les acteurs et les actions impliqués dans la prestation de services de santé aux plus démunis des régions en développement. Nous souhaitons comprendre le BM initié par des organisations impliquées dans ce type de prestation tout en mettant en avant la manière dont les prestations de santé sont délivrées aux plus démunis. Cette visée compréhensive alliée au manque d'étude du sujet dans la littérature implique une logique de découverte. Nous explorons alors un phénomène de recherche contextualisé, dans lequel nous analysons « *comment les acteurs pensent, parlent, agissent* » (Dumez, 2011, p. 48). Garder en tête l'objectif compréhensif de la recherche qualitative nous donne l'assurance de voir et de faire voir les acteurs interagir. Pour ce faire, « *ce sont des descriptions riches et les explications pleines de sens (insightful¹⁰¹) répondant à des questions du type « comment » et « pourquoi » qui doivent caractériser cette visée [compréhensive]* » (Dumez, 2011, p. 49). Ainsi, Dumez (2011) met en avant le risque de ne pas transmettre clairement la vision que le chercheur a du contexte et des acteurs alors qu'elle détient un rôle majeur dans la visée compréhensive de toute recherche qualitative. À l'inverse de la recherche quantitative, la recherche qualitative rend compte des acteurs, actions et interactions, essentielles à un objectif de compréhension (Dumez, 2011). Cette richesse est permise par une forte interaction avec le terrain pendant laquelle le chercheur peut analyser un phénomène complexe multicritères, multi acteurs, multi rationnel et évolutifs (Chanal et al., 2015, p. 215) et en saisir sa richesse par une compréhension holiste du contexte (Miles & Huberman, 2003).

Notre projet de recherche intègre parfaitement les principes de la recherche qualitative mis en avant par Hlady-Rispal (2015) : compréhension, génération de théorie, idiosyncrasie, interpénétration, subjectivité, analyse interprétative. Nous ne cherchons pas seulement à décrire des BM de services de santé primaires aux plus démunis, mais bien à comprendre comment ils sont mis en œuvre dans le contexte spécifique des régions en développement. Il s'agit

¹⁰¹ En italique dans le texte original

d'explorer les actions et acteurs impliqués dans la construction dudit BM et de s'appuyer sur nos analyses pour générer des théories. Le Tableau 16 détaille les caractéristiques de notre projet de recherche selon les différents principes d'une recherche qualitative proposés par Hlady-Rispal (2015).

Principes clés d'une méthode qualitative	... dans notre projet de recherche
Compréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les BM de santé pour les plus démunis, leur structure et la manière dont ils sont formés - Comprendre les processus mis en place pour développer un BM permettant la prestation de services de santé inclusif - Comprendre la manière dont sont impliqués les acteurs dans ces BM et leurs activités
Génération de théorie	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une définition des services de santé inclusifs pour les plus démunis - Proposer un outil actionnable pour la mise en place d'un BM de santé aux plus démunis des régions en développement avec des propositions adaptées à ce contexte
Idiosyncrasie	Comprendre le BM dans le contexte des régions en développement, pour les plus démunis et dans le cas spécifique des services de santé
Interpénétration	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre la structure et les composantes d'un BM de santé destiné à la population BoP - Comprendre la manière dont il est construit au vu du contexte en développement et des services de santé
Subjectivité	Interdépendance sujet-objet — orientation pragmatiste
Analyse interprétative	La réalité est construite et dépendante de nos valeurs et de nos expériences passées

Tableau 16 : Les critères d'une méthodologie qualitative (Hlady-Rispal, 2015)

2.1.2. Une recherche descriptive de contenu : décomposer et identifier des formes

Nous développons une recherche de contenu par laquelle nous cherchons à décrire notre phénomène de recherche pour comprendre (Grenier & Jossierand, 2014). À l'inverse d'une visée explicative de la recherche de contenu, notre visée compréhensive nous amène à décrire le contenu du phénomène étudié par la mise en avant de sa composition. Il s'agit alors de décrire la coexistence de différentes dimensions présentes dans la configuration des BM d'organisations délivrant des services de santé aux plus démunis des régions en développement. Nous cherchons alors à saisir «*la nature de l'objet étudié, à savoir de quoi il est composé* » (Ibid., p. 130). Notre phénomène de recherche restant encore peu étudié dans la littérature BoP, cette recherche de contenu s'intègre dans une démarche exploratoire dont le but est d'approfondir la compréhension d'un BM BoP dédié aux services de santé. Le défi est de

concilier et d'articuler les composantes liées aux spécificités des stratégies BoP et des services de santé au sein d'un même BM. De fait, la recherche de contenu prend sens. Nous ne souhaitons pas expliciter les causes liées à la composition de notre phénomène de recherche, mais bien à décrire sa composition. Ainsi, « *sa description va consister à le caractériser à travers une grille d'analyse qui peut être soit déduite de la littérature soit, émerger des données du terrain* » (ibid. 2014, p. 132). Le BM conceptualisé par Angeli et Jaiswal (2016) est ainsi mobilisé comme grille d'analyse.

La description d'un contenu peut se faire de deux manières : « *par décomposition de l'objet étudié* » (ibid. 2014, p. 132) selon des caractéristiques clés, ou par appréhension de l'objet dans son ensemble en identifiant des formes. Non exclusives, ces techniques sont souvent utilisées de manière conjointe (Ibid.). Notre recherche en est alors l'exemple puisque nous décrivons le BM BoP de service de santé au travers de la description des dimensions qui le composent, tout en considérant le BM tel un système où ses dimensions sont interdépendantes. L'objectif est ainsi d'identifier une forme, une configuration, un système composé de plusieurs dimensions interdépendantes et nécessaires à la constitution d'un BM BoP de services de santé.

À l'inverse d'une recherche de processus, nous ne nous focalisons pas sur l'évolution temporelle de notre phénomène de recherche. Nous tenons tout de même compte de la dimension temporelle puisqu'elle permet d'enrichir la compréhension de notre phénomène de recherche et des éléments qui le composent (Grenier & Josserand, 2014).

Finalement, l'analyse multidimensionnelle effectuée par la description des différentes composantes du BM et leur mise en configuration permet une compréhension systémique du BM BoP dédié à la prestation de services de santé. Elle met en lumière ses composantes et leur articulation tout en tenant compte des pratiques et des processus mis en place dans le temps pour la constitution dudit BM.

2.1.3. Le choix d'une recherche qualitative par études de cas multiples

Notre cadre méthodologique se définit par la réalisation d'une étude de cas multiples. L'étude de cas est « *une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein d'un contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées* » (Yin, 1989, p.7). L'étude de cas est préconisée lorsque (1) la question de recherche est du type « pourquoi » ou « comment » ; (2) le chercheur a peu de contrôle sur le phénomène étudié ; (3) la recherche se concentre sur des phénomènes contemporains (Yin, 2012). Dans ces conditions, l'étude de cas

permet de comprendre, d'analyser des processus et de découvrir des causalités récursives (Hlady-Rispal, 2002). Comme évoqué plus haut, nous cherchons à comprendre les pratiques permettant la construction d'un BM favorisant l'accès des services de santé aux populations BoP, et les stratégies et activités mises en place pour leur développement. Nous souhaitons aussi pouvoir mettre en avant les interactions et conséquences de ces activités sur l'ensemble de l'écosystème local et les différents acteurs qui le composent, particulièrement les communautés locales. La visée compréhensive de notre démarche renforce ainsi l'intérêt nécessaire à accorder aux acteurs. Nous portons une attention particulière à la description de leurs agissements et interactions. Aussi, nous intégrons l'existence d'une certaine subjectivité liée à notre vision de la réalité, mais aussi à celle des sujets étudiés.

Stake (2010) différencie plusieurs types d'études de cas : intrinsèques, instrumentales et multiples. Elles se caractérisent respectivement par leur caractère unique ou particulier, des caractéristiques typiques, des phénomènes récurrents. Nous conduisons une l'étude de cas multiples qui permet d'étudier un phénomène de recherche dans plusieurs situations. À l'inverse de l'étude de cas unique au sens de Yin (ou des études de cas intrinsèques et instrumentales pour Stake), il ne s'agit pas d'analyser en profondeur un cas, mais de mettre en exergue les similarités et différences parmi plusieurs cas. Notre phénomène de recherche est un artefact complexe, qui présente l'intérêt d'une vision systémique par laquelle les interactions peuvent être mises en évidence et comparés. Ainsi, nous recherchons des récursivités dans l'étude de plusieurs cas d'organisations ayant le même objectif, mais ayant une orientation lucrative différente. Ainsi, notre étude de cas multiples est contrastée par l'orientation lucrative de chaque BM. Nous cherchons à souligner les convergences et divergences entre ces BM sources de récursivité entre nos cas. Elles constituent en effet des clés nécessaires à la conception d'un outil actionnable et de propositions prescriptives pour les organisations ayant ce même objectif d'améliorer l'accessibilité des services de santé aux plus démunis.

2.1.4. Echantillonnage théorique et sélection des cas

Par volonté de transparence et d'amélioration de la validité interne, il convient de définir l'échantillonnage théorique, soit « *le processus de collecte des données pour produire une théorie* » (Hlady-Rispal, 2015, p. 262). Il s'agit alors d'explicitier la manière dont nous avons choisi nos cas qui composent notre échantillon théorique. Pour cela, nous exposons, dans le Tableau 17, les critères de pertinence, source de notre sélection.

Critères de pertinence des études de cas
(1) Prestation de services de santé primaires : consultations et examens de simple complexité
(2) Ciblage des populations à bas revenus
(3) Localisation dans une région en développement (selon la définition du PNUD)
(4) Organisation locale
(5) Intention de servir les plus démunis formellement exprimée

Tableau 17 : Critères de pertinences dans la sélection des études de cas

Ces différents critères nous permettent de cibler et cadrer au mieux l'analyse de notre phénomène de recherche : un **BM dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement**.

Le respect de l'ensemble de ces critères nous donne l'assurance que notre phénomène de recherche est représenté dans chacun des cas. La prestation de service de santé (critère 1) est primordiale dans le choix de nos cas puisqu'elle constitue le sujet central de la recherche qui projette la prescription de propositions pour cette activité en particulier. Le choix des services de santé n'est pas laissé au hasard, puisque 400 millions d'habitants dans le monde n'ont pas accès à des services de santé primaires (World Health Organization, 2015) et que l'accès à la santé constitue l'un des enjeux majeurs actuels reconnus par les Nations unies par l'objectif de développement durable n°3 « Bonne santé et Bien-être ». Les critères 2 et 3 assurent l'intention d'une stratégie BoP dans la conduite d'une initiative envers les plus démunis, et ce dans les régions en développement. Préciser cet élément contextuel est nécessaire puisqu'il implique des conditions de vie liées à un niveau d'infrastructure et un cadre institutionnel spécifique. Une personne considérée comme pauvre en France ne se trouve pas dans la même situation de pauvreté qu'une personne dite pauvre en Inde. Le critère 4 précise l'attention portée sur les organisations locales car elles sont sous-étudiées dans la littérature au profit d'initiatives menées par des FMN (Kolk et al., 2014). Enfin, le critère 5 assure que les plus démunis soient désignés comme cible prioritaire de l'organisation.

Ces critères défendent une certaine cohérence entre les cas, mais ne rejettent pas la présence d'éléments de distinction entre les cas. Il nous semble donc important de souligner le critère de contraste qui a orienté la sélection de nos cas : l'orientation lucrative. Nous avons fait le choix d'étudier une fondation (Phelophepa), une ONG (CIES), un réseau de franchises sociale (Unjani Clinics) géré par une NPC¹⁰² Unjani, et une entreprise commerciale (Dr.Consula). En

¹⁰² Entreprise non lucrative selon le droit sud-africain, l'équivalent d'une entreprise sociale selon la définition de Defourny et Nyssens, 2008, p. 205).

représentant plusieurs types d'acteurs, nous envisageons un enrichissement mutuel des pratiques et espérons renforcer la portée des récursivités constatées.

2.1.5. Réflexion sur l'unité d'analyse

L'unité d'analyse dans une étude de cas, et plus largement une recherche qualitative est cruciale, car elle détermine clairement « une mise en situation de l'action ». L'unité d'analyse ne correspond pas obligatoirement à un cas, d'où la nécessité de le préciser. Dans le cadre d'une étude de cas multiples, l'unité d'analyse coïncide avec des contextes particuliers (Dumez, 2011).

Notre recherche porte sur l'étude de quatre cas, quatre organisations ayant développé des stratégies permettant de favoriser l'accès des services de santé aux plus démunis dans les régions en développement. Cependant, ce n'est pas l'initiative ou l'organisation qui constituent notre unité d'analyse, mais la stratégie BoP associée à ces initiatives. Le BM agissant telle une représentation visuelle d'une stratégie, nous considérons la stratégie BoP comme unité d'analyse à travers son BM. L'usage du BM permet ainsi d'analyser spécifiquement la stratégie BoP menée, tout en élargissant notre analyse à l'organisation initiatrice et à ses interactions avec l'environnement externe. La référence au BM offre une vision qui va au-delà des frontières de l'organisation ; ce qui est particulièrement important dans le cas d'une stratégie BoP, où l'interaction avec l'environnement joue un rôle prépondérant dans son développement. De plus, il permet aussi d'insister sur le contexte ; élément clé dans notre objectif de compréhension de cette étude de cas multiples. Enfin, le BM offre l'avantage d'une structure en plusieurs composantes qui permet de considérer plusieurs sous-unités d'analyse dans le cas étudié. Nous considérons alors ces unités d'analyse de manière individuelle conjointement à une analyse globale, notamment par l'étude de leurs interactions mutuelles. Puisque le BM est une représentation visuelle de la stratégie, il agit comme un cadre d'analyse pertinent. Dès lors, l'unité d'analyse est cohérente avec notre phénomène de recherche « un BM dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement ».

2.2. La collecte des données

2.2.1. La collecte de données secondaires

Nous avons mené une étude documentaire via plusieurs supports issus des organisations étudiées, de leurs partenaires et de la presse. Il faut noter que « *ces documents sont à peu près tous enracinés dans un contexte particulier ou biaisés à certains égards* » (Prévost & Roy, 2012, p. 78). C'est pourquoi la triangulation des sources soit le recours à des sources d'informations différentes renforce la fiabilité des informations collectées et la validité interne de la recherche (Yin, 2012). Ainsi, nous avons mobilisé plusieurs documents pour aborder plusieurs thématiques :

- (1) Le secteur de la santé dans les pays étudiés : étude du système de santé publique, de couverture de santé et d'accès à la santé via des documents officiels provenant d'institutions internationales et d'instituts statistiques ;
- (2) Les organisations étudiées : étude de leur historique, des activités menées et de leurs partenaires via la consultation des rapports annuels, sites internet, documents institutionnels, articles de presse, communication médias et réseaux sociaux ;
- (3) Les partenaires des organisations étudiées : étude de leur participation aux initiatives étudiées via leurs sites internet et autres supports institutionnels et les articles de presse.

Cette collecte de données secondaires a permis de mieux connaître les organisations étudiées et leurs initiatives, d'obtenir des premières informations sur les thématiques mentionnées, de les recouper et de les confronter à nos données primaires.

Annexe 1 : Liste des sources secondaires et codes associés

2.2.2. La collecte de données primaires

L'obtention de données primaires s'est faite selon deux techniques de collecte : l'observation et l'entretien semi-directif.

2.2.2.1. L'observation

Dans le cadre d'une étude de cas, « *l'observation silencieuse des lieux, des données écrites et orales, de la nature des interactions entre acteurs ainsi que l'écoute de leurs questionnements est essentielle* » (Hlady-Rispal, 2015, p. 259). Ainsi l'observation constitue un « *un mode de collecte des données par lequel le chercheur observe de lui-même, de visu, des processus ou des comportements se déroulant dans une organisation, pendant une période de temps délimitée* » (Baumard, Donada, Ibert, & Xuereb, 2014, p. 277). L'observation n'est donc pas

soumise à l'interprétation que les acteurs ont de leurs propres comportements, puisqu'il ne s'agit pas d'une « traduction verbale », mais d'une observation directe. Deux orientations s'opposent : l'observation participante et l'observation non participante au travers desquelles le chercheur détient respectivement un « point de vue interne » ou « un point de vue externe » aux sujets observés (Baumard et al., 2014). Pour plus de nuances, différentes postures se distinguent : le participant complet, le participant-observateur, l'observateur-participateur et l'observateur complet (ibid.).

Nous avons principalement adopté une posture d'observateur complet puisque nous avons mené des observations dites « non-systématiques » ou « flottantes » pour les cas CIES, Dr.Consulta et Unjani. Elles se sont surtout déroulées lors de la conduite des entretiens et lors de rencontres complémentaires avec les organisations. Nous avons notamment assisté à l'évènement social du réseau de franchises Unjani, qui consiste en une journée d'échanges entre les infirmières du réseau et les membres d'Unjani NPC (le « franchiseur »). Bien que nous ayons pu intensifier nos observations à cette occasion, nous ne pouvons pas qualifier notre posture d'observateur-participateur, car nous n'avons pas pris part aux activités à proprement dit.

Pour le cas Phelophepa Healthcare Train II, nous avons adopté une posture légèrement différente via notre « double casquette » : observateur-complet et observateur-participateur. En effet, notre immersion de quinze jours au sein de train nous a permis de développer une posture d'« observateur-participateur ». Nous avons participé à la vie de l'organisation tout en affichant clairement notre rôle de chercheur auprès des membres de l'organisation. Notre participation s'est surtout limitée au partage des activités extra-professionnelles telles que les repas, les moments de pauses et les sorties où nous avons été intégrés à la vie du groupe. Notre immersion s'est aussi traduite par notre présence à des réunions, par la conformité aux règles et horaires de vie du train et par les contacts réguliers avec les étudiants stagiaires et les patients du train. En complément, nous avons effectué une observation non participante dans le cadre des activités médicales, puisque nous nous sommes limitées à observer des acteurs et leur environnement. À noter que certaines interactions privées entre praticiens et patients n'ont pas été observées par respect du patient et de la confidentialité des soins. Seules les activités médicales effectuées hors des salles de consultations du train l'ont été : la phase de renseignement des fiches personnelles en files d'attente, les tests oculaires effectués sur le quai, et la remise des médicaments. Nous avons aussi assisté aux sessions des programmes de proximités effectués dans des infrastructures locales (écoles, centre correctionnel, maison de

quartier). Nos observations et questionnements principaux ont été recensés dans un journal de bord.

Annexe 2 : Extrait de journal de bord

Nous avons ainsi encouragé une prise de notes régulière et la création de mémos, reflets de nos questionnements. Quelques photos ont été prises en support de nos observations.

Finalement, les différentes observations effectuées nous ont permis de mieux saisir la manière dont les organisations agissent pour délivrer des services de santé aux plus démunis. Nous avons ainsi pu acquérir une meilleure compréhension du contexte et des comportements des acteurs impliqués. C'est pourquoi l'observation est considérée comme une technique indispensable à la contextualisation du phénomène étudié (Hlady-Rispal, 2002) et à la conduite de toute étude de cas.

2.2.2.2. *L'entretien individuel semi-directif*

Notre principale source d'informations primaires provient des entretiens individuels semi-directifs menés auprès des différents acteurs impliqués dans les cas étudiés. L'entretien 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. Il s'agit d'amener les sujets à vaincre ou oublier les mécanismes de défense qu'ils mettent en place vis-à-vis du regard extérieur sur leur comportement ou leur pensée* » (Baumard et al., 2014, p. 274).

Nous avons d'abord effectué trois entretiens exploratoires avec des experts des stratégies BoP et de l'entrepreneuriat social lors de notre séjour de recherche au Brésil. Nos guides d'entretiens ont été construits autour de trois thèmes principaux : l'inclusivité, la distribution au dernier kilomètre et les BM associés aux stratégies BoP. L'objectif était d'étoffer et de délimiter notre phénomène de recherche grâce aux retours de spécialistes du sujet.

Annexe 3: Tableau des interlocuteurs et thématiques des entretiens exploratoires réalisés

Les deux premiers entretiens nous ont permis de mieux appréhender notre sujet et de collecter différents points de vue questionnant notre propre vision de notre phénomène de recherche. Le troisième entretien a orienté notre focus sur les services de santé. En effet, via le panorama des différentes initiatives sociales menées au Brésil, nous avons constaté que la santé constituait un défi national important et que des organisations variées s'emparaient du problème. Partant de ce constat complété par des recherches documentaires, deux organisations ont attiré notre attention par leur engagement actif dans l'accès à la santé et par leur modèle relativement opposé : CIES et son modèle à but non lucratif et Dr.Consulta et son modèle commercial.

Conscient de l'enjeu de la santé dans le monde, nous avons voulu étendre nos études de cas à une autre zone géographique se confrontant à ce défi. En restant alerte sur les sujets liés à l'accès des services de santé des plus démunis, notamment par la presse et l'abonnement à des blogs de discussion sur les initiatives BoP, nous avons pris connaissance de deux autres cas d'initiatives menées en Afrique du Sud : Phelophepa Healthcare Train et Unjani Clinics.

Pour chaque étude de cas, des entretiens ont été conduits *in situ* avec différents acteurs liés à l'organisation. Afin de pouvoir récolter plusieurs types de points de vue qui ne se limitent pas à ceux des dirigeants, nous avons tenu à échanger avec des membres variés des organisations ; Dès lors, nous nous sommes entretenus avec des membres de la direction et du personnel administratif et médical ainsi qu'avec des patients. Les acteurs internes à l'organisation ont été sélectionnés selon leur fonction afin d'avoir un certain équilibre entre les membres de la direction et du personnel médical et administratif (Voir Tableau 18). Le choix s'est aussi effectué selon les disponibilités de chacun. Pour les patients, nous nous sommes directement rendus sur les lieux de soins où nous avons approché les patients sur place de manière aléatoire et avons mené les entretiens selon leur consentement.

	Dr.Consulta	CIES	Unjani Clinics & Unjani NPC	Phelophepa
Pays	Brésil		Afrique du Sud	
Provinces ciblées pour la recherche	Aires urbaines et péri-urbaines de São Paulo		Aires urbaines, périurbaines du Gauteng et du Mpumalanga	Aires périurbaines et rurales des provinces du Western Cape (Georges et Outdshoorns)
Périodes	Décembre 2016		Septembre 2017	
Nombre d'entretiens	9 entretiens	14 entretiens	35 entretiens	53 entretiens
Observations	Cliniques Salles d'attente	Arènes de santé Espaces d'accueil et d'attente	Salles d'attente Journée du réseau	15 jours à bord 4 sessions de programmes de proximité ¹⁰³
Personnes interviewées	- Personnel administratif et médical - Patients		- Coordinateurs & managers - Personnel administratif et médical - Patients	
Durée des entretiens	- 10 à 15 minutes pour les patients - 45 minutes à 1h30 pour les membres des organisations			
Supports	Enregistrements, prises de notes, retranscriptions			

Tableau 18 : Modalités de collecte des données primaires des études de cas

¹⁰³ Observations non participantes à des sessions de programmes de proximité : En psychologie dans un centre correctionnel, en dentisterie et optométrie dans des écoles et en soin primaire dans une maison de quartier.

Les entretiens ont pour la plupart été menés en anglais. Lorsque les répondants ne parlaient pas la langue, une traduction a été effectuée en direct. Au Brésil, les entretiens menés en portugais ont été traduits par une étudiante brésilienne du centre de recherche de l'Université de São Paulo. En Afrique du Sud, les entretiens menés en Afrikaans dans la province du Western Cape ont été traduits par un traducteur local embauché par Phelophepa et les entretiens menés en Zulu dans les provinces du Gauteng ou Mpumalanga ont été traduits par l'assistant-e de la clinique Unjani où les entretiens avaient lieu.

Annexe 4 : Modalité des entretiens réalisés

Les guides d'entretiens ont été construits en fonction des personnes interrogées afin de s'adapter à leur rôle dans leur organisation. Ainsi, le guide d'entretien à destination des infirmières était différent de celui du personnel administratif ou des patients. Nous avons aussi apporté des modifications selon les organisations afin d'intégrer des questionnements et spécificités liées à leur BM. Bien que de légères adaptations aient été apportées selon les cas, nous avons abordé les mêmes thématiques de référence: les activités opérationnelles des organisations auprès des populations à faibles revenus, les relations entre l'organisation et la communauté locale et la création de valeur. Ils prennent ainsi en considération les principaux thèmes abordés lors de notre enquête conceptuelle.

Annexe 5 : Exemples de guides d'entretien

Pour plus de facilité et de fiabilité dans l'analyse des données, la plupart des entretiens a été enregistrée et retranscrite. Ces techniques permettent de mieux tirer parti de la richesse des entretiens. Des entretiens complémentaires plus informels ont été menés et n'ont donc pas été enregistrés, mais ont fait l'objet de prises de notes. Du fait de notre immersion, ces discussions ont été très présentes dans le cas Phelophepa.

Au total, nous avons mené 107 entretiens auprès des quatre organisations.

2.2.3. Gestion des biais durant la collecte des données primaires

Nous avons dû affronter une forte distance culturelle lors de nos entretiens. Même si la traduction instantanée a pu freiner la fluidité de certains échanges, la barrière de la langue a globalement pu être outrepassée. Nous avons développé notre capacité d'interprète, qualité nécessaire de l'étude de cas (Hlady-Rispal, 2015), puisque nous nous sommes familiarisées avec le langage médical et les expressions propres au pays d'accueil (l'anglais parlé en Afrique du Sud notamment).

La distance culturelle s'est davantage fait ressentir en Afrique du Sud qu'au Brésil. En effet, nous sommes restés trois mois au Brésil lors d'un échange de recherche à l'Université de São Paulo, et avons effectué notre terrain lors du dernier mois. Ainsi, nous avons l'avantage de notre immersion culturelle et d'une maîtrise limitée du portugais. Cela a facilité le contact et l'instauration d'un climat de confiance auprès des répondants ne parlant pas l'anglais.

L'Afrique du Sud connaît un contexte culturel plus sensible lié à l'Apartheid qui a divisé la population sud-africaine avec une domination de la population blanche sur la population noire. Cette séparation noirs/blancs étant encore très présente, s'entretenir avec des personnes noires et issues d'un milieu défavorisé peut s'avérer délicat en tant que personne blanche. La difficulté est de dépasser ce clivage pouvant donner une image de « colons blancs » à notre posture de chercheur. Conscients du clivage noir/blanc – riche/pauvre, nous nous sommes efforcés de nous présenter très clairement auprès des répondants en transmettant notre volonté de comprendre et non de juger. Une fois expliqué, notre statut d'étudiant chercheur français a souvent été bien accueilli auprès des patients. Face à certaines réticences, nous avons dû faire preuve d'encore plus d'empathie en rassurant davantage les patients quant à notre rôle et leur liberté de parler.

Par ailleurs, nous avons dû nous faire accepter auprès des répondants internes des organisations et les rassurer quant à notre rôle de chercheur et notre indépendance vis-à-vis de la direction. Notre immersion « prolongée » au sein du train Phelophepa a nécessité un effort d'intégration accru auprès des membres de l'organisation. Les premiers jours nous ont permis d'intégrer les codes organisationnels et de communiquer auprès de l'ensemble de l'équipe pour briser la glace et faire peu à peu connaissance.

Nous avons aussi manié avec précaution notre approche avec les patients. La difficulté réside dans la condition des patients qui sont pour la plupart malades lorsqu'ils se rendent dans les structures de soin. Ainsi, ils ne sont pas toujours dans les meilleures dispositions pour réaliser un entretien. Nous avons donc adopté une posture calme et empathique, mais aussi fait usage de l'humour à bon escient. Nous avons aussi évité de prendre des photos en présence des patients afin de limiter notre « intrusion ».

Enfin, il existe toujours un biais de désirabilité sociale (Crowne & Marlowe, 1960) avec les répondants, notamment sur un sujet assez délicat et privé qui mêle santé et pauvreté. Ainsi, les patients sont parfois timorés à l'idée d'émettre une quelconque critique sur un service qu'il considère de base comme une chance rare. La direction ou les employés des structures peuvent avoir tendance à enjoliver ou émettre des réserves dans le propos par peur de dénigrer leur organisation. À l'inverse, ils peuvent porter certaines critiques ou réclamations dans l'espoir

que leurs voix soient transmises via le chercheur. Globalement, ce biais de désirabilité sociale se traduit par la tendance des répondants à faire bonne impression. Afin de minimiser ce biais, nous nous sommes efforcés d'expliquer notre indépendance quant à l'organisation étudiée et l'objectif de compréhension de la recherche. Nous avons ainsi cherché à créer un climat de confiance avec les répondants afin d'encourager un espace de dialogue ouvert. Le recouplement des informations collectées nous a aussi permis de réduire ce biais par l'identification des propos affectés par cette désirabilité sociale.

2.3. Une démarche itérative et comparative

Nous avons procédé à une exploration hybride traduite par des « *allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche* » (Charreire Petit & Durieux, 2014, p. 93). Cette démarche s'inscrit dans notre volonté d'enrichir la connaissance par la « *production de construits théoriques [sont] fortement « enracinés » (Glaser & Strauss, 1967) dans les faits considérés* » (Ibid., p.93). La contextualisation détient alors un rôle clé dans l'appréhension des résultats, notamment lorsqu'ils sont issus d'une recherche par étude de cas où la visée compréhensive implique une analyse en contexte ou en situation. Du fait de notre stratégie d'étude de cas, nous entreprenons une démarche dite interactive (Hlady-Rispal, 2015) qui nous permet de « *vérifier le degré de pertinence d'une théorie au regard d'une autre pour favoriser l'émergence d'une nouvelle théorie, enrichie des données du terrain et des théories existantes* » (p. 261). Cette interactivité se traduit par la conduite d'un processus itératif et comparatif de plusieurs étapes. À la suite d'une « *immersion empirique* », des propositions sont tout d'abord émises, puis modifiées par la conduite d'une étude de cas. Ces nouvelles propositions sont alors défiées par la conduite d'autres études de cas qui, de par la comparaison de leurs résultats, permettent de confirmer des propositions et/ou d'en suggérer de nouvelles. Ainsi, la comparaison régulière des résultats à la théorie et à des cas similaires implique l'émergence d'« *hypothético-inductions* » (p.261) le long de la recherche. Cette démarche interactive traduit ainsi la difficulté de mener une démarche purement inductive et affiche une utilité dans la création de la connaissance.

L'interactivité que cette démarche propose, soutient le rôle d'une boucle récursive abduction/déduction/induction dans la création de la connaissance (David, 1999) ainsi que l'intérêt d'une « *démarche de balancier permanent entre observation et abstraction, entre théorique et opératoire* » (Martinet, 1990 in : Hlady-Rispal, 2015, p. 261). Dans le cadre d'une étude de cas, c'est par ces boucles récursives dynamiques que « *l'articulation entre le problème*

scientifique, le cadre analytique et le matériau empirique (dans leur imbrication) se fait » (Dumez, 2010, p. 13). Alors, ces différents éléments de recherche « s'enrichissent mutuellement et progressivement au cours de ces boucles » (Ibid.). Ainsi, notre posture pragmatiste appuie ce « processus d'enquête au sens de Dewey » dans lequel il s'avère utile de préciser « la dynamique des boucles de définition réciproque et de précision croissante du problème, du cadre analytique et du matériau empirique » (Ibid.). Nous supportons ainsi l'idée que « la gestion doit¹⁰⁴ accueillir des respirations de la pensée, des allers-retours entre approfondissements de zones locales et réarticulations de connaissances en cadres conceptuels englobants » (Martinet, 1990 in : Hlady-Rispal, 2015, p. 261).

Finalement, le développement d'une démarche interactive appuie notre conception du management stratégique comme science du concevable créatrice de connaissances actionnables et nos allers-retours entre théorie et terrain nous rapprochent une fois encore des principes et processus de recherche de la recherche ingénierique. Nous rejoignons alors les propos de David qui affirme que, « l'étude de cas serait productrice de connaissances intermédiaires entre contextualisations et abstraction, ce qui pourrait leur conférer des propriétés intéressantes à la fois sur le plan de leur généralisation et d'actionnabilité [Argyris et al., 1985 ; David, 2000 ; Adler et Shani, 2003] » (David, 2005, p. 6).

2.4. La conduite d'une analyse itérative de contenu

Selon Miles et Huberman (2003), l'analyse de données se compose de trois éléments clés : « la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des données » (p.34). Nous n'avons pas mené ces activités de manière séquentielle, mais de manière interactive, avec des allers-retours entre les différents pôles au cours de notre recherche (Miles & Huberman, 2003).

2.4.1. L'utilisation d'une grille de lecture conceptuelle pour condenser et présenter les données

L'analyse de nos données qualitatives a donc été effectuée par des comparaisons itératives entre nos cas. Pour ce faire, et comme suggéré par Hlady-Rispal (2015), nous avons procédé à une « analyse de données infra-cas et une analyse de données inter-cas » (p.261). Afin de conserver la perspective multidimensionnelle de notre phénomène de recherche tout en assurant un cadrage théorique à notre analyse, nous nous référons au modèle théorique d'Angeli et Jaiswal

¹⁰⁴ « doit » dans le texte original

(2016) « Conceptualisation du business model pour la prestation des soins de santé à la base de la pyramide (BoP)¹⁰⁵ ». Ses composantes reprennent les dimensions clés de la littérature des BM (Lecocq et al., 2006 ; Zott, Amit, & Massa, 2011) et considèrent les spécificités liées aux caractéristiques des services de santé et des stratégies BoP. Il fournit un cadre configurationnel permettant de structurer notre analyse et de délimiter le phénomène de recherche étudié. Il facilite ainsi la conduite d'une analyse transversale et systémique intra-cas, tout en permettant la comparaison de plusieurs cas. C'est en ce sens qu'il constitue un outil intéressant pour condenser et présenter nos données.

Finalement, la mobilisation de cette grille de lecture contribue à l'appréhension de notre terrain par une confrontation constante entre théorie et terrain, laquelle engendre des questionnements et des doutes nous faisant avancer à la manière d'un funambule (Hlady-Rispal, 2015) pour composer entre perception théorique et empirique.

2.4.2. Traitement des entretiens par un codage ouvert et thématique

Toujours dans notre processus d'analyse, nous nous sommes appuyés sur notre grille de lecture afin de coder nos données, c'est-à-dire pour « *découper les données (observation directe, discours, textes, images) en unités d'analyse [à] définir les catégories qui vont les accueillir, puis à placer (ranger ou catégoriser) les unités dans ces catégories* » (Grawitz, 1996 in : Allard-Poesi, 2003, p. 246). Il s'agit surtout d'explicitier « *les voies possibles par lesquelles le chercheur transforme le monde empirique, brut et désordonné de l'expérience, en un monde organisé d'idées et de concepts, passant ainsi du monde « des sens » au monde « du sens ».* » (Allard-Poesi, 2003, p. 245). Ainsi, nous avons effectué un codage thématique en prenant les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) comme catégorie d'analyse soit comme « *un ensemble d'unités d'analyse disposant de significations proches* » (Allard-Poesi, 2003, p. 255). De manière plus inductive, nous avons pu déceler des nouveaux thèmes émergents de nos analyses de cas.

À l'inverse des unités d'analyse textuelles, temporelles ou de lieu qui se basent sur des unités physiques telles qu'un mot, une ligne, un paragraphe, nous nous basons sur des unités de sens qui s'attachent au sens donné par un mot, une phrase, un paragraphe. Il s'agit finalement d'identifier ce que nous estimons « *porteur de sens, plaçable dans une catégorie, donc codable* » (Allard-Poesi, 2003, p. 251). Ainsi, « *les analyses dites « thématiques »* (Bardin,

¹⁰⁵ Traduit de l'anglais : « Conceptualisation d'un business model pour livrer des « Business model conceptualization for delivering health care at the base of the pyramid (BoP) »

1993) qui s'attachent à découvrir, analyser et caractériser des phénomènes ou des processus ont pour unité d'analyse l'unité de sens » (Ibid. ; p.251). Comme préconisé par Allard-Poesi (2003), nous prenons garde à la qualité heuristique de l'unité d'analyse et à ce qu'elle fasse sens sans l'ajout d'informations complémentaires. Une fois les unités de sens déterminées, nous les avons regroupées par thème. Nous avons ainsi effectué un codage dit « ouvert » selon Strauss et Corbin (1990) ou « descriptif » selon Miles et Huberman. À cela s'ajoute un codage dit « axial » (Strauss & Corbin, 1990) ou « thématique » (Huberman & Miles, 1991) qui regroupe les différentes catégories en méta-catégories (voir Figure 14)

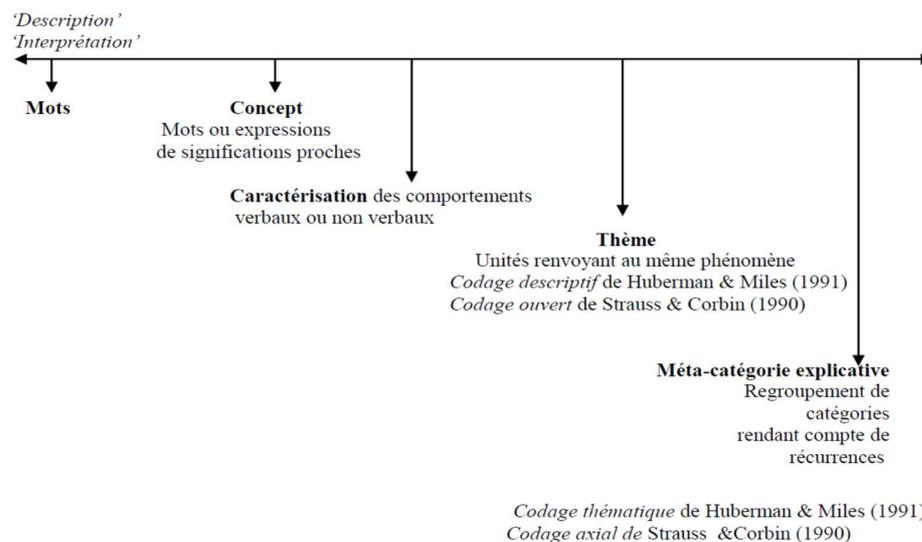


Figure 14 : Niveaux d'inférence pour la formation des catégories (Allard-Poesi, 2003, p. 256)

Ce deuxième niveau de codage permet une meilleure compréhension de notre phénomène de recherche que nous considérons ancré dans un contexte donné. C'est en ce sens que l'ensemble des catégories et leur construction sont dépendantes de notre posture épistémologique (Allard-Poesi, 2003), puisqu'elles sont dépendantes de notre perception de la réalité et de la création de connaissances.

Nous rejoignons les propos d'Allard-Poesi (2003) sur le fait qu'il est en fait difficile de déployer une méthode strictement *a priori* ou *a posteriori* en s'intégrant entièrement à une méthode préalablement définie.

C'est pourquoi nous nous basons sur plusieurs catégories issues de la littérature, mais venons enrichir cette catégorisation par des catégories émergent au fil de l'analyse. Notre méthode est ainsi qualifiée d'« *a prio-steriori* » (Allard-Poesi, 2003). Les thèmes repérés lors du processus de codage sont soit appairés aux thèmes de notre grille de lecture soit créateurs de nouvelles catégories de thèmes. Finalement, l'usage de catégories *a priori* nous aide à organiser nos

données et ainsi notre analyse ; et la catégorisation *a posteriori*, elle, émane d'une logique inductive permettant un certain enracinement. Cette combinaison offre une flexibilité dans la création et l'organisation des différentes catégories, quels que soient leurs niveaux d'inférence. Ceci supporte ainsi notre démarche interactive avec des allers-retours entre théories et terrain, basée sur des boucles de raisonnement abduction-induction-déduction nécessaire à une analyse transversale de type inductive.

2.4.3. Un traitement manuel et l'utilisation du logiciel Nvivo

La lecture de nos entretiens par attention flottante associée à un codage manuel régulier nous a permis de faciliter nos allers-retours entre théories et terrain. Nous avons ainsi ajusté progressivement notre cadre théorique et conceptuel. C'est ensuite que nous avons utilisé le logiciel d'analyse qualitative Nvivo pour garantir une plus grande rigueur dans le codage de nos données et la comparaison de nos cas. Nous nous sommes référés aux dimensions du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) pour organiser notre processus de codage. Le logiciel permet une organisation optimale d'un grand nombre de données, ce qui facilite la condensation et la présentation des données, mais aussi leur vérification.

Annexe 7 : Liste des codes Nvivo

Néanmoins, une utilisation trop stricte du logiciel peut réduire la capacité du chercheur à faire une analyse holistique et transversale du matériau empirique (Garreau & Bandeira-De-Mello, 2008). Ainsi, et en référence au « saut créatif » de Mintzberg (1979), il paraît bénéfique de prendre du recul par rapport au logiciel afin de laisser plus de place à la créativité et à la sensibilité du chercheur. Il semble donc pertinent d'alterner l'usage du logiciel à des techniques plus souples telle que l'analyse par attention flottante. En définitive, l'outil Nvivo est à manier avec précaution même si la rigueur qu'il apporte est indéniable. Même s'il détient une influence notable sur la validité de la recherche, il n'en est pas une garantie.

2.5. La validité de la recherche

Wacheux (1996) définit la validité comme « *la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés* » (ibid., p. 266). Se différencient alors la validité du construit, la validité interne et externe des résultats (Yin, 2002). Au-delà des critères de validité retenus du fait de notre posture épistémologique constructiviste pragmatique (actionnabilité et enseignabilité), nous avons déployé certaines précautions ou tactiques pour accroître la validité de notre recherche (Ayerbe & Missonier,

2007). Une formulation claire de notre phénomène de recherche et de notre question de recherche contribue à la validité du construit. La convergence des différentes techniques de validité interne et externe nous permet de les renforcer l'une l'autre (Ayerbe & Missonier, 2007).

2.5.1. Le principe de multi angulation des données, sources, et techniques de collecte

La validité interne s'attache surtout à notre rigueur dans le processus de recherche et notre capacité de transparence sur nos démarches méthodologiques. Le détail de notre travail épistémologique et méthodologique est ainsi un gage de validité interne et assure une certaine cohérence de la recherche. Le principe de multi angulation (Hlady-Rispal, 2015) ou triangulation (Yin, 2012) des données contribue aussi à renforcer la validité interne. Le recours à plusieurs sources de données permet de recouper les informations collectées et de confirmer leur véracité. Au-delà des données elles-mêmes, il s'agit de mobiliser diverses sources de données. Dans cette quête de preuves convergentes, nous avons alors eu recours à plusieurs techniques de collecte : l'observation, la conduite d'entretien et l'analyse documentaire. La multi angulation des sources et des outils de collecte accroît la fiabilité des données collectées et la validité interne de la recherche.

2.5.2. Généralisation théorique et connaissances génériques

La validité externe d'une recherche se traduit par les précautions que le chercheur déploie pour assurer la généralisation de l'échantillon et des résultats (Voir Figure 15).

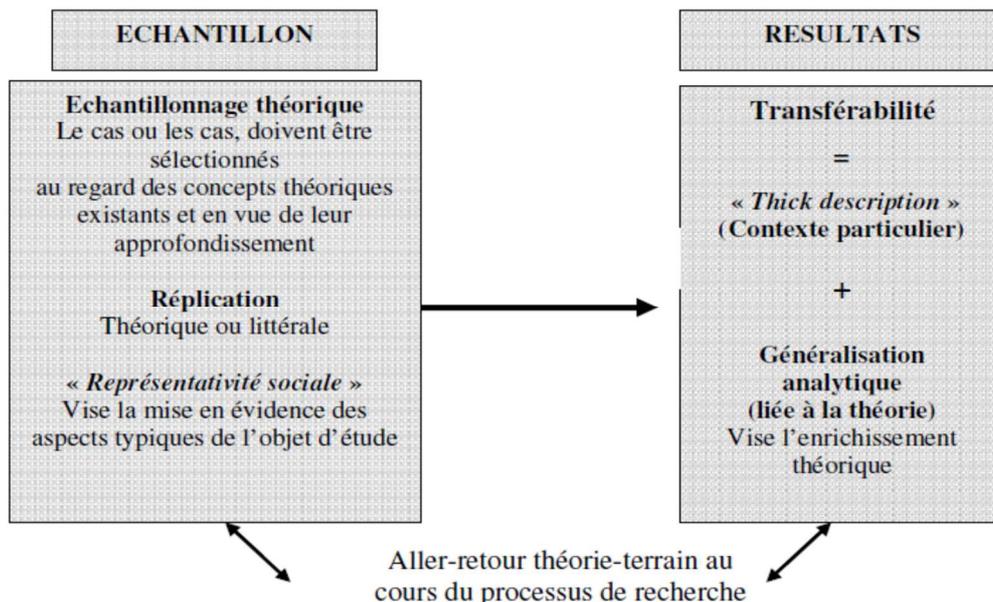


Figure 15 : Les fondements de la validité externe dans la recherche qualitative (Ayerbe et Missonier, 2007, p.47)

Le choix d'une méthode par étude de cas implique de prendre en compte les caractéristiques contextuelles qui sont cruciales au phénomène étudié (Yin, 2012). Préciser le genre du contexte donne alors les clés nécessaires à la maîtrise d'un « processus de transposition » permettant la généralisation des résultats (David, 2005). En ce sens, la description du contexte s'avère cruciale. Une description profonde (« Thick description »), soit une description détaillée permet d'évaluer si les résultats sont transposables à d'autres contextes (Geertz, 1973), et donc généralisables (Ayerbe & Missonier, 2007). Il s'agit de pouvoir transférer les résultats du cas à un autre cas ; en prenant compte du contexte. Cette contextualisation de la recherche qualitative sous-tend qu'elle ne cherche pas la mise en avant de lois universelles par une généralisation statistique, mais la création de connaissances génériques par une généralisation théorique (David, 2005). L'étude de cas permet ainsi de révéler des phénomènes et processus utiles à l'enrichissement de la théorie à condition que le contexte soit correctement appréhendé. De ce fait, nous consacrons la première partie de notre enquête empirique à la contextualisation de notre recherche.

Conclusion du chapitre

Nous affichons une posture constructiviste pragmatique qui porte un projet de connaissance actionnable. Dans un objectif transformatif et prescriptif, notre recherche vise à concevoir un BM dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis des régions en développement. Nous cherchons alors à construire un système propositionnel permettant la mobilisation de cet outil et l'adoption de solutions utiles aux organisations souhaite développer ce type de BM.

À ces fins, nous déployons une méthode qualitative par étude de cas multiples. Elle nous permet d'analyser les BM (et leur configuration) d'organisations dont l'activité vise à améliorer l'accès des services de santé aux plus démunis des régions en développement. Nous favorisons l'exploration par un raisonnement fondé sur une boucle récursive abduction-induction-déduction. Nous mobilisons alors la « Conceptualisation du business model pour la prestation des soins de santé à la base de la pyramide (BoP) » d'Angeli et Jaiswal (2016) comme un cadre configurationnel. Il nous permet de délimiter notre phénomène de recherche, d'organiser notre analyse de contenu intra-cas et d'effectuer une comparaison rigoureuse de nos différents cas. L'identification de récursivités nous permet de construire un jeu propositionnel composé d'un outil actionnable et de propositions génériques.

Chapitre 5 : Présentation des cas étudiés et analyses intra-cas

Introduction du chapitre

Sur la base des composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016), nous présentons les business models (BM) des organisations de nos études de cas afin de comprendre la manière dont chacune d'elles encourage l'accès des services de santé aux plus démunis grâce à des BM qui leur sont propres. Pour plus de clarté, chaque cas est analysé selon la même structure, sur la base des dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal.

Afin d'introduire chaque cas, nous présentons un rapide historique de l'organisation étudiée et portons une attention particulière à la proposition de valeur. Elle constitue en effet un point central du BM, autour duquel les autres dimensions de valeur sont construites. Suit alors la présentation des dimensions de valeur du BM par un tableau synthétique qui rend compte de la stratégie mise en œuvre par l'organisation étudiée. L'identification des caractéristiques présentes à chaque dimension du BM constitue en fait le point de départ de notre analyse.

Dans un second temps, nous analysons les stratégies menées à chaque dimension de valeur du dit BM, et évaluons leur concordance avec les stratégies mises en avant par Angeli et Jaiswal (2016). A ces fins, nous présentons la manière dont ces stratégies sont mobilisées et/ou adaptées et mettons en évidence de nouvelles stratégies émergent de notre analyse. En accord avec les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016), nous mobilisons le terme stratégie dans son sens générique pour représenter des activités ou des actions visant à atteindre un objectif.

Il s'agit en fait de comprendre la manière dont chaque organisation construit son BM sous l'influence des stratégies développées à chaque dimension de valeur de son BM, afin de délivrer des services de santé dits inclusifs c'est-à-dire « *des services de santé qui soient non seulement financièrement, mais aussi socialement et culturellement acceptables pour les patients BoP* » (Angeli & Jaiswal, 2016, p.2).

SECTION 1 : CONTEXTUALISATION DE LA RECHERCHE

Dans une démarche pragmatique, nous cherchons à concevoir un produit de recherche à visée opératoire. Cette recherche d'opérationnalisation renforce l'intérêt de contextualiser notre recherche. C'est par la compréhension du contexte que notre problématique de recherche prend sens.

1.1. Le développement et la santé au Brésil et en Afrique du Sud

Le cadre géographique de notre recherche se limite au Brésil et à l’Afrique du Sud. Certes ces deux pays diffèrent sur plusieurs points, notamment par leur héritage culturel, mais tous deux détiennent un système de santé défaillant limitant l’accès aux soins pour les plus démunis. Alors que les systèmes de santé privés sont majoritaires, mais trop coûteux pour une population à bas revenus, les systèmes de santé publics sont gratuits, mais offrent de mauvaises conditions de soins. Du fait du manque d’infrastructure et de personnel médical, le système public souffre d’une surpopulation des cliniques et hôpitaux, d’un temps d’attente excessif pour les patients, et des soins de qualité variable. Les systèmes doivent aussi faire face à la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles et à une hausse globale des coûts des soins de santé (Rao, Petrosyan, Araujo, & McIntyre, 2014). Ainsi, l’accès à la santé est un problème national majeur. Même si les autorités publiques s’emparent progressivement du sujet, les conditions de soins dans les infrastructures publiques restent défaillantes, voire inexistantes dans certaines zones isolées, et la présence des assurances privées très chères domine (Rao et al., 2014). La croissance économique de ces puissances émergentes donne aux gouvernements plus de moyens pour développer l’accès à la santé, mais les ressources allouées à la santé restent insuffisantes. L’Afrique du Sud et le Brésil, au même titre que les autres pays des BRICS, se sont pourtant engagés à améliorer la santé et le bien-être mondial au sein de la déclaration de Goa de 2016. Selon l’OMS, ces pays émergents sont des partenaires indispensables à l’amélioration de la santé mondiale. Comme l’a déclaré la directrice générale de l’OMS, Margaret Chan en 2011: « *Les BRICS représentent un bloc de pays ayant un grand potentiel pour faire avancer la santé publique mondiale dans la bonne direction (...) vers la réduction des vastes écarts actuels dans les résultats sanitaires et l’introduction d’une plus grande équité dans la façon dont les bénéfices du progrès médical et scientifique sont distribués.* »¹⁰⁶ (WHO, 2017, p. 1). L’intérêt d’étudier des initiatives de santé dans des pays BRICS prend alors d’autant plus de sens.

Paradoxalement à l’existence d’un système de santé universel gratuit pour tous, *Sistema Único de Saúde (SUS)*, les investissements en santé du Brésil sont majoritairement investis dans le système privé. Ainsi, le SUS souffre d’un manque de ressources pour assurer son bon fonctionnement et pour fournir un accès aux soins constant et de qualité. En comparaison aux

¹⁰⁶ Traduit de l’anglais : “*BRICS represents a block of countries with a ... great potential to move global public health in the right direction ... towards reducing the current vast gaps in health outcomes and introducing greater fairness in the way the benefits of medical and scientific progress are distributed.*”

autres pays des BRICS, le Brésil a le plus grand nombre de docteurs et infirmières. Néanmoins, la répartition très inégale des professionnels de santé sur le territoire limite l'accès des populations aux soins (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). Les infrastructures médicales sont surpeuplées et les temps d'attentes sont mirobolants. « *Le temps d'attente moyen pour consulter un médecin de santé publique à São Paulo est de trois mois, et dans certaines spécialités médicales, il peut atteindre un an.* » (Ehrlich & Fu, 2013, p. 1). Le souci de ces disparités est encore plus ressenti dans les zones reculées où les infrastructures et le personnel médical sont rares. L'ensemble de ces barrières élève le coût de la santé pour les populations, si bien que le budget consacré à la santé constitue le deuxième poste de dépense des ménages après l'alimentation (Rao et al., 2014).

En Afrique du Sud, les inégalités face à la santé persistent malgré une augmentation des services sociaux et l'annonce du nouveau gouvernement sud-africain (juin 2018) d'un projet de couverture maladie universelle nationale (Ribadeau Dumas, 2018). Les dépenses en santé sont principalement effectuées dans le secteur privé, qui ne couvrent pourtant que 15% de la population (Ataguba and Akazili, 2010 in: Buss et al., 2014). Les inégalités d'accès à la santé sont aussi amplifiées par l'enclavement de certains territoires. L'Afrique du Sud détient certes un réseau routier de 747,014 km, mais seuls 21% des routes sont pavées (CIA, 2014), ce qui complexifie l'accès à certaines zones.

Les deux pays connaissent donc de fortes difficultés en matière d'accès aux soins. Outre leur système de santé défaillant, d'autres points de convergence renforcent la pertinence d'une analyse conjointe. L'amélioration de la situation économique a creusé les inégalités entre les populations, si bien qu'il existe encore un taux important de la population vivant dans une situation de pauvreté multidimensionnelle. Leur indice de pauvreté multidimensionnel démontre en effet des manquements en termes d'éducation, de santé et des standards de vie des populations locales. Il existe un isolement des populations rurales, mais aussi des populations urbaines vivant dans les bidonvilles (*favelas* au Brésil et *townships* en Afrique du Sud). Ces populations se confrontent à une forte exclusion sociale, et ont un accès limité à des infrastructures de base. L'héritage culturel est aussi source de certaines inégalités. L'Afrique du Sud souffre des dessous de l'Apartheid et le Brésil des discriminations à l'égard des indigènes, des Afro-Bréiliens, et des populations rurales (PNUD, 2014).

Même si l'IDH du Brésil lui attribue la qualité d'un pays dit développé, le développement humain au sein du pays est inégalitaire. Une part de la population souffre de pauvreté multidimensionnelle traduisant des manquements économiques et sociaux, et notamment en

termes d'accès aux soins. Ainsi, la prise en compte des inégalités fait perdre 23,9% de valeur à l'IDH Brésilien, ce qui lui confère un IDH ajusté aux inégalités (IDHI) de 0,578. Le Brésil perd ainsi 17 place dans le classement mondial, comparé à son classement basé sur l'IDH. Souffrant du même problème d'inégalités nationales, l'Afrique du Sud détient à IDHI de 0,467, ce qui indique une perte de 33.2% de valeur de son IDH (PNUD, 2018). Le pays perd aussi 17 places dans le classement mondial. La différence de valeur marquée entre l'IDH et l'IDHI indique d'importantes inégalités au sein des pays. C'est en ce sens que le PNUD considère le Brésil et l'Afrique du Sud comme des « régions en développement » (PNUD, 2018, p. 108).

La présentation du contexte de notre recherche vise surtout à exposer la situation globale du Brésil et de l'Afrique du Sud en matière d'accès aux soins qui se distingue clairement de la situation des pays à l'IDH très élevé, tel que la France ou les Etats-Unis. Ces pays souffrent eux aussi d'inégalités socio-économiques et de « déserts médicaux », mais leur signification et les défis associés n'ont pas la même ampleur du fait des acquis sociaux, des infrastructures disponibles et de l'implication des institutions et gouvernements locaux. Ce sont donc les caractéristiques liées à la prestation de santé dans ces régions en développement qui constituent l'élément central de notre contextualisation.

Ce contexte souligne donc l'intérêt d'analyser des initiatives de santé portée par différentes organisations, dans des pays où les systèmes publics sont tellement défaillants que l'accès des populations à la santé primaire est compromis.

Annexe 6 : Comparaison des indicateurs de santé et de développement humains entre le Brésil, l'Afrique du Sud et la France

1.2. Présentation du problème en contexte

Notre processus de création de connaissance repose donc sur des études de cas ayant des éléments contextuels contingents. La prise en compte de ces éléments contextuels rend possible une comparaison à d'autres contextes afin d'étendre la portée de la connaissance produite. C'est la similitude avec ces éléments de contextes qui déterminera la pertinence de la connaissance produite dans d'autres contextes (David, 2005).

Les critères de pertinence de notre recherche liés au contexte reposent sur un système de santé défaillant (pas de couverture maladie universelle ou inefficace, nombre insuffisant de praticiens et lits, temps d'attente long) dans une région en développement. La prise en compte de ces critères constitue ainsi une condition nécessaire à la mobilisation de nos résultats à d'autres contextes.

Nous analysons les activités et business models de quatre organisations qui visent à encourager l'accès des services de santé aux plus démunis. Nous cherchons à comprendre la manière dont elles procèdent par la mobilisation d'un cadre théorique basée sur les business models, la logique dominante service et les stratégies BoP. En mobilisant le business model comme cadre intégrateur, nous cherchons à prescrire des stratégies et pratiques pouvant améliorer l'accès des services de santé primaires aux plus démunis et ainsi leur santé globale. Par nos propositions, nous espérons aider à la transformation d'une situation d'accès aux soins primaires pour tous qui demeure critique dans les régions en développement.

SECTION 2 : ANALYSE DU CAS CIES GLOBAL

2.1. Présentation de CIES Global

2.1.1. Historique de CIES Global et synthèse de son business model

Le projet CIES Global a été fondé en 2007 au Brésil par le gastro-entérologue Dr. Roberto Kikawa afin d'offrir des prestations de soins de santé humanisés et de haute technologie aux populations vulnérables. Aujourd'hui le projet est porté par CIES Global, OSCIP¹⁰⁷ responsable de la prestation des soins, et par l'entreprise Fleximedical, entreprise à but social chargée de la construction des infrastructures et des équipements technologiques médicaux.

Initialement, le Dr. Roberto Kikawa s'est engagé envers l'accessibilité de la santé pour tous par son implication dans l'association Ebenezer dédiée à l'éducation et la santé. En 2005, il crée Fleximedical, une entreprise d'innovation technologique médicale spécialisée dans la conception et la production d'équipements médicaux. Il développe ensuite le projet CIES Global en 2007, un modèle de santé intégré et autosuffisant. Après une incubation d'un an basée sur des périodes de test et de recherche de partenariats, CIES Global (Centre d'intégration de l'éducation et de la santé¹⁰⁸) est officiellement créé en 2008. Ce centre prend la forme d'un wagon de santé c'est-à-dire un camion médicalisé d'environ 55 m² pouvant atteindre 100 m² une fois déplié, composé d'équipements technologiques de qualité et d'une infrastructure fonctionnelle adaptée aux procédures de soin.

¹⁰⁷ Organisation de la société civile d'intérêt public soit une ONG dont la finalité sociale a été approuvée par le ministère de la Justice. (à noter qu'il n'existe aucune définition officielle de l'Organisation non gouvernementale selon le droit brésilien, d'où l'intérêt et la nécessité d'être qualifié d'OSCIP)

¹⁰⁸ Traduit du portugais : Centro de Integração de Educação e Saúde

En 2012, CIES¹⁰⁹ crée un partenariat avec la préfecture de São José dos Campos pour améliorer l'accessibilité des soins aux populations, par une gestion partagée du Système unique de santé¹¹⁰ (SUS). Ce programme marque le début de la collaboration avec le gouvernement brésilien, qui s'est ensuite étendue à plusieurs municipalités. En 2013, le programme Hora Certa Móvel est lancé avec la préfecture de São Paulo, puis d'autres partenariats ont été développés avec la municipalité de Belo Horizonte, Joinville, Mato Grosso do Sul et Rio de Janeiro. Ce programme avec le gouvernement constitue alors l'activité clé de l'organisation.

Annexe 8 : Présentation du BM de CIES selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

2.1.2. Focus sur la proposition de valeur de CIES global au Brésil : des services de santé de qualité et humanisés

Depuis 2008, CIES Global se dédie à la prestation de « *soins préventifs, spécialisés, humanisés et de technologie avancée à destination des communautés dans le besoin via des centres médicaux mobiles* » (CIES/Bilan, p.6). Cette proposition de valeur repose sur ce que CIES dénomme « l'ADN de l'amour » qui se caractérise par trois principes : « la vocation de servir, une combinaison appropriée de services pour accroître l'efficacité et générer un impact social élevé, et la concentration sur le patient en créant une relation proche médecin-patient » (CIES/Rapport Annuel_2015, p.4). Dans ce but, CIES concentre sa proposition de valeur sur la mobilité de son offre par des unités médicales technologiques mobiles, sur une ligne de soin complète pour une meilleure guérison et une amélioration de la santé globale des patients et sur une approche centrée patient portée par une relation patient-praticien « humaine » et le déploiement de son programme de prévention. Le responsable communication précise : « *Nous nous occupons de tous les services de santé et prise en charge. Nous faisons la consultation, l'examen, l'intervention, la chirurgie et nous disons au gouvernement : 'Ce patient va bien, vous n'avez pas à vous en faire.'* »¹¹¹ Le but est de proposer une alternative qui se différencie des services du gouvernement du fait de la qualité des soins dispensés en médecine généralisée et spécialisée, et de la disponibilité de services de consultations, d'exams et de chirurgie dans une période de temps acceptable et avec une relation patient-praticien humanisée.

¹⁰⁹ Dénomination que nous utiliserons en référence à CIES Global

¹¹⁰ Traduit du portugais : Sistema Único de Saúde

¹¹¹ Traduit de l'anglais : "We are doing the all healthcare and care. We make the consultation, the exam, the procedure, the surgery and we say to the government, this patient is ok, you don't need to worry about it."

Depuis la création du camion médicalisé marquant le lancement de CIES, d'autres modèles mobiles et/ou amovibles se sont progressivement développés : un van ou camionnette de santé mobile, et des boxes de santé amovibles en containers. Les différentes structures permettent d'accéder à des endroits variés et isolés tels que les favelas ou des zones péri-urbaines et rurales, de traiter davantage de patients, et de proposer une offre de santé plus complète le long de la chaîne de soin. CIES propose ainsi des consultations de médecine générale, des examens de diagnostic de complexité simple à moyenne, et des chirurgies simples dans 11 spécialités médicales¹¹². L'organisation détient aussi un programme de prévention médicale, *Doutor Saúde*¹¹³ (CIES/Bilan, CIES/Rapport Annuel _2017, CIES/Rapport Annuel _2016).

CIES complète le service fourni dans les Unités basiques de santé¹¹⁴ (UBS) du gouvernement par des prestations de soins effectuées dans ces infrastructures à prix abordables de manière à ce que les autorités publiques puissent s'en acquitter et les proposer à la population gratuitement. Grâce à son modèle d'exploitation autonome basé en fonction de la table de prix du SUS, CIES désengorge les UBS tout en proposant des soins de qualité. Même si l'initiative de CIES vise à rendre accessibles les services de santé aux plus démunis, elle ne les cible pas elle-même. Sa collaboration avec le gouvernement implique que le SUS définisse la demande à laquelle CIES répond. Elle se compose des patients auxquels le SUS ne peut fournir des soins de santé du fait de la surpopulation des UBS. Ces populations devant compter sur le système public s'avèrent être souvent les plus démunies du pays.

En parallèle, l'organisation détient une offre de services à destination des entreprises qui prennent en charge les frais des soins fournis par CIES à leurs employés, et parfois leurs familles. Cette activité est néanmoins mineure et se concentre davantage sur le volet prévention de l'offre de services proposés par un programme de médecine préventive (PMP) (Entretien avec Ricardo, Coordinateur et responsable communication, CIES/Rapport Annuel _2017). Ce programme encore peu développé vise à l'être davantage. Leticia, coordinatrice des opérations CIES, explique :

« L'idée de Roberto est de gérer la santé d'une manière préventive tous les ans. Il veut offrir aux gens l'accès à des examens préventifs. La personne paie pendant une année, et pendant cette année elle a accès à un package d'examens. Ce sont des examens importants pour la prévention de la santé de la personne ».

¹¹² Cardiologie, Gastroentérologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Urologie, Radiologie, Neurologie, Angiologie, Oto-rhino-laryngologie, Proctologie

¹¹³ En français : Docteur Santé

¹¹⁴ Traduit du portugais : Unidade Básica de Saúde

Au vu de la part encore peu importante du PMP au sein de la proposition de valeur et de la prépondérance des populations pauvres ayant recours aux soins publics, notre étude se focalise surtout sur l'offre que CIES propose aux patients du SUS.

2.2. L'étude des stratégies développées au sein des dimensions de valeur du business model de CIES Global Brasil

2.2.1. Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de CIES

Dans le but d'atteindre une proposition de valeur adaptée aux besoins des patients locaux, la composante *Découverte de Valeur* vise à comprendre les besoins des patients, en amont de la proposition de valeur, afin de proposer des services adaptés. Cette dimension décrit les efforts organisationnels mis en place pour sensibiliser les patients aux besoins médicaux, encourager la reconnaissance par le patient des besoins de santé et co-identifier une solution acceptable avec le patient.

2.2.1.1. Comprendre les besoins locaux par un ancrage terrain et des études de marché

Le projet CIES est né de l'intérêt de sensibiliser les populations brésiliennes à l'importance des soins de santé en leur apportant une éducation en santé. Via l'association Ebenezer, le fondateur de CIES, s'est d'abord impliqué dans plusieurs activités de sensibilisation et d'éducation en santé, par la mise en place de cours volontaires et de soins médicaux gratuits. Constatant l'insatisfaction des populations envers le système de santé national, Roberto Kikawa a ensuite créé le projet CIES, basé sur le triptyque Traiter-Eduquer-Prévenir pour un meilleur accès des populations aux services de santé. Dans un objectif de sensibilisation et d'éducation, CIES mène des campagnes de sensibilisation par son programme de prévention médicale. Cependant, ce volet d'activité est ancré à sa proposition de valeur, et ne constitue pas une étape préalable à l'identification de la proposition de valeur comme le caractérise Angeli et Jaiswal (2016).

L'appréhension progressive du système de santé brésilien, des infrastructures existantes, des acteurs locaux et de l'insatisfaction des populations grâce à des études de marché, a poussé CIES à orienter son cœur de métier sur la mobilité de ses infrastructures. Grâce à sa présence dans plusieurs régions, et ce de manière flexible, CIES peut répondre à la forte demande en santé que le SUS ne peut satisfaire seul, du fait de l'engorgement des UBS et de sa présence géographique parfois limitée.

Même si CIES a mené plusieurs études de marché, l'organisation ne semble pas reposer sur des stratégies de co-identification du besoin avec les patients, ou d'engagement de la communauté tels qu'Angeli et Jaiswal (2016) l'identifient. En effet, CIES limite la sensibilisation en amont, et cherche surtout à construire une solution adaptée aux besoins locaux grâce à des mécanismes d'essai erreur et au maintien de collaborations locales.

2.2.1.2. Construire sa proposition de valeur par l'expérience et l'ambition

En réponse à l'identification des besoins locaux, CIES se repose beaucoup sur son expérience, fortement ancrée à celle de son fondateur. Ainsi, elle propose de nouvelles solutions par des mécanismes d'essai erreurs. Ricardo, coordinateur et chargé de communication, présent depuis la création de CIES raconte :

« En fait, chaque unité mobile a sa propre histoire. Celle-ci, la camionnette la petite, c'est parce que nous étions avec le camion à la favela et avec le camion il était très difficile d'atteindre les gens [de la favela]. À la fin, beaucoup de gens n'y allaient pas. L'absentéisme était très important. Nous avons réalisé, et quelqu'un nous a dit que c'était parce que les gens ne pouvaient pas descendre à cause d'un problème de santé ou d'obésité. »¹¹⁵

C'est donc en réponse à cette difficulté qu'un van de soin a été créé. Le coordinateur ajoute :

« Nous sommes revenus, et Roberto a dit : 'Nous devons faire quelque chose... que puis-je faire maintenant ?' J'ai suggéré de rencontrer un groupe et de faire un brainstorming pour découvrir, trouver de nouvelles idées et faire quelque chose de mieux pour ces gens. Il m'a dit : 'Attendez, j'ai déjà la solution !' En une heure, Roberto avait la solution ! »¹¹⁶

Par son appréhension de l'environnement et son écoute des populations locales, Roberto Kikawa a su porter un projet permettant de surpasser l'isolement des populations des favelas. Ainsi, il a imaginé une structure plus condensée et mobile, prenant la forme d'un van pouvant accéder à des zones étroites et vallonnées où le camion initialement conçu ne peut se rendre.

Cet exemple illustre le fait que son expérience terrain et son contact des patients lui permettent d'appréhender les contraintes auxquelles les populations se confrontent. De plus, l'engagement de Roberto Kikawa semble constituer une force clé de CIES « *Ce médecin, Roberto Kikawa,*

¹¹⁵ Traduit de l'anglais : "Actually, each mobile unit have its own history. This one, the van the small one, it is because we were with the truck at the favela and with the truck it was very hard to reach these people [from the favela]. At the end of that, a lot of people were not going. The absenteeism was very huge. We realised, and someone told us, it was because people could not get down because of health problems or obesity."

¹¹⁶ Traduit de l'anglais : "We came back, and Roberto said: 'we need to do something ... what can I do now?'. I suggest meeting with a group and make a brainstorm to discover new ideas and do something better for these people. He told me: 'Wait I already have the solution!'. In one hour, Roberto has the solution!"

*fondateur de CIES, a la volonté de répondre aux besoins des populations nécessiteuses. »*¹¹⁷ (Médecin CIES, Unité Santo Amaro, SP). Il permet d'impulser les changements nécessaires à l'implémentation d'une proposition de valeur adaptée et accessible, tout en transmettant des valeurs sociales qui rassemblent différents acteurs dans un projet commun de délivrer des soins de santé de qualité. En ce sens, le rôle du fondateur Roberto Kikawa semble primordial pour identifier des besoins locaux, et proposer des solutions adaptées.

2.2.1.3. *Interagir avec les acteurs locaux pour comprendre le cadre social et préparer l'opérationnalisation des activités*

Dans le cadre de sa collaboration avec le gouvernement, CIES évalue le besoin en santé selon les données transmises par le SUS. « *Nous avons beaucoup de gens dans le besoin, la première étape quand le maire ou le secrétaire à la santé appelle, c'est pour demander l'horaire, la liste des gens qui attendent les examens* »¹¹⁸ (Ricardo, Coordinateur et responsable communication CIES). A son arrivée dans une municipalité, CIES peut ainsi s'ajuster à la demande selon les informations transmises par la municipalité. Ainsi, l'appréhension des besoins locaux se fait davantage avec les acteurs impliqués dans le SUS, plus qu'avec le patient. La dépendance de CIES à la demande existante du SUS limite l'intérêt de mener des activités de cocréation visant à co-identifier le besoin avec les patients. Cela limite aussi l'effort de sensibilisation effectuée envers les patients. Elle est surtout à la charge du gouvernement. Une infirmière affirme ainsi: « *C'est la responsabilité du SUS.* »¹¹⁹ Dès lors, la préparation en amont de CIES consiste surtout à négocier les termes du contrat avec les municipalités (et les entreprises pour son offre privée) et préparer la mise en œuvre de ses activités.

Etant le principal partenaire de CIES, le gouvernement influence directement son activité via la demande du SUS qu'il lui délègue, le choix du lieu d'installation et le soutien opérationnel qu'il fournit. En effet, la municipalité a un droit de regard sur le choix des sites où CIES installe ses infrastructures. Elle lui donne aussi accès à l'eau et l'électricité gratuitement. De plus, elle oriente CIES pour le recrutement du personnel local : « *Quand nous arrivons et que nous ouvrons le camion ou le container, nous avons l'habitude de parler au maire et aux habitants de la ville pour trouver des gens pour nous aider.* »¹²⁰ (Ricardo, Coordinateur et responsable

¹¹⁷ Traduit de l'anglais : "This doctor, Roberto Kikawa, which is the founder of CIES, had a will of meeting the needs of needy populations."

¹¹⁸ Traduit de l'anglais : "We have a lot of people in need, the first step when the mayor or the secretary of health call it's to ask for the schedule, the line of people who are waiting for exams."

¹¹⁹ Traduit de l'anglais : "This is SUS responsibility."

¹²⁰ Traduit de l'anglais : "When we arrive and open the attendance at the truck, or the container, we are used to talk to the mayor and to the people at this town to find people to help us so."

communication CIES). CIES doit ainsi gérer sa relation avec le gouvernement afin de pouvoir exercer son activité, et ce dans les meilleures conditions. La difficulté est d'entretenir cette relation quels que soient les changements politiques. Suite à l'arrivée du nouveau maire de São Paulo, Ricardo, coordinateur et responsable communication CIES, explique : « *Nous faisons beaucoup d'efforts pour montrer que nous pouvons rester avec eux et les aider d'une bonne manière.* »¹²¹ Néanmoins, CIES tente de prendre du recul par rapport au gouvernement. Leticia raconte :

« Parfois les gouvernements veulent aller dans une région où ils sont politiquement faibles pour s'améliorer et avoir une meilleure image. Ça nous est déjà arrivé et il faut faire attention. Une fois, je savais que dans cette région en question il n'y avait pas de demande donc j'ai dit à mon chef, non. Ce sont des choses dont il faut se méfier. »

CIES s'appuie alors sur ses contacts pour s'assurer de la pertinence des lieux suggérés par le gouvernement, et ainsi se rendre dans des zones où la demande est réellement présente.

S'appuyer sur ses contacts permet aussi à CIES de contourner les pratiques de corruption qui sont assez présentes au Brésil. Leticia, coordinatrice des opérations, raconte une anecdote avec une entreprise d'électricité devant intervenir pour préparer la zone d'installation de leurs infrastructures amovibles : « *On avait besoin de raccorder l'électricité et ils trainaient, trainaient, trainaient. A la fin on a découvert qu'il fallait payer pour que les services aillent plus rapidement* » (Leticia, Coordinatrice des opérations CIES). Alors, CIES choisit avec précaution ses collaborateurs et se repose beaucoup sur le bouche-à-oreille : « *Oui, opportunité, mais opportunité qui marche bien. On vérifie que ce sont des gens fiables* » (Leticia, Coordinatrice des opérations CIES).

CIES s'efforce ainsi de comprendre les enjeux sociaux et politiques liés à chaque secteur ciblé, tout en identifiant d'éventuels partenaires locaux en s'assurant de leur fiabilité. Il semble en fait nécessaire d'interagir avec plusieurs acteurs de l'écosystème pour évaluer la demande et préparer son installation, en prêtant une attention particulière aux pratiques de corruption et aux termes du contrat effectués avec le gouvernement.

¹²¹ Traduit de l'anglais : "We are making a lot of efforts to show that we can stay with them and help them in a good way."

2.2.2. Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du business model de CIES

2.2.2.1. Favoriser l'implication continue des patients, mais aussi du personnel médical pour affiner la proposition de valeur

Comme suggérée par Angeli et Jaiswal (2016), l'implication continue des clients permet à CIES de concevoir et de mettre en œuvre une proposition de valeur adaptée qui puisse les satisfaire. Ainsi, CIES mène régulièrement des enquêtes de satisfaction et laisse à disposition des patients des « boîtes de satisfaction » dans lesquelles les patients peuvent donner leur opinion du service. Une hotline du gouvernement permet aussi à CIES d'obtenir des retours des patients. Le gouvernement et CIES travaillent ici en collaboration étroite pour encourager la satisfaction des patients dans les arènes de santé liées au SUS. Le patient est aussi impliqué par des messages de sensibilisation délivrés au sein des unités de service. Le but est d'informer le patient, mais aussi de l'encourager à interagir avec le personnel. Par exemple, une BD de sensibilisation est fournie aux enfants, et des flyers informatifs sont à disposition dans les unités (CIES/Comm/1, CIES/Comm/2, Entretien avec le responsable communication).

La communication interne joue aussi un rôle clé dans l'ajustement de la proposition de valeur visant à satisfaire les patients. L'infirmière en chef récolte les remontées du terrain des différents membres du personnel de santé, et se charge de transmettre l'information à la direction. Les remarques tendent à être prises en compte même si le changement est parfois long à se mettre en place. L'infirmière en chef, Pamela, de l'arène de Santo Amaro de São Paulo explique :

*« Quand je suis arrivée dans cette unité, ce container avait besoin de beaucoup d'améliorations, donc... J'ai envoyé un courriel il y a environ six mois pour leur dire ce dont il y avait besoin. Ce mois-ci, enfin, ils vont réformer tous les containers. Ils ont déjà réformé la partie extérieure, mais maintenant ils vont la peindre, changer le sol. C'est ce qui fait la différence, nous pensons 'Bien, ça a marché'. Donc, je pense qu'il est vraiment important de communiquer. »*¹²²

De plus, des réunions inter-unités sont organisées par spécialité afin d'échanger sur les processus et les protocoles de soin, et d'améliorer la qualité des soins effectués dans une approche centrée patient. Il y a aussi des réunions entre les membres du personnel de soins, par

¹²² Traduit de l'anglais : "When I first got here in this unit, this container needed a lot of reforms, so... I sent an email for about six months telling them what it was needed. This month, finally, they will reform all the containers. They have already reformed the external part, but now they will paint it, change the floor. This is what makes the difference, we think, 'well, it worked'. So, I think it's really important to communicate."

unité entre infirmières et médecins. Des temps d'échanges entre médecins et infirmières sont aussi organisés afin d'optimiser le travail en équipe. Mari, médecin échographiste dans l'unité Nord de São Paulo et à Santo Amaro, témoigne « *Chacun d'entre nous prend soin de son équipe et donne un feedback à chacun. Nous sommes ensemble parce que nous formons une équipe.* »¹²³ Des réunions mensuelles entre les différentes unités sont aussi organisées dans chaque région en présence des gérants et coordinateurs de soins, des infirmières en chef, des médecins référents, du personnel pharmaceutique et du personnel du conseil composé du directeur des cliniques et du personnel de la commission de contrôle d'infections hospitalières. Le but est de faire un récapitulatif du mois effectué en fonction du nombre d'exams effectués selon les objectifs préalablement fixés, d'informer le personnel d'éventuelles modifications internes au niveau du recrutement ou du lancement de nouvelles unités, et de planifier le mois suivant (Entretien avec Fabiola, Infirmière en chef de Lapa).

Les retours du terrain sont pris en compte pour un meilleur ajustement de la proposition de valeur selon la demande des patients et des différentes problématiques auxquelles les personnels ont pu se confronter. La communication interne permet ainsi d'optimiser les conditions de prestations de soins aussi bien pour les patients que pour les personnels médicaux. Dr. Marco, proctologue à l'unité de Lapa, explique : « *Je peux parler au CIES (...) Notre service, tel qu'il est aujourd'hui, est comme ça après une série d'améliorations (...) Nous nous améliorons toujours. L'amélioration est toujours quelque chose que nous devons essayer de faire.* »¹²⁴

2.2.2.2. Employer du personnel peu expérimenté et les sensibiliser aux soins .

CIES s'attache à accompagner des personnes non qualifiées ou inexpérimentées qui ont souvent des difficultés à intégrer le marché du travail.

« *On essaye de donner des opportunités, surtout aux infirmières. Elles nous disent souvent 'Je ne trouvais pas de travail, je sortais de l'université et n'avais pas beaucoup d'expérience'. On recrute des gens pour leur apprendre à faire des choses (...) on les forme sur place* » (Leticia, Coordinatrice des opérations, CIES).

En tant que centre de formation, la formation des employés fait partie intégrante de la proposition de valeur de CIES. Fabiola, infirmière responsable de l'unité de Lapa affirme son engagement en tant que formatrice auprès de ses collègues techniciens et infirmières « ... en

¹²³ Traduit du portugais : « *Cada um dá conta do seu time e dá os feedbacks para todos. A gente está junto porque somos um time mesmo.* »

¹²⁴ Traduit de l'anglais : « *I can talk to CIES (...) Our attendance, the way it is nowadays, is like this after a series of improvements. (...) We are always improving. Improving is always something we have to try to do.* »

plus de servir le public, c'est un centre éducatif». Elle ajoute « *La principale qualité pour travailler ici est l'engagement, vous n'avez pas besoin d'expérience.* »¹²⁵

Par ailleurs, lors de l'installation de ses nouvelles unités, CIES s'attache à embaucher des employés locaux dans ses activités de soutien :

*« Il ne s'agit pas de soins médicaux, mais c'est quelque chose que nous appelons 'dispositif productif local'. (...) Ces gars [qui vivent dans la municipalité où CIES installe l'unité en question] peuvent être engagés pour une longue ou courte période pour se charger de l'accueil. »*¹²⁶ (Ricardo, Coordinateur et responsable communication CIES).

CIES se concentre sur l'acceptabilité de sa proposition de valeur par l'amélioration d'une offre de qualité qui soit mobile et centrée patient, mais aussi par son engagement inclusif par la conduite de programme de médecine préventive ; l'emploi de personnes exclues du marché du travail, et par la formation de ses employés. Son activité constitue alors un vecteur d'opportunités économiques et sociales.

2.2.3. Les stratégies mobilisées dans la création de valeur du business model de CIES

2.2.3.1. Mobiliser des technologies médicales innovantes pour délivrer la proposition de valeur

CIES utilise un logiciel qui répertorie les informations des patients, ce qui permet non seulement aux personnels médicaux d'accéder au dossier médical des patients, mais aussi aux patients d'avoir un carnet de santé en ligne. Cependant, CIES ne peut pas toujours utiliser son propre logiciel « *C'est plus compliqué à São Paulo, car nous devons utiliser le logiciel du gouvernement, et nous voudrions utiliser le nôtre. On ne met pas les examens, on les garde avec nous dans un lieu de stockage.* » (Leticia, Coordinatrice des opérations CIES). L'importance de la technologie s'applique aussi au matériel médical nécessaire à délivrer la proposition de valeur. L'approvisionnement auprès de l'entreprise Fleximedical spécialisée dans la conception et la fabrication d'équipements technologiques médicaux assure un bon niveau de qualité. Un médecin souligne les moyens de CIES en opposition aux services publics :

« Si je vais dans un hôpital public, l'équipement est mauvais, je ne peux pas faire un bon travail. (...) Votre engagement est avec le patient, vous devez aider le patient qui a un

¹²⁵ Traduit du portugais : “...além de atender o público, ele é um centro de educação.(...) A principal qualidade é comprometimento, não precisa ter experiência.”

¹²⁶ Traduit de l'anglais : “It is not about the medical attendant but that's something we called 'Local productive arrangement' (...) these guys [who live in the municipality where CIES have set up the unit] can be hired for a long or short period time to make the reception.”

problème. Et... à l'hôpital public, parfois vous ne pouvez pas, vous avez les mains liées, vous n'avez pas l'équipement, vous n'avez pas d'employé... »¹²⁷ (Dr. Marco, Proctologue, CIES Unité Lapa, SP).

Outre les équipements technologiques, la disponibilité du matériel médical est valorisée par le personnel : « *CIES est meilleur parce qu'il ne manque pas de matériel et c'est courant dans les hôpitaux publics. CIES est très différent.* »¹²⁸ (Fabiola, Infirmière en chef CIES, Unité Lapa, SP).

Par ailleurs, ces technologies permettent à CIES de développer plusieurs types d'infrastructures constituées de matériels médicaux de qualité, et de s'adapter aux zones d'intervention. Dans le cas des zones isolées, CIES peut par exemple recourir à la télémédecine et à l'utilisation d'un van médicalisé. Ainsi, les patients isolés des favelas peuvent accéder à des soins dispensés par des infirmières et techniciens au sein du van, et les résultats des examens réalisés peuvent alors être envoyés à des médecins qui feront un diagnostic à distance.

2.2.3.2. Se focaliser sur le personnel médical et non médical, des conditions de travail stimulantes dans une approche centrée patient

Même si le recrutement de certaines ressources humaines peut être partie intégrante de la proposition de valeur, cela contribue aussi à la délivrer. Le manque de praticiens et le coût associé à leur emploi appellent alors une gestion optimisée des ressources humaines médicales.

Le rôle des personnels dans la ligne de soin est déterminé selon leurs compétences. Les soins primaires sont gérés par les infirmières alors que les consultations et les examens des soins spécialisés sont gérés par les médecins. Alors que les infirmières embauchées sont souvent inexpérimentées, les médecins sont à l'inverse très expérimentés afin de garantir leurs compétences et leurs performances dans le métier. Leticia, coordinatrice des opérations explique

« La plupart a pas mal travaillé déjà, parce que le rythme qu'on a, ce n'est pas des gens très jeunes qui arrivent à le tenir. Les médecins ont beaucoup plus d'expérience. Je dis ça seulement pour te dire qu'on est plus sûr de la capacité des médecins parce qu'ils ont l'expérience. On n'a pas de médecin très jeune. »

¹²⁷ Traduit de l'anglais : "If I go to a public hospital, the equipment is bad, I can't do a good job (...) Your commitment is with the patient, you have to help the patient that has a problem. And ... in the public hospital sometimes you can't, you have your hands tied, you don't have the equipment, you don't have an employee."

¹²⁸ Traduit du portugais : "O CIES é melhor porque não tem problemas de falta de materiais e em hospital público isso é comum. O CIES é bem diferente."

Au-delà de l'expérience, le recrutement des médecins se fait principalement par bouche-à-oreille et selon la vision du candidat.

« J'appelle cette personne [la responsable des ressources humaines] et je lui dis : 'j'ai besoin de tel ou tel médecin, tu connais quelqu'un ?' Elle envoie des messages à des personnes de son réseau, et après une fois qu'elle m'envoie une personne, je parle beaucoup avec ce médecin afin de savoir s'il est en ligne avec notre philosophie, s'il comprend bien. On vérifie aussi les documents réglementaires de médecine. Normalement, on n'a pas de doute là-dessus comme ce sont des gens qui sont envoyés par d'autres personnes, ce sont des gens avec qui ils ont déjà travaillé donc ce sont des gens de confiance » (Leticia, Coordinatrice des opérations, CIES).

Les médecins peuvent ainsi être « invités » par des confrères, avant de s'engager : *« Il m'a invité à le rencontrer là-bas, je lui ai parlé au téléphone et il m'a appelé pour me faire découvrir son travail au CIES. Un jour je suis allée à sa rencontre et j'ai aimé »*¹²⁹. (Mari, Echographiste CIES, Unité Santo Amaro, SP).

La philosophie du personnel embauché est un élément clé pour CIES qui s'engage à délivrer des services de soin dits humanisés et portés par leur « ADN de l'amour » qui consiste à *« ... traiter les patients, mais en les regardant dans les yeux, et voir son besoin en premier »* (Leticia, Coordinatrice des opérations CIES). La coordinatrice des opérations précise :

« En fait pour nous le plus important, c'est de sentir qu'il/elle a la philosophie, comprend comment traiter les patients, ça c'est un point très fort. (...) Quand je fais des entretiens, je sens ça dans la personne... je regarde si par exemple, il/elle met les patients en premier, car ça, ça va aider à éviter des problèmes que tu peux avoir. Par exemple des patients qui disent que la personne de la réception n'est pas sympa, qui a répondu un peu de travers. »

Par ce processus de recrutement CIES essaye d'avoir un personnel attentionné et respectueux, qui prenne le temps pour les patients et les place au centre du processus de soin.

Dans le cadre de son contrat avec le gouvernement, l'activité de CIES dépend de la demande associée au SUS et aux ressources publiques allouées à la gestion des patients du SUS. *« Notre contrat est avec la mairie, et maintenant le maire a changé, et il a réduit le nombre de prestataires de services de 20 % ou 30 %. »*¹³⁰ (Dr. Marco, Proctologue, Unité Lapa, SP). La variabilité de la demande pousse alors CIES à recourir à des contrats de travail flexibles. Les médecins travaillent tous en freelance pour le compte de CIES, dont l'activité dépend de la demande contrôlée par le gouvernement. Cette situation peut engendrer un certain inconfort

¹²⁹ Traduit du portugais : *“Ele me convidou para conhecer ai eu conversei com ele por telefone e ele me chamou pra conhecer o trabalho dele no CIES e eu fui um dia para conhecer e gostei.”*

¹³⁰ Traduit de l'anglais : *“Our contract is with the city hall, and now the mayor has changed, and he reduced all the service providers by 20% or 30%.”*

pour les médecins : « *Parce que je suis un prestataire de services, je n'ai pas de relation de travail, ça dépend de la mairie, je ne suis pas en sécurité ici.* »¹³¹ (Médecin CIES, Unité Lapa, SP). Chaque médecin est associé à une unité précise pour une durée déterminée renouvelable, mais peut aussi venir en aide à d'autres unités selon la demande affectée. « *Ils sont avec nous pour un ou plusieurs mois, et comme ça ils n'ont pas de contrat de préavis, mais normalement ils restent.* » (Leticia, Coordinatrice des opérations, CIES). Concernant les infirmières elles sont pour la plupart employées de manière contractuelle sur plusieurs mois dans une unité spécifique qui est susceptible d'être déplacée dans d'autres secteurs de la région. Le personnel médical doit ainsi être mobile pour aller dans plusieurs unités. Si cette mobilité permet de toucher davantage de patients, elle permet aussi de motiver le personnel :

« *Nous devrions changer d'emplacement tous les trois mois. Donc, supposons que l'arène de la zone sud doit faire le tour de toute la zone sud, c'est l'avantage : nous ne sommes pas fixés à un seul endroit. Et en fait, ça finit même par donner une motivation aux employés (...) Celui qui travaille dans un hôpital traditionnel doit toujours travailler à cet endroit. Parfois les gens se lassent de l'endroit, et ce n'est même pas à cause de l'emploi. Alors cette rotation est notre différence.* »¹³² (Pamela, Infirmière coordinatrice CIES, Unité Santo Amaro, SP).

Par ailleurs, CIES reste à l'écoute des compétences de son personnel pour une meilleure efficacité de la prestation de services, et pour l'épanouissement personnel et professionnel de ses membres. « *En fait, ils me formaient et ils ont vu que j'avais le profil pour ce poste. Après six mois d'essai en tant qu'assistante-infirmière, j'ai obtenu cette promotion pour devenir infirmière en chef. Et au bout d'un an, ils m'ont promu infirmière coordinatrice de cette unité.* »¹³³ (Pamela, Infirmière coordinatrice CIES, Unité Santo Amaro, SP).

La possibilité d'être promu agit alors comme une source de motivation « *Ici, ils vous donnent une chance de grandir au sein de l'entreprise, vous gagnez relativement bien votre vie et tout le groupe est motivé* »¹³⁴ (Mari, Echographiste CIES, Unité Santo Amaro, SP). Les conditions de travail permettent ainsi au personnel de fournir une prestation de qualité dans une atmosphère stimulante. La flexibilité donnée aux médecins leur permet d'agir et de traiter les patients selon

¹³¹ Traduit de l'anglais : "Because I am a service provider, I don't have an employment relationship, it depends on the city hall, I am not safe here."

¹³² Traduit de l'anglais : "We should change our location each three months, so, let's suppose, the arena of the south zone should go around all the south zone, this is the advantage: we are not fixed in just one location. And actually, it even ends up giving a motivation to the employees (...) The one who works at a proper hospital always have to work at that location. Sometimes people get tired of the location, and it's not even because of the job. So, this rotation is our difference."

¹³³ Traduit de l'anglais : "Actually, they were training me, and they saw I had the profile for this position. After six months' probation as an assistant nurse, I got this promotion to be head nurse. After one year they promoted me to be the coordinator nurse of this unit."

¹³⁴ Traduit du portugais : "Aqui eles te dão chance de crescer dentro da empresa, você ganha relativamente bem e a turma toda é motivada."

leurs propres pratiques et selon les caractéristiques du patient. Mari explique « *Vous avez la liberté d'agir, la liberté de traiter le patient selon votre profil* »¹³⁵ (Echographiste CIES, Unité Santo Amaro, SP).

Finalement, les spécificités liées à la proposition de valeur de CIES et sa dépendance à la demande du gouvernement nécessitent une certaine flexibilité, une réelle disponibilité et une mobilité de la part de son personnel. Cette instabilité est comblée par de bonnes conditions de travail couplées à un management intégrateur et une gestion des compétences internes qui permettent de gérer la motivation des membres du personnel, de les maintenir engagés et de générer un bouche-à-oreille positif pour attirer de nouveaux membres du personnel.

2.2.3.3. Assurer la création de valeur par un personnel engagé et attentionné

Le comportement du personnel à l'égard des patients est fondamental pour délivrer la proposition de valeur humanisée et de qualité. Les procédures sont présentées au patient avec des notices, et le personnel se charge de les expliquer en direct et de rassurer le patient le cas échéant. Outre les craintes des patients liées à la prestation des soins de santé eux-mêmes, il existe une appréhension de certains patients vis-à-vis les infrastructures mobiles qui sont inhabituelles. Une infirmière en chef évoque le cas des patients sceptiques à l'idée d'être opérés dans un camion médicalisé : « *Quand le patient voit que c'est un camion, il a encore plus peur. Ils pensent que l'assainissement de base ici est nulle, mais nous leur montrons que ce n'est pas le cas.* »¹³⁶ Une autre infirmière ajoute : « *Nous les rassurons en leur parlant, mais à chaque fois nous leur disons très clairement qu'ils ont le choix de le faire ou non. Donc, je pense que... parce qu'on ne les force pas à le faire ici, ça les rend plus calmes.* »¹³⁷ En donnant des informations détaillées et en prouvant aux patients la qualité et la propreté des infrastructures, le personnel réduit l'asymétrie de l'information vécue par le patient et lui donne confiance. Une patiente de l'unité de Lapa raconte : « *j'ai été bien reçue et bien traitée lors de la première consultation et j'ai fini par perdre ma peur (...). Les soins que j'ai eus ici par les professionnels et le médecin ... ils m'ont très bien traitée, ils ont été très gentils et j'ai été très bien reçue. C'est ce qui m'a fait perdre ma peur* ».

¹³⁵ Traduit du portugais : « *Você tem liberdade para agir, liberdade para tratar com o paciente de acordo com o seu perfil.* »

¹³⁶ Traduit de l'anglais : « *When the patient sees it's a truck, they get even more scared. They think that the basic sanitation here is zero, but we show them that it's not.* »

¹³⁷ Traduit de l'anglais : « *We reassure them by talking, but every time we make it very clear that they have the option to do it or not. So, I think ... because we do not force them to do it here, it makes them feel calmer.* »

Cependant, être sous-traitant du gouvernement peut limiter la cocréation avec le patient. L'attribution des patients est gérée par le gouvernement, et ce de manière assez aléatoire. Il est donc difficile de construire des relations sur le long terme (excepté pour les opérations qui nécessitent un suivi sur plusieurs rendez-vous). Il est tout de même nécessaire d'établir une relation praticien-patient de confiance. La difficulté est de construire cette confiance en un échange écourté, notamment dans le cas des examens spécialisés où la demande est forte. Du fait du manque de spécialistes disponibles au SUS, CIES doit atteindre des objectifs quantitatifs exigés par le gouvernement. Le rôle du personnel se cantonne alors souvent à l'opérationnalisation de ces procédures d'examens, car il ne leur est pas demandé d'effectuer une consultation à proprement dit. Au nom d'une certaine efficacité, la communication peut alors être limitée : *« J'ai été bien traité par les médecins et les infirmières, mais ils parlent avec des codes, alors je ne sais pas si quelque chose m'arrive. Ils ne m'ont fait passer que l'examen et ne m'ont donné aucun conseil. »*¹³⁸ (Patiente CIES, unité Lapa, SP). Paradoxalement, cette rapidité est aussi valorisée par certains patients qui recherchent avant tout à être reçus au plus vite. Les objectifs imposés par le gouvernement posent néanmoins question sur le déroulement des consultations et examens et la possibilité des personnels à cocréer de la valeur. Conscient des objectifs imposés par le SUS, un médecin insiste sur son engagement envers le patient *« Je dois faire ce qui est juste, je ne peux pas recevoir plus de patients, dans l'urgence. »*¹³⁹ (Dr. Marco, Proctologue CIES, Unité Lapa, SP). Une infirmière nous assure : *« Les patients s'en vont satisfaits, en disant que CIES ne ressemble pas à SUS, à cause de la façon dont nous les aimons. C'est lié à l'amour, à l'amour des autres. C'est difficile de voir l'amour chez UBS. Je pense que c'est ce qui nous rend différents. »*¹⁴⁰ (Pamela, Infirmière coordinatrice, CIES Santo Amaro). Ainsi, même si le besoin d'une certaine efficacité est nécessaire pour effectuer les examens, les patients restent au cœur du dispositif, et les membres du personnel semblent engagés à offrir une prestation attentionnée portée par une approche centrée patient. Ainsi, la plupart des patients interrogés ont mis en avant la qualité de la prise en charge et du service fourni par le personnel.

¹³⁸ Traduit de l'anglais : "I was well treated by the doctors and the nurses, but they speak in codes, so I don't know if something happens to me. They only take the exam to me and did not give any advice."

¹³⁹ Traduit de l'anglais : "I have to do what is right, I can't see more patients, in a rush."

¹⁴⁰ Traduit de l'anglais : "The patients go away satisfied, saying that CIES doesn't look like SUS, because of the way we care about them. This is related to the love, loving the others. It's difficult to see the love at UBS. I think this is what makes us different."

2.2.3.4. *Créer des partenariats variés et utiles au déploiement de la proposition de valeur*

Plusieurs partenariats permettent à CIES de délivrer sa proposition de valeur. Son partenariat avec Fleximedical qui est spécialisé dans la construction d'équipements médicaux de haute technologie lui permet d'accéder à des équipements de pointe et lui garantit une certaine pérennité grâce à un arrangement organisationnel (cf. 2.2.4.1). Sa collaboration avec Siemens, l'entreprise locale Cesar et l'entreprise Truckvan, lui donne respectivement accès à des machines médicales de qualité, des unités mobiles et des modules spécialisés dans le médical ainsi qu'à des containers médicaux amovibles. Des partenariats internationaux complémentaires avec des grandes entreprises telles que Philips ou des organisations sociales telles qu'Ashoka, lui permettent d'obtenir un soutien financier, et d'étendre sa notoriété à l'international. Sa collaboration avec le cabinet d'avocats ABE lui permet d'avoir des conseils légaux ; notamment dans le choix de sa structure juridique et les réglementations associées. Enfin, la multiplication de partenariats opérationnels donne l'opportunité à CIES d'étendre ses interventions. CIES a par exemple collaboré avec le groupe brésilien de construction agricole Jacto pour effectuer des consultations médicales dans la campagne de São Paulo, et avec l'entreprise Arcelor Mittal pour la conduite de soins ophtalmiques dans des écoles publiques. Elle a aussi collaboré avec la Préfecture de Sé pour fournir des consultations à ses employés municipaux et a participé à la journée des citoyens du Centre d'intégration du citoyen immigré afin d'y dispenser des consultations.

Enfin son partenariat le plus important est celui qu'elle détient avec le gouvernement par sa collaboration avec plusieurs municipalités pour lesquelles elle opère comme sous-traitant du SUS. Outre l'accès à une forte demande, cela lui permet d'accéder à des installations et certains équipements publics tels que des emplacements municipaux avec un accès gratuit à l'eau et l'électricité.

2.2.4. Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du business model de CIES

L'appropriation de la valeur concerne la manière dont l'organisation et ses parties prenantes créent et partagent la valeur. La nécessité de ressources spécifiques et coûteuses telles que les équipements médicaux ou les professionnels médicaux exacerbe la difficulté de créer une proposition de valeur financièrement acceptable et qui puissent créer de la valeur économique et sociale. Afin de surmonter ces difficultés, CIES a développé plusieurs stratégies.

2.2.4.1. *Assurer une création de valeur continue par le maintien des relations avec le gouvernement*

La création de valeur engendrée par CIES est indéniablement liée à sa relation avec le gouvernement dont son activité dépend. Les contrats noués avec différentes municipalités constituent la plupart de son activité, et influencent la demande à laquelle elle peut répondre. Ainsi, CIES se doit de satisfaire non seulement la demande, mais aussi le gouvernement afin de pouvoir maintenir la relation et exercer son activité. En effet, les contrats gérés par CIES sont obtenus par des appels d'offres avec des exigences auxquelles CIES doit se conformer avant et pendant la relation. Cela contribue notamment à atteindre des objectifs quantitatifs et à mettre en avant le logo du gouvernement sur les lieux de ses activités. Une bonne relation avec le gouvernement influence aussi la localisation d'implantation des infrastructures de CIES, dont le choix est validé par la préfecture.

Même si CIES a d'autres partenaires qu'elles cherchent à satisfaire, la priorité est donnée au gouvernement dont elle dépend. Leticia explique

« On fait ce dont les partenaires ont besoin, selon notre capacité. Par exemple, s'il y a un besoin de consultation en chirurgie ou des examens, on le fait (...) On a des partenariats privés, mais c'est très ponctuel alors qu'avec le public c'est du long terme. En privé, c'est plutôt avec des entreprises. » (Leticia, Coordinatrice des opérations CIES).

En 9 ans, CIES a reçu près de 1,5 millions de patients dont 685 526 patients ont été pris en charge sur l'année 2017¹⁴¹ (CIES/Rapport Annuel_2017). Pour cette même année, le programme *Hora Certa* mis en place avec la municipalité de São Paulo a permis de traiter 638 056 patients à lui seul, ce qui représente la majeure partie de l'activité de CIES. De ce fait, maintenir de bonnes relations avec le gouvernement s'avère primordial puisqu'il constitue la part principale de son activité.

Le modèle de CIES repose ainsi sur un équilibre entre l'optimisation de ses frais opérationnels, permis par sa gestion des ressources humaines et de ses équipements, et de la multiplication de ses contrats à long terme avec le gouvernement. La diversification de ses sources de revenus agit aussi comme une garantie à sa pérennité.

¹⁴¹ en comptant son programme de prévention aux États unis qui a permis de traiter 17 860 patients en 2017 (CIES/Rapport Annuel_2017)

2.2.4.2. *Assurer son expansion et sa pérennité par des économies d'échelle permises par une diversification des revenus*

Outre ses contrats avec le gouvernement qui constitue sa principale source de revenus, CIES bénéficie de soutiens financiers sous forme de donations ou de subventions. Néanmoins, son partenariat avec Fleximedical garantit son autosuffisance. Ce partenariat prend la forme d'un arrangement organisationnel qualifié d'organisation hybride. Il ne s'agit pas d'un modèle hybride comme nous l'avons défini dans notre enquête conceptuelle, mais d'un arrangement contractuel via lequel 20 % des profits réalisés par Fleximedical sont réinjectés dans CIES pour assurer la pérennité des activités de l'ONG, et via lequel 51 % du capital Fleximedical est détenu par CIES pour garantir la mission sociale de l'équipementier (Voir Figure 16). En plus du profit généré par leurs activités respectives, cet arrangement permet de varier des sources de revenus du projet CIES : des investissements via Fleximedical et des donations via CIES. Le responsable communication explique :

« C'est une vraie entreprise sociale. Pourquoi ? Parce que nous avons des résultats, nous avons des profits. Nous avons besoin de cela, parce que c'est un monde capitaliste. Ce que nous faisons avec les profits, nous le réinvestissons dans CIES. Donc, si un investisseur veut nous aider et investir dans quelque chose, il ne peut pas le faire à CIES [excepté pour les donations], mais il peut le faire ici, à Fleximedical. »¹⁴²

Cet arrangement est un soutien à CIES qui assure sa pérennité et facilite le déploiement de ses activités par la duplication de ses unités implantées. Grâce à cette logique d'expansion, elle peut réaliser des économies d'échelle et atteindre plus de patients et embaucher plus de personnels. Ainsi, CIES contribue à une création de valeur économique et sociale pour l'écosystème tout en améliorant l'accessibilité des services de santé aux populations démunies habituellement tributaires du SUS défaillant. Néanmoins, son caractère ponctuel peut parfois réduire ses impacts.

CIES a donc mis en œuvre différentes stratégies à chaque dimension de son BM. Plusieurs des stratégies mises en lumière par Angeli et Jaiswal (2016) ont été déployées et/ou adaptées. D'autres stratégies ont été développées et contribuent à encourager l'accessibilité des services de santé aux plus démunis.

¹⁴² Traduit de l'anglais : "This is real social business. Why? Because we have results, we have profits. We need to have this, because it is a capitalist world. What we do with the profits, we reinvest in CIES. So, if an investor wants to help us and invest in something, they can't do it in CIES, but they can do it here, in Fleximedical."

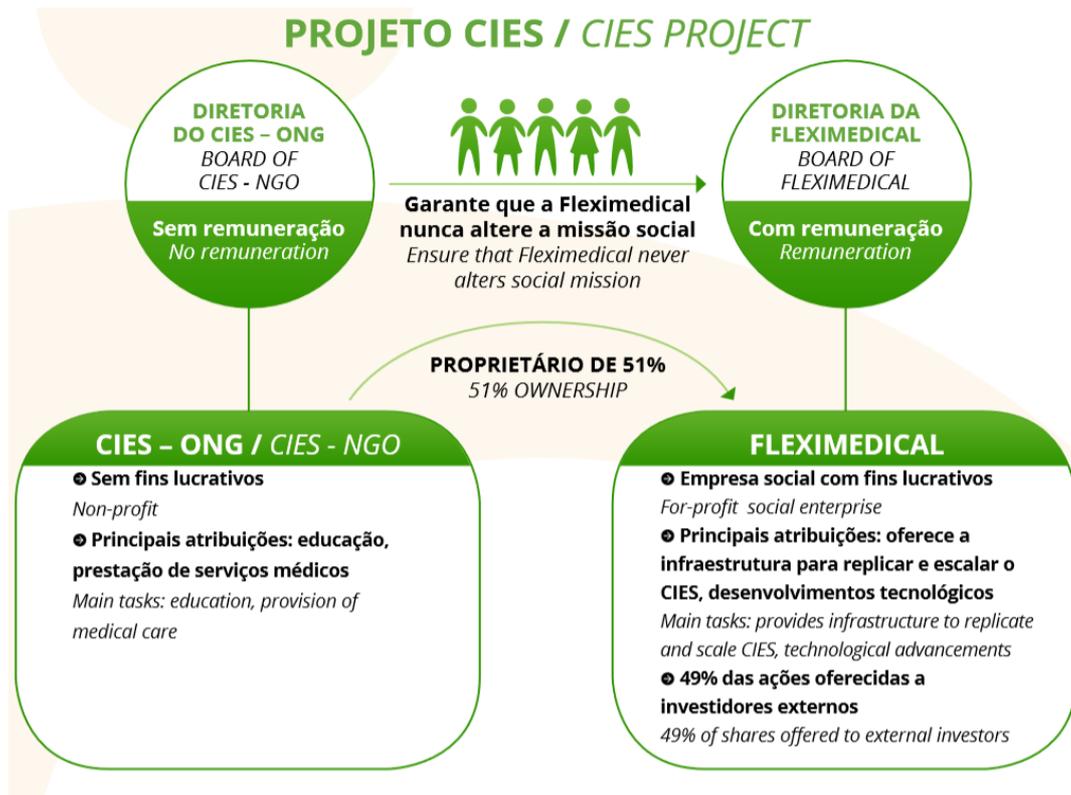


Figure 16 : Structure du projet CIES (Cies Bilan, 2015, p. 14)

2.2.5. Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale

2.2.5.1. Créer des infrastructures mobiles et amovibles positionnées dans des localisations stratégiques

Les infrastructures de CIES et leur localisation contribuent à toucher un maximum de patients. Le choix des infrastructures réduit les coûts de fonctionnement en permettant une certaine mobilité. Même si l'équipement technologique médical implique des investissements financiers assez importants, sa structure modulaire réduite permet de limiter les frais de fonctionnement qui par conséquent renforcent l'accessibilité financière de l'offre proposée. De plus, la mobilité des infrastructures permet d'atteindre des zones isolées dans le cas des vans de santé, de s'installer et se déplacer facilement dans le cas des containers et du camion médicalisé. Alors que les vans réalisent des actions ponctuelles, les containers sont installés pour une durée d'environ 4 mois avant d'être déplacés dans une nouvelle zone. Ces structures modulaires et mobiles laissent la liberté à CIES d'opérer dans des endroits variés et d'étendre la couverture de ses opérations. La localisation est toute de même contrainte par le besoin d'un accès à l'eau et à l'électricité pour fonctionner, qui elle-même est dépendante du gouvernement qui met à disposition des zones spécifiques à ces fins. Le caractère mobile des infrastructures est un atout

essentiel pour toucher des zones où la couverture médicale est limitée. La coordinatrice des opérations évoque la problématique de la localisation.

« Il n'y a pas beaucoup d'options. On ne peut pas s'arrêter n'importe où. Il faut avoir une sortie d'eau et d'électricité. C'est une restriction. On ne peut pas aller partout où on veut ici à São Paulo. Il y a des endroits où on va, car on peut y aller qu'avec un camion et là ça peut être plus flexible ».

Ainsi, la complémentarité des infrastructures de CIES contribue indéniablement à rendre accessible sa proposition de valeur dans des lieux variés.

Par ailleurs, même si le choix de la localisation n'est pas totalement libre, CIES s'efforce de choisir des lieux d'installation stratégiques, qui soient accessibles au plus grand nombre. Il n'est pas forcément bénéfique de s'installer dans des endroits très isolés, car cela limite le nombre de patients à pouvoir s'y rendre. En effet, CIES a réalisé *« qu'à São Paulo, il valait mieux, même si c'est un peu plus loin, être à côté d'un centre de transport pour toucher plus de gens. »* (Coordinatrice des opérations CIES). Ainsi, la plupart des patients viennent en transport en commun, ce qui facilite l'accessibilité géographique du lieu, mais aussi son accessibilité financière puisque les dépenses associées au transport restent relativement faibles. Comme l'explique une infirmière de l'unité de Santo Amaro de São Paulo *« L'arène Hora Certa est venue juste pour ça, pour atteindre les patients qui ne peuvent pas aller à l'hôpital de référence. Nous sommes donc l'hôpital de référence. »*¹⁴³ Aussi, CIES s'assure d'effectuer une rotation entre les différentes zones desservies pour accroître la couverture géographique de ses activités.

2.2.5.2. *Se reposer sur des processus et design internes soignés et standardisés*

Le design interne est un élément clé de la prestation de service à la fois pour le personnel et le patient. En effet, un bon aménagement des équipements et une optimisation de l'espace permettent au personnel de délivrer correctement les soins de santé aux patients. Le défi est particulièrement important dans le cas des structures de taille réduite telles que les camions et les vans médicaux et les containers où le design intérieur doit être optimisé. Pour ce faire, CIES s'est entouré d'acteurs locaux (Cesar et Fleximedical) qui sont spécialisés dans la construction de ce type de structures amovibles de santé et qui garantissent l'ergonomie adaptée à la prestation de soins.

¹⁴³ Traduction de l'anglais : *“The hora Certa came just because of this, to reach the patients that can't go to the reference hospital. So, we are the reference hospital.”*

La structure interne permet aussi de renvoyer une image positive et de rassurer le patient qui peut être anxieux vis-à-vis de la procédure médicale, mais aussi de l'infrastructure inhabituelle et assez froide dans laquelle a lieu la prestation du service : « *Si vous pouviez entrer les yeux fermés, vous ne vous rendriez pas compte que vous êtes dans un container. On dirait un hôpital vu de l'intérieur.* »¹⁴⁴ (Médecin Unité de Santo Amaro, CIES). Ainsi, lorsque le patient constate la propreté du lieu et un design s'apparentant à celui d'un hôpital, il n'a en général plus d'appréhension à être traité dans ce type de structure. Une patiente déclare : « *Cela ne donne pas une bonne impression, mais une fois à l'intérieur, nous voyons que la réalité est différente.* »¹⁴⁵ Face à certaines inquiétudes, le personnel n'hésite pas à faire visiter les lieux en amont et à montrer que les structures sont bien équipées avec du matériel technologique de pointe et stérilisé. Ceci est particulièrement important dans le cas des containers qui sont considérés comme des structures d'assez basse qualité ou dans le cas des véhicules qui peuvent paraître inadaptés à la conduite de procédures médicales. Une infirmière raconte : « *Au début, les gens ont peur et lorsqu'ils entrent dans le container, ils sont surpris qu'il s'agisse en fait d'un container. Parce que ça ressemble à un hôpital, tout est fermé et il y a l'air conditionné.* »¹⁴⁶ (Pamela, Infirmière coordinatrice CIES, Unité Santo Amaro, SP). Même s'ils représentent des cas isolés certains patients refusent d'être reçus dans ce type d'infrastructure. Mari, Médecin à l'unité de Lapa, raconte :

« *Certains patients veulent passer leurs examens à l'hôpital, alors c'est très compliqué (...) Vous pouvez les convaincre à la réception et les faire venir pour leur montrer la structure, mais c'est encore difficile. Parfois, c'est la bonne chose à faire, mais parfois la personne ne nous quitte pas 100 % heureuse, car elle n'a pas fait l'examen comme elle le voudrait, parce qu'elle n'est pas là où elle le voudrait, elle ne se sent pas à l'aise ou en sécurité dans une unité mobile par exemple* »¹⁴⁷.

Les barrières psychologiques connues des services de santé sont d'autant plus importantes dans le cas de ces infrastructures qu'elles incitent à donner une attention particulière, à créer un design interne soigné et une atmosphère rassurante. Une patiente explique son appréhension quant à son opération chirurgicale de la cataracte :

¹⁴⁴ Traduit de l'anglais : "If you could come inside with your eyes closed, you wouldn't realise that you were inside a container. It looks like a hospital from the inside."

¹⁴⁵ Traduit de l'anglais : "It does not give a good impression, but once we get inside, we see the reality is different."

¹⁴⁶ Traduit de l'anglais : "At the beginning, people get scared and when they come into the container, they get surprised that it's actually a container. Because it looks like a hospital environment, everything is closed and there is air conditioning."

¹⁴⁷ Traduit du portugais : "Você consegue na recepção convencer e trazer o paciente para dentro e mostra a estrutura, mas mesmo assim é difícil. Algumas vezes da certo, mas, a pessoa não sai 100% feliz por não ter conseguido realizar o exame realmente da forma como ele gostaria, porque ele não está onde ele quer, não se sente à vontade nem seguro numa unidade móvel por exemplo."

« J'ai été appelé pour le rendez-vous et même quand je suis arrivé là-bas, j'avais très peur, mais je devais le faire, je devais consulter. C'est là que je suis venue. Le premier jour de la consultation, j'ai été très bien traitée et j'ai perdu ma peur. L'opération était géniale, tout était très propre et soigné... tout était très bien. »¹⁴⁸ (Patiente CIES, Arène Lapa, SP).

L'aspect physique est en effet important pour CIES qui le considère comme une partie intégrant de l'expérience de service. Leticia raconte une anecdote :

« Une fois, il y avait une porte qui était un peu transparente. Au lieu d'appeler les gens de l'intendance pour fixer ça, ils ont mis des sacs plastiques pour cacher. Quand tu penses un peu au patient, au bien-être du patient, tu vois que ce n'est pas normal. Quand j'ai vu ça, j'ai pris la main de l'infirmière et j'ai dit, si tu étais un patient, est-ce que tu aimerais voir ça ? ».

Dans le cadre de sa collaboration avec le gouvernement, CIES est dépendante du processus gestion du patient réalisée selon le logiciel du SUS, ce qui lui laisse peu de liberté dans l'affectation des patients par unité. Néanmoins, elle se base sur son propre PGI¹⁴⁹ et développe ses propres processus intra unité, dans le chemin de soin du patient. Ainsi, le patient suit un processus de soin linéaire déterminé : il se présente au bureau d'accueil, par lequel il est dirigé vers un espace d'attente spécifique selon la raison de sa venue. Il est ensuite reçu en consultation ou en examen avant d'attendre une seconde fois pour avoir le résultat de son examen et/ou un compte rendu médical. Dans le cas d'une chirurgie qui nécessite plusieurs visites, le patient se rendra à nouveau dans l'unité en question. L'objectif des différents processus est, d'une part de fluidifier le flux de patients, d'autre part d'offrir aussi l'ensemble de la ligne de soin au même endroit. Un patient peut effectuer un examen et une consultation dans la même unité CIES, en disposant des résultats le jour même. Tout comme le design interne, les processus internes contribuent à améliorer l'expérience complète du service, qui ne se limite à la seule prise en charge médicale. Pour aller dans ce sens les coordinateurs encouragent les infirmières à prendre des initiatives et adapter les processus pour satisfaire au mieux les patients. Leticia explique :

« Ce n'est pas seulement comment traiter les patients, mais c'est vraiment penser à eux. Par exemple, on a beaucoup de problèmes à la réception. Dans le sud, on a une réception énorme, la tente est énorme. Je suis arrivée et j'ai demandé 'pourquoi vous ne séparez pas la queue ?' Elle [une infirmière] me dit que c'est trop compliqué. Alors je lui ai dit : 'pense que tu es un patient, tu aimerais voir 3 queues ou une énorme ?'. Il faut penser à des choses comme ça. »

¹⁴⁸ Traduit de l'anglais : "Until the day that I was called for the appointment and even when I arrived there, I was very scared, but I had to do it, I had to consult. There I came. The first day of the consultation, I was very well treated and from there I lost my fear. The surgery was great, everything was very clean and neat ... everything very good!"

¹⁴⁹ Progiciel de gestion intégrée

Les processus permettent aussi une coordination interne nécessaire au bon déroulement du service et à la satisfaction du patient en termes de temps d'attente. Dr. Marco, médecin de l'unité de Lapa nous explique : « *Je dois être à l'heure, je ne peux pas être en retard, le programme s'appelle 'Hora Certa'*¹⁵⁰... donc, je dois faire de mon mieux pour être à l'heure ! Il y a des règles, les règles de CIES sur la manière de manipuler l'équipement et de traiter les gens, de les respecter ».¹⁵¹ Le respect de ces règles associé à l'investissement professionnel du personnel permet une certaine efficacité au service du patient « *Pour vous donner une idée, en 1 h le médecin du SUS fait 4 examens par heure tandis que nous nous faisons 20 examens par heure. C'est la différence ! Nous sommes là pour travailler, pas pour nous accrocher au gouvernement.* »¹⁵² Le développement de processus interne contribue ainsi à un meilleur management du service bénéfique à la prestation du service aux patients.

2.2.5.3. Créer une forte identité pour créer des aspirations

Au fil du temps, CIES a su se créer une identité forte basée sur sa mission, sa vision, et ses valeurs qui composent son « ADN de l'amour », le tout dans un management intégré, bénéfique à la prestation d'une proposition de valeur de qualité. Ainsi, la mission de CIES est de « *Répondre au besoin de santé intégrale de l'être humain avec qualité, technologie et agilité dans le cadre du concept de traitement, d'éducation et de prévention* »¹⁵³ par des valeurs basées sur « *un travail d'équipe humble au service des gens dans le respect et l'équité, l'intégrité et la transparence dans les comptes rendus* »¹⁵⁴ (CIES/Rapport Annuel_2015, p.3). Cette identité a été appropriée et valorisée par le personnel de CIES qui n'hésite pas à faire référence à l'expression *ADN de l'amour* quand ils évoquent l'organisation. Cette identité permet aussi de communiquer avec ses différents partenaires, acteurs économiques et sociaux de l'écosystème, mais elle semble très peu utilisée à destination des patients.

A leur arrivée, les médecins sont directement sensibilisés à la philosophie adoptée au sein de CIES : « *J'ai reçu une formation sur ce qu'était le projet, comment le projet fonctionne et les*

¹⁵⁰ Hora certa qui signifie « l'heure exacte » en portugais

¹⁵¹ Traduit de l'anglais : “*I have to be here on time, I can't be late, the program is called “Hora Certa” ... So, I have to try my best to be on time! There are rules, rules of CIES like how to handle the equipment and how to treat people, to respect them.*”

¹⁵² Traduit du portugais : “*Para você ter uma ideia em 1h o médico contratado (em SUS), concursado ele faz 4 exames por hora enquanto a gente faz 20 exames por hora. Essa é a diferença! A gente está para trabalhar e não para ficar pendurado no governo.*”

¹⁵³ Traduit de l'anglais : “*... to meet the need for integral health of human beings with quality, technology and agility under the concept of treating educating and preventing.*”

¹⁵⁴ Traduit de l'anglais : “*teamwork with humbleness, serving people with respect and fairness, integrity and transparency in accountability*”.

missions que nous avons dans le projet. »¹⁵⁵(Médecin CIES, Unité Lapa, SP). Cela contribue à maintenir une approche centrée patient, et à rassembler le personnel autour d'une vision commune. Ainsi, cette vision commune se construit et s'entretient par des événements sociaux qui encouragent une cohésion interne. Outre ces événements organisés par CIES, les différents membres du personnel ont pour habitude d'échanger « *on fraternise ici, on déjeune ensemble, on passe ce temps ensemble* »¹⁵⁶, et notamment dans les moments difficiles : « *... parce que vous vous sentez à l'aise, vous allez mieux parce que vous parlez de votre douleur aux autres, au lieu de l'affronter seule.* »¹⁵⁷ (Infirmière CIES, Santo Amaro, SP). C'est d'ailleurs un point valorisé par une infirmière lorsqu'elle évoque ce qu'elle apprécie en travaillant à CIES « *C'est le respect que nous avons entre nous [les employés/infirmières], comme 'Salut, tout va bien pour toi ?' C'est quelque chose qu'on ne trouve pas ailleurs... Là-bas, nous sommes embauchées pour le travail, et ici, nous sommes embauchées pour qui nous sommes.* »¹⁵⁸ Ces relations permettent de créer une bonne atmosphère de travail, bénéfique à une bonne cohésion interne : « *Nous avons des réunions de leadership où nous discutons et nous nous soutenons mutuellement* »¹⁵⁹ (Mari, Echographiste CIES, Santo Amaro, SP).

Le rôle du fondateur de CIES Roberto Kikawa semble être clé dans la formation de cette identité commune. Il est à l'initiative du projet et de ses évolutions. Il suscite alors du respect et une certaine admiration de la part de ses collaborateurs. Un coordinateur explique avec enthousiasme et admiration la manière dont Roberto a imaginé l'arrangement organisationnel qui lie CIES et Fleximedical « *Nous devons faire quelque chose de durable. Comment pouvons-nous faire cela ? Il a étudié beaucoup de nos lois de nos entreprises, de l'économie, de l'administration comme un médecin fou. Il est médecin, mais il est fou. C'est génial !* »¹⁶⁰ L'ambition et le dévouement de Roberto Kikawa se retrouvent notamment dans la vision CIES : « *Être reconnu dans le monde entier comme les meilleurs soins médicaux mobiles* »¹⁶¹, et dans

¹⁵⁵ Traduit de l'anglais : "I received training related to what was the project, how the project works, and the missions we have in the project."

¹⁵⁶ Traduit de l'anglais : "we fraternise here, we have lunch together, we spend this time together"

¹⁵⁷ Traduit de l'anglais : "Because you get comfortable, you get better because you talk about your pain with others, instead of facing it alone."

¹⁵⁸ Traduit de l'anglais : "It's the respect we have among ourselves [the workers/nurses], like: 'hi, is everything alright with you?' It's something that we don't find at other places... There, we are hired for the work, and here we are hired because of who we are."

¹⁵⁹ Traduit du portugais : "Nós temos as reuniões de lideranças onde conversamos e nos apoiamos."

¹⁶⁰ Traduit de l'anglais : "We needed to do something that is sustainable. How can we do that? He studied a lot of our laws of enterprise, economic, administration as a crazy doctor. He is a doctor, but he is crazy. That's awesome!"

¹⁶¹ Traduit de l'anglais : "to be recognised worldwide as the best mobile medical care"

sa notoriété internationale. Il a par exemple reçu le prix de l'entrepreneur social de la fondation Shwab Foundation et du Journal Folha de São Paulo.

Finalement, cette culture commune formée sur l'« ADN de l'amour » et portée par le fondateur charismatique Roberto Kikawa semble unifier le personnel dans l'objectif d'accessibilité à la santé et accroître leur engagement envers les patients et l'organisation elle-même. Un médecin explique ainsi :

« Je décrirais CIES comme une attitude qui met en relation le social et le management. CIES a été une surprise pour moi. En fait, j'ai commencé à travailler ici juste parce que j'ai rencontré l'initiative et l'ai aimée. L'engagement de CIES est envers le service, les gens, les patients. (...) Je suis un grand fan de cette initiative. Je pense que c'est spectaculaire, parce que comme je connais le service public, je pense que cette initiative ne devrait pas être présente uniquement dans le domaine de la santé, mais aussi dans l'éducation et dans d'autres secteurs. »¹⁶²

Cette identité permet aussi de communiquer auprès des partenaires éventuels et de renforcer sa légitimité. En effet, CIES a par exemple obtenu des récompenses par des organisations internationales, Roberto Kikawa est membre de certains organismes de renom dans l'entrepreneuriat social tel que l'organisation Ashoka, et Roberto a aussi représenté CIES à certains évènements mondialement reconnus tels que le Forum économique mondial.

Alors que cette identité est correctement perçue et même valorisée auprès du personnel et des partenaires de CIES, elle est totalement dissolue auprès des patients. En effet, comme le montre la remarque de ce patient, CIES tend à être confondu au gouvernement *“Je pense que c'est de l'administration municipale. C'est la propriété absolue du gouvernement. Le gouvernement est responsable de ce qui suit.”*¹⁶³ CIES essaye tout de même de créer sa propre communication, mais *« C'est très difficile, parce que notre président ne veut pas d'une grande communication. J'utilise les médias sociaux, Facebook et Twitter, mais le gouvernement nous demande de ne pas mettre notre nom de marque, de dire que tout est eux »*¹⁶⁴ (Responsable communication CIES). De plus,

« Les gens ne comprennent pas que nous sommes un sous-traitant du gouvernement, ils pensent que nous sommes le gouvernement. Nous essayons de donner de la visibilité à CIES,

¹⁶² Traduit de l'anglais : *“I would describe CIES as an attitude that put together the social with the management. CIES was a surprise for me. Actually, I started to work here just because I met the initiative and liked it. The commitment of CIES is with the service, with people, with the patients (...) I am a big fan of this initiative. I think it's spectacular, because, as I know, the public sector, I think that this initiative shouldn't be present only in the health area, but also in education and in other sectors.”*

¹⁶³ Traduit de l'anglais : *“I think it's from the municipal government. It's absolutely property of the government. The government is responsible for this.”*

¹⁶⁴ Traduit de l'anglais : *“it is very hard, because our president does not want huge communication. I use social media, Facebook and twitter, but the government ask us not to put our brand name, to say that everything is them.”*

mais c'est compliqué, car nous avons un contrat avec le gouvernement. Nous devons toujours afficher le logo du gouvernement. » (Coordinatrice des opérations).

Malgré les tentatives pour se distinguer du gouvernement, CIES est toujours perçu comme tel et peut ainsi souffrir de la mauvaise réputation du gouvernement et des préjugés des patients sur la prestation des services de santé publique. CIES tente alors de créer une identité qui soit significative pour les patients, et qui puisse compenser la mauvaise image du système public. Ainsi, le programme lancé avec la préfecture de São Paulo est dénommé *Hora Certa*, en français, *l'heure exacte*. Le personnel porte un uniforme CIES qui lui permet d'être identifié par les patients, et d'être habillé aux couleurs de CIES. Ces éléments visent à contrer la réputation d'un temps d'attente très long dans les services publics et d'un personnel peu attentionné. Même si l'initiative est bien perçue par les patients, elle reste associée à l'image du gouvernement : *« Je pense que c'est une très bonne idée venant du gouvernement, d'aider les gens qui ne pouvaient pas être atteints dans les dispensaires et les hôpitaux. »*¹⁶⁵ (Patiente de CIES Hora Certa, SP).

Finalement, la réussite de CIES semble être dépendante de son management global qui allie objectifs opérationnels et forte identité culturelle :

*« Ce qui rend le système de CIES plus efficace c'est... tout ! La façon dont les gens travaillent ici, l'efficacité du service. Vous aidez bien les gens, vous le faites avec plaisir, vous travaillez avec un bon équipement, vous avez une meilleure condition de travail, vous avez une bonne équipe, une équipe intéressée. En raison de la matière structurelle, de la stimulation et de la gestion, les gens sont ici exigeants. »*¹⁶⁶(Médecin CIES, Unité Santo Amaro, SP).

Certains membres du personnel proviennent d'ailleurs du monde de l'entreprise, mais adoptent cette culture sociale. Une coordinatrice chez CIES nous explique *« On ne dit pas beaucoup le terme produit, mais moi comme j'ai déjà travaillé dans les entreprises j'ai ce problème, mais ici les gens ne le disent pas (...) ils disent projet ou programme »*. Au fil de la discussion elle ajoute : *« on fait ce dont le client a besoin... non il ne faut pas parler de client ! »*. Ainsi, même si CIES a recours à certaines pratiques de gestion, la culture interne est ancrée à la mission sociale de l'ONG. Cela permet de rassembler son personnel autour de sa mission dédiée à la prestation de services de santé de qualité et humanisés, pour une accessibilité des soins de santé au plus grand nombre. Cependant, son identité dissolue et associée à celle du

¹⁶⁵ Traduit de l'anglais : "What I think is that all of this is a very good idea that came from the government, to help people who could not be reached at health posts and in hospital."

¹⁶⁶ Traduit de l'anglais : "What makes the system of CIES more efficient, everything. The way people work here, the efficiency of the service. You assist people well, you do it with pleasure, you work with a good equipment, you have a better working conditions, you have a good team, an interested team. Because of the structure matter, of stimulation and management, here people are demanding."

gouvernement dans l'esprit des patients peut lui porter préjudice du fait de la mauvaise réputation du gouvernement en matière de santé.

2.3. Conclusion de l'étude de cas CIES Global

Les services de CIES se caractérisent par la qualité des prestations délivrées dans des infrastructures mobiles et amovibles. Sa collaboration avec le gouvernement lui permet de servir les personnes en attente du SUS et ainsi de désengorger le service. La dominance de cette collaboration dans ses activités à créer une certaine dépendance de CIES envers le gouvernement avec qui elle doit maintenir de bonnes relations pour continuer à servir les populations. Même si CIES tend à créer sa propre identité et développer des initiatives annexes, qui lui permettent d'être reconnue par les acteurs économiques et sociaux, son image perçue par les patients est dissolue avec celle du gouvernement. Enfin, le développement croissant et innovant de CIES semble fortement lié à l'ambition et à l'image de son fondateur, Roberto Kikawa, qui est personnellement et professionnellement impliqué dans l'accès des soins de santé auprès des populations vulnérables. Puisqu'il incarne l'identité organisationnelle de CIES auprès des divers collaborateurs internes et externes à l'organisation, son récent et soudain décès soulève des incertitudes quant à l'évolution de l'organisation et le maintien de son BM sans la présence de son fondateur dont l'ambition et le charisme a réussi à rassembler plusieurs acteurs pour une cause sociétale clé.

SECTION 3 : ANALYSE DU CAS DR.CONSULTA

3.1. Présentation de l'entreprise à vocation sociale Dr.Consulta

3.1.1. Présentation de Dr.Consulta et business model

Dr.Consulta est une entreprise commerciale brésilienne dont le but social s'attache à offrir des soins de santé de qualité au plus grand nombre et à prix abordables. Selon Thomaz Srougi, son fondateur, le fait qu'environ 8 Brésiliens sur 10 ne soient pas assurés contribue à la saturation du SUS (PPT Chicago, 2014). Dès lors, Dr.Consulta constitue une alternative de qualité aux systèmes de santé public et privé pour les populations non assurées qui ne veulent plus compter sur le SUS mais qui n'ont pas les moyens de solliciter les services très chers des prestataires de santé privés. Afin de satisfaire cette demande, Dr.Consulta a été créée en 2008. Après le lancement d'une clinique pilote aux abords de la favela d'Héliopolis de São Paulo, le modèle s'est progressivement dupliqué et compte aujourd'hui 49 cliniques. Dr.Consulta se différencie

sur le marché de la santé par son concept basé sur un système « à la carte », où il n’y a aucune mensualité et où les patients ne paient que les services qu’ils consomment.

Annexe 9 : Présentation du BM de Dr.Consulta selon les composantes du BM d’Angeli et Jaiswal (2016) et figure des stratégies déployées

3.1.2. Focus sur la proposition de valeur de Dr.Consulta : des services de santé privés de qualité, rapides et à prix abordables

Dr.Consulta cherche à «*offrir l'accès, la dignité et la souplesse dans les solutions de santé de base, à la base de la pyramide, en incitant les autres à faire de même*» (Srougi, 2014 – DC/PPT Alumni, p. 21). Toute personne, assurée ou non, peut bénéficier des services de Dr.Consulta, et ce sans engagement ni mensualité associés (Site internet Dr.Consulta). Ainsi, la proposition de valeur de l’entreprise est d’« *offrir des visites et des examens agiles, abordables et chaleureux, pour les familles à faible revenu non assurées qui ne veulent plus compter sur les SUS* »¹⁶⁷ (DC/PPT alumni, p. 22). Des services de santé primaires et secondaires de qualité sont disponibles dans 61 spécialités sous forme de consultations, examens, vaccins, check-up et chirurgies de simple complexité. Ils sont proposés à un prix accessible ; sans assurance, et dans un temps d’attente raisonnable. Le rapport qualité/prix/rapidité constitue ainsi un élément clé de la proposition de valeur de Dr.Consulta. L’entreprise se différencie alors des cliniques et des praticiens privés par le prix, et du SUS par la qualité et la rapidité des services, et par la disponibilité de services de santé spécialisés (DC/PP/3_ICE ; DC/Presse/3_Iban). Ses prix sont en effet de 60% à 90 % moins chers que les prestataires privés et le temps d’attente pour une consultation est estimé être 25 fois plus rapide que celui des services publics en médecine générale et spécialisée (DC/Presse/5_Endavor ; DC/PP/3_Kauffman). La disponibilité de spécialistes variés est particulièrement valorisée, car beaucoup de consultations spécialisées ne sont pas accessibles via le SUS. Une patiente explique la situation de sa fille «*Elle n’a pas eu de consultation avec le SUS, alors elle a décidé de venir ici. Il n’y pas de médecins de cette spécialité au SUS* ». En plus des consultations, les cliniques effectuent les procédures d’examens et d’analyses, ce qui permet au patient de pouvoir bénéficier de la totalité de la ligne de soin au même endroit. Enfin, Dr.Consulta détient une approche de soin centrée patient portée par une relation humanisée et chaleureuse avec les patients (DC/PPT alumni ; DC/Site Web). Une patiente résume les raisons qui la poussent à utiliser les services de Dr.Consulta :

¹⁶⁷ Traduit de l’anglais : “*To offer agile, affordable and warm-hearted visits and exams, for uninsured low-income families who don't want to rely on SUS anymore.*”

« Le service est bon et c'est rapide. Quand il s'agit d'une urgence, je viens ici, mais si ça ne l'est pas je vais au SUS. Ici, c'est rapide d'avoir un rendez-vous, et tout est au même endroit. Car, quand je vais dans une clinique privée, je vais à ma consultation, et après je dois aller faire l'examen ailleurs ».

Cette proposition de valeur s'adresse ainsi aux familles à revenus modestes qui ne bénéficient pas d'une assurance santé, n'ont pas les moyens de disposer des services privés, et qui souffrent de la saturation du SUS.

Dans les premières années du lancement de Dr.Consulta, Thomaz Srougi évoque même les populations BoP comme cible prioritaire de l'entreprise du fait de l'accessibilité financière du service permise par des prix relativement modestes et des facilités de paiement (DC/PPT Alumni ; DC/Site Web). Néanmoins, les prix proposés ne semblent pas abordables à tous : *« Ce n'est pas si cher, mais ce n'est pas très bon marché. Aujourd'hui je dois payer \$R210¹⁶⁸ et c'est abordable pour moi, mais ce n'est pas le cas pour tout le monde »*. Au vu des patients interrogés et du prix des prestations, il semble en effet que le service de Dr.Consulta s'adresse surtout à des personnes à revenus modérés plus qu'à des personnes dites BoP. Ainsi, nous pouvons douter de la capacité de Dr.Consulta à rendre accessibles ses services de soins aux patients de la base de la pyramide. Par ailleurs, le prix des examens ne semble pas toujours compris par les patients : *« C'est un peu cher pour quelque chose qu'ils décrivent comme bon marché. Je suis restée seulement 5 minutes avec le médecin pour faire l'examen et j'ai payé R\$280¹⁶⁹ »¹⁷⁰*. Il semblerait que Dr.Consulta n'arrive pas toujours à justifier correctement le prix du service auprès des patients, notamment dans le cas des examens où le service est relativement rapide.

En 2016, Dr.Consulta a complété sa proposition de valeur par une activité de recherche et d'innovation via laquelle les patients peuvent bénéficier de thérapies expérimentales. Les patients ont accès à des soins et des traitements innovants gratuitement, tout en contribuant à la recherche médicale. En ce sens, Dr.Consulta renforce son implication dans l'atteinte de sa mission visant à encourager un meilleur accès au soin et une amélioration de la santé globale des Brésiliens (DC/Site Web ; DC/Vidéo/3_Pesquisa).

¹⁶⁸ Soit près de 48€ d'après www.xe.com au taux mis à jour en juillet 2019

¹⁶⁹ Soit près de 66€ d'après www.xe.com au taux mis à jour en juillet 2019

¹⁷⁰ Traduit du portugais : *“Eu acho um pouco caro por ser um trabalho divulgado como popular. Então, a publicação é como se fosse popular, mas um exame de 5 minutos por 280 reais não é popular.”*

3.2. Etude des stratégies mises en place à chaque dimension du business model de Dr.Consulta

3.2.1. Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de Dr.Consulta

3.2.1.1. Evaluer le besoin par des études de marché

La proposition de valeur s'est construite pour répondre à des manquements nationaux en matière de santé : le manque de spécialistes, un système public saturé, de nombreuses personnes non assurées, et un système privé très cher. Il existe donc une demande non satisfaite : les personnes non assurées ne pouvant accéder aux services privés et/ou publics (PPT DC - Chicago). C'est un constat que le fondateur Thomaz Srougi a pu faire lui-même, dès son plus jeune âge du fait de la profession de son père, urologue (DC/Presse/5_Endavor).

Afin d'appréhender les besoins locaux et d'évaluer la demande, Dr.Consulta a conduit plusieurs études de marché qui l'ont aidée à déterminer sa proposition de valeur. Pour cela, le fondateur Thomaz Srougi est allé au contact de professionnels de santé et de patients dans des structures de santé publique, et a échangé avec les habitants des zones d'implantations ciblées pour évaluer les besoins en matière de santé. Il s'est appuyé sur cette expérience pour affiner progressivement la proposition de valeur de Dr.Consulta et créer un profil patient qu'il a ensuite interrogé via un institut. Il a ainsi pu appréhender les attentes de ses cibles potentielles en matière de santé. L'ouverture de cliniques pilotes lui a permis de tester la proposition de valeur et de renforcer sa connaissance du marché. Dr.Consulta a ainsi pu progressivement l'adapter et valider son modèle (DC/Presse/5_Endavor ; DC/PP/3_Kauffman, DC/PP/1_LGT).

3.2.1.2. Evaluer le besoin par l'expérience, l'ambition et des interactions clés

Le développement et la réussite du modèle de Dr.Consulta sont basés sur l'appréhension progressive du marché de la santé au Brésil et sur une adaptation continue aux besoins des patients. L'implication et la persévérance de son fondateur, Thomaz Srougi, a aussi beaucoup joué. Il s'est basé sur son expérience, ses ressentis terrain, mais aussi sur son réseau de contacts. Il a ainsi cherché à porter et à défendre le projet auprès de multiples acteurs tout en cherchant à récolter des conseils lui permettant d'affiner la proposition de valeur de Dr.Consulta. En tant que directeur associé du fond d'investissement Galicia, il a intégré le programme Kauffman Fellowship visant à développer l'éducation et la mise en réseau des investisseurs en capital-risque. Il a ainsi pu bénéficier d'un mentorat et d'un réseau lié à ce programme, au profit du

développement de son projet Dr.Consulta. Il s'est aussi appuyé sur des associations de réseaux tels LGT Fellows ou les alumni de l'université de Harvard pour échanger avec des gestionnaires, et renforcer sa légitimité. Ainsi, il a progressivement amélioré sa proposition de valeur tout en gagnant la confiance d'investisseurs potentiels et autres partenaires.

De plus, il a rencontré différents acteurs issus du marché de la santé pour comprendre les difficultés auxquelles ils faisaient face et leurs ressentis sur les attentes des patients. Il a par exemple rencontré des employés de l'entreprise mexicaine *Farmacias Similares* spécialisée dans la vente de médicaments et de consultations de base à bas prix, dont l'initiative lui a inspiré le projet Dr.Consulta. Conscient de la gestion problématique de la santé au Brésil, cette initiative mexicaine lui a donné l'idée de concevoir un modèle semblable dans un contexte brésilien (DC/PP/3_Kauffman). N'ayant aucune formation médicale, il a échangé avec de nombreux médecins brésiliens et des patients potentiels. Il a ainsi enrichi sa compréhension du besoin en santé et des attentes de la demande, mais aussi des problématiques liées à l'exercice des professions médicales. Peu à peu, il s'est entouré de médecins et infirmières qu'il a convaincus de s'engager dans le projet Dr.Consulta. Il souligne « *Je suis allé à la recherche des ressources que je n'avais pas, principalement des connaissances, des compétences, de l'argent, des gens et surtout de l'information* »¹⁷¹ (DC/PP/3_Kauffman, p.33). Sa motivation et son ambition portées par un fort esprit entrepreneurial lui ont permis de développer progressivement le modèle des cliniques Dr.Consulta.

3.2.1.3. Cibler la sensibilisation en collaboration avec des acteurs locaux

Du fait du niveau de développement du Brésil et la présence d'une couverture universelle, les populations sont pour la plupart sensibilisées au besoin global de soins de santé. Néanmoins elles tendent à être sous-informées quant à l'importance des soins de prévention et notamment des procédures de dépistage. L'Institut national du cancer du Brésil souligne la prévalence du cancer du sein dans le monde et au Brésil, puisqu'il s'agit, après le mélanome, du cancer le plus développé chez les femmes alors qu'il pourrait être diminué par un meilleur dépistage(DC/Presse/4_Promoview). En réponse à ce problème national, Dr.Consulta a complété sa proposition de valeur par la création de plusieurs centres de santé pour femmes à São Paulo, et a créé des actions de sensibilisation ciblées (DC/Presse/4_Promoview, DC/Site web). Par exemple, Dr.Consulta a mené la campagne de sensibilisation « Des fleurs pour se

¹⁷¹ Traduit de l'anglais : "I went out to find the resources I did not have, mainly knowledge, skills, money, people, and most importantly—information."

souvenir »¹⁷² en collaboration avec deux acteurs reconnus localement : le fleuriste André Pedrotti et l'agence de communication Akutellmix. Le mois d'octobre 2017 a donc été dédié à cette action dénommée « Octobre Rose »¹⁷³ pour le dépistage du cancer du sein (DC/Presse/4_Promoview ; DC/Vidéo/2).

De plus, des télévisions installées dans les salles d'attente délivrent des recommandations en santé aux patients (DC/PP/3_Kauffman, DC/Presse/2_Oglobo, observation). Via sa chaîne Youtube, Dr.Consulta met aussi en ligne de courtes vidéos de prévention « #Dr.Consulta responde¹⁷⁴ », pendant lesquelles un médecin vulgarise et donne des recommandations sur une pathologie spécifique. En complément, des vidéos de prévention plus détaillées sont mises en ligne (DC/Youtube). Elles sont effectuées par des médecins spécialistes qui permettent de renforcer la crédibilité du message de sensibilisation et d'humaniser la relation alors que les supports utilisés sont principalement numériques. Une newsletter permet aussi de sensibiliser les patients sur des sujets et des pathologies spécifiques. La même démarche est effectuée avec la création d'un blog via lequel des articles de santé sont disponibles et où les patients peuvent échanger au travers des commentaires. Ces différents supports constituent alors un vecteur d'éducation. Néanmoins, ils ne sont pas toujours déployés en amont de la proposition de valeur, mais aussi lors de sa livraison. Ces efforts de sensibilisation permettent d'éduquer les patients sur l'importance des dépistages, mais semblent surtout être associés à une mission de prévention ancrée dans la proposition de valeur, plus que dans une activité de co-construction pour une proposition de valeur acceptable avec et pour le patient.

3.2.2. Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de Dr.Consulta

3.2.2.1. Impliquer les patients pour encourager les retours et ajuster la proposition de valeur

Dans un objectif d'amélioration continue, Dr.Consulta encourage les retours des patients qui lui permettent de s'adapter et ainsi affiner sa proposition de valeur. Pour cela, Dr. Consulta conduit régulièrement des enquêtes de satisfaction, et collecte des informations relatives aux patients via un système EMR (Dossier médical électronique¹⁷⁵) assurant le stockage d'informations de santé sur les patients. Trois types d'études sont régulièrement conduites : une

¹⁷² Traduit du portugais : Flores para lembrar

¹⁷³ Traduit du portugais : Outubro rosa

¹⁷⁴ Traduit du portugais : #Dr.Consulta responde

¹⁷⁵ Traduit de l'anglais : *Electronic Medical Record*

enquête de satisfaction par SMS à chaque visite médicale, une enquête mensuelle, et une étude approfondie une à deux fois par an (DC/Presse/3_Iban). L'enquête par SMS permet aux patients d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 le praticien et le service fourni. Si la note est inférieure à 8, un autre SMS est envoyé pour demander des suggestions d'amélioration (DC/Presse/3_Iban ; DC/Presse 9_Omidyar). Les informations collectées sont analysées pour chaque praticien, chaque clinique et pour l'ensemble du réseau afin de pouvoir identifier les éventuels problèmes, et y remédier au cas par cas pour l'ensemble du réseau (DC/Presse 8_Medium). Cette démarche permet d'adapter la proposition de valeur pour accroître la satisfaction des patients. En effet, une recherche qualitative approfondie menée par Acumen, une ONG investie dans la lutte contre la pauvreté, a permis de mettre en avant des profils types de patients aux attentes variables. Par exemple, les patients reçus en consultation pour un check-up ou un examen de routine valorisent surtout l'efficacité et la rapidité du service, alors que des patients consultant pour des maladies chroniques cherchent à nouer une relation patient/praticien de confiance et humanisée. De ce constat, Dr.Consulta a pu comprendre le type de relation recherché par le patient lors de son interaction avec le praticien, et ainsi adapter le temps dédié au patient selon les consultations (DC/Presse/3_Iban ; DC/Presse 9_Omidyar).

Ces différentes démarches démontrent l'intérêt d'impliquer le patient pour comprendre ses besoins et ses attentes et ainsi ajuster la proposition de valeur. Comme Jorge Tung, chef de produit (jusqu'en 2018), le souligne :

« Le défi est de proposer un service financièrement abordable, accessible et efficient. Nous nous reposons sur la compréhension de nos clients et sur la technologie pour concevoir le service. Nous essayons d'abord de comprendre nos clients, construire des ressentis, ou bien nous essayons de comprendre un problème et essayons de découvrir la manière de le résoudre et délivrer un meilleur service client. »¹⁷⁶ (DC/Presse/3_Iban p.1).

En complément, d'autres astuces sont mises en place pour encourager les retours réguliers des patients. Outre son rôle éducatif, le blog Dr.Consulta permet aux patients de poser des questions et d'interagir avec la structure. Il est aussi possible de contacter l'entreprise par un formulaire en ligne sur son site internet. Enfin, il existe un test en ligne où les patients répondent à des questions sur leur santé, cela permet à Dr.Consulta de collecter certaines données concernant

¹⁷⁶ Traduit de l'anglais : "The challenge is to serve it affordably, accessibly, and efficiently, so we rely on our understanding of the customer and technology, to tailor the service (...) first we try to understand our customer, build some insights, or try to understand a problem and try to figure out a way to solve it and deliver best customer service."

les besoins des patients. Ces formes d'interactions permettent d'encourager et de maintenir l'implication des patients envers Dr.Consulta.

L'analyse de Dr.Consulta renforce la pertinence de la stratégie d'implication du client soulignée par Angeli et Jaiswal selon laquelle le patient détient un rôle important dans la configuration d'une proposition de valeur pertinente. Dans le cas de Dr.Consulta, cette implication est incarnée par l'effort de l'entreprise à collecter des retours patients via divers moyens. Pourtant, d'autres acteurs semblent constituer une source d'influence dans le choix et dans l'adaptation de la proposition de valeur.

3.2.2.2. *Encourager les retours terrain du personnel*

Le personnel médical constitue un point de contact primordial de la prestation de service. Il collecte directement des retours de la part des patients, et détient sa propre expérience du service et de la relation avec le patient en tant que professionnel de santé. La communication interne peut alors être un levier dans l'amélioration de la proposition de valeur. Conscient du rôle de la communication, chaque unité Dr.Consulta détient une infirmière référente à laquelle le personnel de santé peut s'adresser pour faire d'éventuels retours. La facilité des infirmières techniques à s'adresser à leur supérieur permet une centralisation des informations qui peuvent être source d'amélioration intra-unité et pour le réseau entier. Une infirmière explique « *Je peux faire des suggestions. Nous avons un dialogue, alors c'est accessible (...) si c'est quelque chose à améliorer, ça va s'améliorer globalement, pour toute l'unité* »¹⁷⁷. Elle donne un exemple d'amélioration qui a été mis en place après qu'elle ait émis une suggestion :

*« Si un patient qui a des difficultés de locomotion arrive, ou même un patient alité, nous pouvons maintenant lui apporter une aide plus importante. Si nous devons nous déplacer chez le patient dans une voiture de l'unité, nous sommes maintenant prêts à y aller. C'est un programme de notre unité qui est devenu plus facile »*¹⁷⁸.

Par sa fonction médicale, l'infirmière constate la réalité terrain, ce qui lui permet de proposer des axes d'amélioration. Dans ce cas, elle peut les transmettre à son infirmière référente qui s'adressera à la direction : « *Nous parlons à la direction. Cela passe par la direction parce que c'est accessible, de là-bas, cela se résout sur-le-champ. Vous expliquez quelle est la situation*

¹⁷⁷ Traduit du portugais : "Eu posso fazer sugestões a gente tem um diálogo. Então é acessível (...) se é algo para melhorar vai melhorar no geral para toda unidade."

¹⁷⁸ Traduit du portugais : "E tipo vem um paciente com dificuldade de locomoção, mais acamado a gente consegue dar uma assistência maior, então se precisar se locomover até o paciente dentro de um carro nós da unidade, somos dispostos a ir. Então esse é um programa da unidade que ficou mais fácil."

du patient, quelle est la contrainte, puis nous passons à la gestion. »¹⁷⁹ (Infirmière technique Dr.Consulta). La communication interne semble ainsi être assez fluide et source de changement positif pour la structure. Même si les suggestions tendent à être prises en compte par la direction, conduire un changement effectif peut être plus difficile « *Cela dépend beaucoup de la façon dont nous traitons la paperasse, donc si vous voulez standardiser quelque chose vous devez faire plusieurs modifications, alors c'est assez difficile.* »¹⁸⁰ (Infirmière technique Dr.Consulta).

La proposition de valeur de Dr.Consulta située au croisement de l'offre proposée par le service public, et celle du service privé, est donc en constante amélioration grâce à l'implication des patients, mais aussi du personnel. La stimulation des retours patients, et l'implication du personnel par une communication facilitée sont ainsi capitales à l'ajustement de la proposition de valeur.

3.2.3. Les stratégies mobilisées dans la dimension « création de valeur » du business model de Dr.Consulta

La création de valeur dans le cadre d'un service de santé est liée à la capacité de l'organisation à cocréer de la valeur avec plusieurs acteurs de l'écosystème de service (Frow et al., 2016). Comme l'ont évoqué Angeli et Jaiswal (2016), l'utilisation de technologies médicales innovantes, la focalisation sur le personnel médical et la construction de partenariats stratégiques constituent des stratégies pouvant être implémentées pour encourager la prestation de services de santé inclusif, c'est-à-dire qui soient financièrement, socialement et culturellement acceptables. Dr.Consulta développe en effet ce type de stratégies, puisque sa création de valeur repose principalement sur l'usage des technologies de pointe, d'un personnel médical compétent, et de partenariats stratégiques. Cependant, les processus de création de valeur liés à la technologie et au personnel ne sont pas reliés à la seule sphère médicale. Le personnel administratif et les technologies de l'information sont tout aussi importants.

3.2.3.1. Utiliser des technologies médicales innovantes, mais aussi des technologies de l'information innovantes

Comme cela est souligné par Angeli et Jaiswal, l'utilisation de technologies médicales innovantes permet la prestation d'une proposition de valeur portée sur un service de santé à

¹⁷⁹ Traduction du portugais : *“Falamos com a gestão. Passa para gestão porque é mais acessível, daí já resolve na hora. Você explica qual a situação do paciente, qual a limitação então passamos para gestão.”*

¹⁸⁰ Traduction du portugais : *“Então, depende muito como a gente mexe com muita papelada, então se você quiser padronizar alguma coisa tem que fazer várias emendas daí é meio difícil.”*

moindre coût et de qualité. Ainsi, Dr.Consulta s’approvisionne d’équipements médicaux de pointe lui permettant de réaliser plusieurs types d’examens au sein de ses cliniques. C’est grâce à ce matériel que le réseau ne se limite pas à la seule prestation de soins primaires, et peut proposer des soins spécialisés et les examens y étant associés. Les mammographies sont par exemple réalisées par des appareils digitaux fournis par l’entreprise de renom General Electric. Ils permettent un diagnostic plus précis grâce à une meilleure résolution et donnent plus de confort aux patientes que les appareils traditionnels (DC/Presse/2_Oglobo ; DC/Presse/7_Medium GE). De plus, Dr.Consulta se repose sur un EMR afin d’enregistrer les informations des patients quant aux données démographiques et médicales. Le praticien peut y accéder pendant la consultation et consacrer davantage de temps à la prestation de soin. Ce système collecte aussi des données relatives au temps de prise en charge à chaque étape de la prestation de service. L’utilisation de cet EMR facilite la gestion client, mais permet aussi d’optimiser la prestation de service pour une meilleure efficacité. Cette recherche d’efficacité est aussi encouragée par l’adoption d’un logiciel de gestion intégrée en cloud proposant des applications de gestion financière et de la *supply-chain* permettant à Dr.Consulta de gagner en efficacité. La combinaison entre intelligence artificielle et analyse de données patients, permet des diagnostics et des traitements plus précis et rapides (DC/Presse/10_WallStreet ; DC/Presse/11_Baguete). Même si les avantages liés à une technologie médicale avancée sont indéniables, la réussite de Dr.Consulta repose surtout sur l’usage d’une forme développée de technologie de l’information basée sur un système de *lean data* performant (DC/Presse 9_Omidyar). Dr.Consulta a notamment bénéficié de la technologie *lean data* proposée par l’ONG Acumen pour recueillir à moindre coût des données de performance sociale, directement auprès des patients dans un objectif d’ajustement de la proposition de valeur. Gaston Perez, le directeur de la technologie du réseau de Dr.Consulta confie « *Nous avons besoin d'un cloud robuste pour répondre à la forte demande de données avec un réseau sécurisé et agile pour nous et nos clients.* »¹⁸¹ (DC/Presse/11_Baguete, p.1). Dr.Consulta se base aussi sur un algorithme, comme celui que les compagnies aériennes utilisent, afin de gérer au mieux la demande et la mise en place d’un protocole de soin (plus de détail en 3.2.5.2) visant à optimiser les coûts (DC/Presse 12_Harris).

Outre la gestion des données, la technologie de l’information permet à Dr.Consulta de proposer des services en ligne de qualité, qui soient facilement manipulables et qui engendrent peu de

¹⁸¹ Traduit du portugais : “*Nós precisávamos de uma nuvem robusta para apoiar a alta demanda de dados com uma rede segura e ágil para nós e para nossos clientes.*”

coûts à l'entreprise. Les patients peuvent prendre rendez-vous via le site internet ou l'application de Dr.Consulta et sont avertis par SMS avant toute consultation. La prise de rendez-vous facilitée contribue ainsi à renforcer l'accès aux services proposés par Dr.Consulta grâce à une réduction des barrières organisationnelles liés à l'effort que le patient doit fournir pour accéder à la prestation de service (Gulliford et al., 2002; Sweeney et al., 2015). L'enregistrement informatique des informations des patients et la gestion en ligne des rendez-vous permet d'éviter toute lourdeur administrative pour le patient, et diminue le taux absentéisme des patients aux rendez-vous (DC /Site Web ; DC/Presse/2_Oglobo). De plus, l'automatisation de la planification des rendez-vous permet d'optimiser la gestion de la demande , le temps et les coûts associés à sa gestion, ce qui en définitive se traduit par un temps d'attente plus court et un prix plus réduit pour les patients.

La technologie est capitale à la prestation de service de Dr.Consulta. Les équipements médicaux, la technologie *lean data* et les outils digitaux participent à faciliter la cocréation de valeur avec le patient. Néanmoins, c'est la combinaison de cette technologie à des ressources humaines compétentes et impliquées, qui prend sens au service d'une prestation de soin de qualité humanisée à moindre coût. Ainsi, Dr.Consulta se focalise sur son personnel médical, mais aussi administratif pour délivrer correctement sa proposition de valeur.

3.2.3.2. *Se focaliser sur le personnel médical, mais aussi non médical, une politique de recrutement centrée patient*

Dès la création du projet de Dr.Consulta, Thomas Srougi s'est entouré de médecins de l'université de médecine la plus renommée du pays. Il s'est ainsi assuré d'avoir du personnel compétent qui puisse délivrer correctement sa proposition de valeur tout en l'aidant à l'affiner (DC/PP/3_Kauffman). Le choix des premiers recrutements a été fait au sein de la Faculté de médecine de l'Université de São Paulo. Suite à une présentation du projet auprès d'une trentaine de médecins réunis par le premier médecin associé au projet, cinq médecins ont été recrutés puis, l'équipe s'est progressivement agrandie par bouche-à-oreille. Thomaz Srougi explique la nécessité du choix des meilleurs médecins : « *Je n'avais aucun moyen de contrôler la qualité médicale de notre service, excepté le fait que nos médecins étaient recrutés dans les meilleures écoles de médecine. J'ai dû m'y fier.* »¹⁸² (DC/PP/3_Kauffman, p. 36). Même si le réseau s'est depuis étendu, une politique de recrutement basée sur un personnel médical d'excellence

¹⁸² Traduit de l'anglais : "I did not have any means to control our service's medical quality, except that our doctors were recruited from the best medical schools. I had to rely on that."

semble perdurer. Thomaz Srougi déclare d'ailleurs que le succès de Dr.Consulta réside notamment sur les « talents et les cerveaux » évoluant au sein de l'entreprise (DC/Vidéo/2_Oracle). Ainsi, Dr.Consulta a mis en place un processus de recrutement sélectif, qui ne semble pas s'adresser aux seuls médecins, mais aussi aux infirmières. Une infirmière technique décrit son processus de recrutement : « *Ils ont d'abord analysé mon CV, j'ai dû passer un test d'écriture avant de passer un test psychologique. Après cela, j'ai eu un entretien avec l'infirmière responsable avant de faire un test pratique* »¹⁸³. Ce processus long de plusieurs étapes semble ainsi traduire une exigence accrue de la part de l'entreprise.

Alors que Dr.Consulta demande un certain niveau de qualification et d'expérience pour les postes médicaux, les prérequis nécessaires à l'obtention d'un poste administratif semblent moins exigeants. Par exemple, le niveau d'étude demandé pour les chargés d'accueil est le niveau lycée et l'expérience professionnelle n'est pas précisée. Néanmoins, des qualités relationnelles et de terrain sont demandées (DC/Site Web). Même si le recrutement est ouvert, suivre le processus requiert un investissement personnel. Les candidatures se font en ligne puis le candidat doit effectuer une présentation sous forme vidéo, pour ensuite être admis à un entretien en groupe à la suite duquel le candidat pourra être sélectionné pour un entretien individuel (DC/Web/2_Napratca). Ces différentes étapes permettent surtout d'analyser le profil des candidats et leur adéquation avec la culture de l'entreprise.

Par ailleurs, cette démarche de recrutement pour le personnel non médical contribue à donner une chance aux personnes habituellement marginalisées du marché de l'emploi, comme les jeunes qui souffrent beaucoup du chômage au Brésil. Un réceptionniste explique qu'il est arrivé à ce poste un peu par hasard : « *C'est l'occasion qui s'est présentée en tant qu'apprenti à l'époque où j'étais dans cette phase de l'armée (...) et puis j'ai aimé ça. Je me suis identifié au domaine de la santé et j'ai été promu jusque-là.* »¹⁸⁴ Les apprentis bénéficient en effet d'un réel accompagnement durant leur contrat : « *Quand vous êtes apprenti, vous avez un suivi quotidien, parce qu'ils disent que vous n'êtes pas encore prêt pour le marché du travail, alors ils vous façonnent pour bien travailler.* »¹⁸⁵ (Réceptionniste Dr.Consulta). Dr.Consulta contribue alors à leur formation, et leur donne l'opportunité d'intégrer le monde du travail,

¹⁸³ Traduit du portugais : « *Primeiro começa com a análise do currículo. Faz avaliação escrita daí se for aprovada você passa por um psicólogo, depois da aprovação do psicólogo você passa pela enfermagem onde você é avaliado por uma enfermeira.* »

¹⁸⁴ Traduit du portugais : « *Foi a oportunidade que apareceu como aprendiz naquela época que eu estava naquela fase do exército, sabe né? (...)Foi a oportunidade que apareceu como aprendiz e depois eu gostei. Eu me identifiquei com a área da saúde e depois eu fui promovido até então.* »

¹⁸⁵ Traduit du portugais : « *Quando você é aprendiz tem um acompanhamento diário, porque eles falam que você ainda não está preparado para o mercado, então eles meio que vão moldando para você trabalhar certinho.* »

notamment en leur proposant une place au sein de l'entreprise. Néanmoins, le réceptionniste témoigne sa surprise par rapport au fait d'avoir été engagé : « *Je pensais que je resterais simplement sur le contrat d'apprenti et qu'ensuite je serais licencié, mais avec le temps, ils m'ont offert des possibilités.* »¹⁸⁶ Dans cette optique, des offres de stages ou d'alternance sont régulièrement proposées. L'intérêt accordé au personnel administratif semble alors traduire un engagement de l'entreprise envers des populations plus vulnérables à intégrer sur le marché de l'emploi.

3.2.3.3. *Valoriser l'adéquation culturelle entre personnel et organisation au service de l'expérience du service*

Dans un objectif de cohésion et de cocréation, l'entreprise s'appuie en effet sur la création d'une culture humanisée qui vise à aligner l'attitude du personnel avec celle des clients. Le recrutement des employés Dr.Consulta se construit alors autour d'une vision commune centrée patient. Une partie du site internet est spécifiquement dédié au recrutement du personnel, où la vision et la relation entretenue avec les patients est expliquée. Il est aussi possible de télécharger un document présentant l'identité de Dr.Consulta avec ses missions, ses valeurs et sa vision. Ce qui est significatif c'est que ce document n'est accessible que dans la partie recrutement, il est donc dédié aux candidats potentiels et ne semble pas être un support de communication dédié à d'autres parties prenantes (CIES/Site web ; DC/Manuel ID). Ce document dénommé *LIVE Lidecer para Vencer*, en Français, « se battre pour gagner » est désigné comme l'ADN de Dr.Consulta. Il agit comme un guide pour un meilleur accès à la santé au Brésil : « *LIVE est notre manuel pour mener et gagner cette guerre !* » (DC/Manuel ID, p.4). Dans les offres d'emplois, la culture de Dr.Consulta est mise en avant « *Chez Dr. Consulta, nous travaillons avec un objectif clair : sauver des vies. Pour ce faire, nous respectons la diversité, nous travaillons fort, nous voulons changer notre environnement, nous pensons d'abord à nos patients et nous savons que nous pouvons TOUJOURS faire mieux.* »¹⁸⁷ (DC/Site web).

En communiquant sur sa culture auprès de ses potentiels employés, Dr.Consulta espèrent attirer un personnel en phase avec ses valeurs internes, et au comportement adapté dans ses relations interpersonnelles avec les patients et ses collègues. Cette culture se traduit par exemple dans l'intitulé du poste de chargé d'accueil appelé « *Humanizador* », ce qui pourrait se traduire par

¹⁸⁶ Traduit du portugais : « *Eu pensei que ficaria apenas no contrato de aprendiz e depois seria desligado, mas daí com o tempo eles vão oferecendo oportunidades.* »

¹⁸⁷ Traduit du portugais : « *No dr.consulta nós trabalhamos com um propósito claro: salvar vidas. Para isso, respeitamos a diversidade, trabalhamos com afinco, queremos mudar o nosso entorno, pensamos primeiro nos nossos pacientes e sabemos que da para fazer melhor, SEMPRE!* »

« Humanisateur ». Cette appellation insiste sur le caractère relationnel de cette fonction qui détient un rôle essentiel dans la prise en charge du patient. Cette culture humanisée, portée par un comportement attentionné envers les patients, apporte une cohésion autour d'une philosophie commune source de motivation pour les employés. Un réceptionniste témoigne : « *J'aime avoir la possibilité d'aider les gens qui ont des besoins et de voir la lueur dans leurs yeux quand ils peuvent partir heureux avec le médecin.* »¹⁸⁸ Cet investissement envers les patients est fondamental dans un service où la cocréation est primordiale et n'implique pas le seul personnel médical, mais aussi le personnel administratif.

3.2.3.4. *Fluidifier l'échange d'informations comme facteur de cocréation au bénéfice de la prise en charge du patient*

Les différentes rencontres entre les membres du personnel encouragent les échanges d'expériences qui sont source de bien-être au sein de Dr.Consulta. Une infirmière perçoit les sessions de formation comme un espace de discussion privilégié « *C'est quelque chose que vous apportez par des expériences extérieures venant d'autres unités.* »¹⁸⁹ Elle ajoute ensuite « *Ici la structure est très bonne, le personnel est d'un grand soutien et encourageant, de la position la plus haute à la position la plus basse.* »¹⁹⁰ Des rencontres sociales hors travail constituent d'autres moments d'échange qui contribuent à créer une bonne cohésion au bénéfice de l'expérience de service. Ainsi, un réceptionniste souligne l'importance de pouvoir communiquer facilement avec ses collègues « *C'est essentiel parce que je travaille en équipe, donc la communication n'est bonne que si vous avez une bonne relation avec les gens sinon elle est imparfaite.* »¹⁹¹ Cela participe à fluidifier la communication interne au bénéfice de l'expérience du patient.

Ces échanges permettent alors d'encourager des mécanismes de cocréation entre le personnel de différents niveaux de la ligne de soin, mais aussi avec les patients. La communication entre médecin et patient est en effet valorisée :

« Ils sont attentionnés, il n'y a pas de problème pour parler. Le problème d'avoir un rendez-vous chez le médecin, c'est d'avoir confiance pour parler et savoir ce qu'il en est, sans

¹⁸⁸ Traduit du portugais : “*Eu gosto da oportunidade de poder ajudar as pessoas com necessidades e ver o brilho nos olhos dessas pessoas quando elas conseguem sair contente com o médico.*”

¹⁸⁹ Traduit du portugais : “*Tem coisa que você trás de fora experiências de outras unidades.*”

¹⁹⁰ Traduit du portugais : “*Sim, é essencial porque eu trabalho em equipe, então a comunicação só acontece de forma boa se você tem uma boa relação com as pessoas se não ela é falha.*”

¹⁹¹ Traduit du portugais : “*E essencial porque eu trabalho em equipe, então a comunicação só acontece de forma boa se você tem uma boa relação com as pessoas se não ela é falha.*”

que vous obteniez les résultats sans être capable de comprendre. Vous avez donc toujours un conseil, une conversation plus amicale. »¹⁹² (Gabriel, Patient)

Un effort de communication avec le patient encourage ainsi la pertinence des soins proposés. Elle permet de gérer l'asymétrie de l'information. Une infirmière explique : « *En fait, quand le patient est bien orienté, il n'est pas dans le doute, il est dans le doute quand il ne sait pas combien de temps il va attendre pour être vu. Donc, si le patient a cette orientation, il est très calme.* »¹⁹³ Un défaut de communication au niveau du personnel administratif peut alors affecter l'ensemble de la relation patient/praticien. Son rôle avant et après les soins peut alors être déterminant dans la décision du patient à cocréer. Ce n'est donc pas seulement le personnel médical qui influence l'expérience du patient, mais aussi le personnel administratif qui incarne un point de contact avec le patient.

Il est en effet fréquent que les passants viennent se renseigner sur le service. Un réceptionniste explique : « *La plupart du temps, ils me demandent si le service est vraiment bon et si les médecins sont de qualité.* »¹⁹⁴ Au-delà de fournir de l'information, il s'agit de convaincre le patient de la légitimité de Dr.Consulta et de la qualité des services fournis :

*« Vous devez vendre l'entreprise dans laquelle vous travaillez, donc la plupart du temps j'affirme que le service est bon et je fais vraiment de la publicité pour la qualité de l'entreprise, son différentiel sur le marché, la rapidité de la prise en charge. »*¹⁹⁵ (Réceptionniste Dr.Consulta).

Dans cette optique, le personnel administratif agit comme la vitrine de Dr.Consulta et contribue à diminuer l'asymétrie d'informations, et l'incertitude que les patients peuvent éprouver à l'égard du service. Conscient de son rôle sur la prestation de service, le réceptionniste interrogé explique la nécessité de s'adapter aux patients « *Certaines personnes aiment parler et interagir et d'autres sont plus par le contact de travail. Cela dépend beaucoup du patient.* »¹⁹⁶ Le

¹⁹² Traduit du portugais : “É boa, eles são atenciosos, não tem problema dá para conversar. O problema de você ter uma consulta médica é você pegar confiança e poder conversar e saber como está sem acontecer aquilo de você pegar os resultados sem conseguir entender. Então sempre tem uma orientação, uma conversa mais amigável.”

¹⁹³ Traduit du portugais : “Na verdade quando o paciente é bem orientado ele não fica na dúvida, ele fica na dúvida quando não sabe quanto tempo vai esperar para ser atendido. Então, se o paciente tem essa orientação é bem tranqüilo.”

¹⁹⁴ Traduit du portugais : “Na maioria das vezes eles me perguntam se o serviço é realmente bom e se os médicos são de qualidade.”

¹⁹⁵ Traduit du portugais : “Você precisa vender a empresa na qual você trabalha, então na maioria das vezes eu afirmo que o serviço é bom e realmente faço uma propaganda da qualidade da empresa, seu diferencial do mercado, rapidez do atendimento.”

¹⁹⁶ Traduit du portugais : “Tem uns que gostam mais de falar e ter uma interação e outros que são mais pelo contato de trabalho, depende muito do paciente.”

personnel administratif influence ainsi l'expérience globale du service vécue par les patients. João, Patient de Dr.Consulta explique son ressenti :

« J'ai trouvé la prise en charge très bonne. Les filles qui assistent à la réception sont toujours très attentives, vous guident et veillent à ce dont vous avez besoin. Par exemple, l'autre fois je parlais à l'une d'elles du cas où j'aurais besoin d'un autre type de médecin, et elle m'a dit que chaque fois que tu en as besoin, tu peux leur demander d'indiquer d'autres médecins qu'ils connaissent. »¹⁹⁷

En définitive, l'importance du contact entre le personnel et les patients semblent être intégrée par le personnel et encouragée par Dr.Consulta au service d'une approche centrée patient nécessaire à délivrer une proposition de valeur humanisée et de qualité.

Outre la création de cette adéquation culturelle entre le personnel et la structure, Dr.Consulta met en place un système d'incitations et de contrôle, qui contribue à maintenir un certain niveau de performance et l'implication des employés.

3.2.3.5. Développer un système d'incitations et de contrôle

Comme évoqué précédemment, les médecins reçoivent une évaluation de la part des patients. Cette évaluation est en fait une source de récompense puisque le personnel médical reçoit un bonus si sa note est supérieure à 8,5/10. Cette notation joue alors une double casquette puisqu'elle peut motiver le personnel à obtenir une bonne note grâce au bonus associé, tout en agissant comme un contrôle puisqu'une mauvaise note sera synonyme d'un défaut dans la prestation fournie au patient. Dans les cas extrêmes, il peut même y avoir une pénalité pécuniaire. Les différentes informations collectées sur les patients via la technologie *lean data* semble aussi être une source de motivation pour le personnel : *« Une meilleure compréhension des facteurs comportementaux de leurs patients a redonné de l'énergie à l'équipe de Dr.Consulta, et les leçons tirées du projet Lean Data sont mises en œuvre dans leurs plans de croissance »¹⁹⁸* (Carmel Farzaneh analyste du réseau Omidyar, DC/Presse 9_Omidyar). Aussi, le personnel détient un budget spécifique dédié à ses dépenses en santé. Chaque membre du personnel a accès à l'ensemble des services médicaux dans la limite de son budget annuel. Cela

¹⁹⁷ Traduit du portugais : *“Eu achei tudo bom, desde as meninas que atendem na recepção que sempre são muito atenciosas e orientam e veem o que você precisa, por exemplo, da outra vez eu estava falando com uma dela do caso de precisar de outro tipo de médico e ela me disse que sempre que precisar pode perguntar que elas indicam outros médicos se conhecerem.”*

¹⁹⁸ Traduit de l'anglais : *“Having a deeper understanding of their patients' behavioural drivers re-energised the team at Dr. Consulta, and the learning gleaned from the Lean Data project are being implemented into their growth plans.”*

permet à chacun d'expérimenter lui-même le service et de développer un certain attachement envers l'entreprise en tant qu'employé, mais aussi en tant que patient.

Par ailleurs, Dr.Consulta utilise un algorithme qui agit directement sur les pratiques développées par le personnel de santé. Ce dernier fixe en effet des points de référence auxquels le personnel a recours pour délivrer une prestation de qualité à moindre coût. Il s'agit de suivre un protocole médical précis qui évite les prescriptions abusives ou inadaptées qui sont coûteuses et source de gâchis. Thomas Srougi explique « *Ils abusent du système ! Alors, nous nous sommes dit, assurons-nous que personne ne puisse prescrire plus qu'il n'est nécessaire. Mais comment faire ? Vous devez travailler avec des protocoles médicaux - un algorithme clinique.* »¹⁹⁹ En référence à l'usage des incitations dans les cliniques privées, Dr.Consulta détient un système de récompense basé sur le respect de ce protocole clinique. Si un médecin adhère et le respecte, il sera payé plus, mais s'il s'éloigne un tant soit peu du protocole prescrit, il sera payé moins. Le but est ainsi d'encourager les praticiens à se référer au protocole, ce qui permet d'optimiser les coûts au service d'une prestation de qualité « *Nous prévenons les abus et le gaspillage, et nos résultats médicaux sont en fait plus élevés* »²⁰⁰ (DC/Presse 12_Harris). Des processus réguliers d'évaluation agissent aussi en ce sens. Les infirmières sont évaluées par l'infirmière en chef de chaque unité, mais aussi par des infirmières d'autres unités : « *Elles évaluent vos soins, la façon dont vous traitez les patients, la façon dont vous effectuez les procédures si elles sont correctes ou non.* »²⁰¹ (Infirmière technique). Les unités sont aussi équipées de caméras : « *Ils évaluent, alors ils ont des caméras.* »²⁰² (Infirmière technique). Le personnel doit aussi pointer aux heures d'arrivée et départ.

Ces différents mécanismes de contrôle sont utilisés dans un objectif de management des coûts et de la qualité au sein de chaque unité, mais aussi entre les unités dans un souci d'homogénéité. L'infirmière technique confie : « *Dr.Consulta est très normalisé, peu importe l'unité où vous vous trouvez, c'est la même structure, la même norme qui rend les choses plus faciles tant pour la personne qui travaille que pour les clients.* »²⁰³ Ces mécanismes contribuent ainsi à standardiser le service dans l'ensemble des cliniques du réseau de franchise.

¹⁹⁹ Traduit de l'anglais : "They're abusing the system! So, we thought, let's make sure no one can prescribe more than necessary. But how do you do that? You have to work with medical protocols — a clinical algorithm."

²⁰⁰ Traduit de l'anglais : "We're preventing abuses and waste, and our medical outcomes are actually higher."

²⁰¹ Traduit du portugais : "Eles avaliam o seu atendimento, a forma como você trata os pacientes, como você faz os procedimentos se está correto ou não."

²⁰² Traduit du portugais : "Eles avaliam, por isso tem câmeras."

²⁰³ Traduit du portugais : "O Dr. Consulta é muito padronizado, independente da unidade onde você estiver é a mesma estrutura o mesmo padrão o que torna fácil tanto para quem trabalha quanto para os clientes."

3.2.3.6. *Créer des partenariats variés*

La création de partenariats participe aussi à la volonté de délivrer une proposition de valeur acceptable. Dr.Consulta se focalise surtout sur la mobilisation de différents soutiens permettant le lancement et le développement du projet. Grâce à plusieurs levées de fond auprès de partenaires tels que LGT, Dr.Consulta a pu lancer ses premières cliniques, et s'étendre progressivement avant même d'atteindre un niveau de profit suffisant à son expansion. L'expérience de Thomas Srougi a été un atout considérable pour s'entourer de partenaires clés. Swiss Re Foundation a fourni une assistance technique et financière dans le développement d'un projet de crédit, et LGT a aidé à la collecte de fonds et a participé au financement de Dr.Consulta par un investissement de US\$12.5 millions en fonds propres (DC/PP/4_LGT Portrait). En juin 2018, le magazine tech-crunch estimait que US\$100 millions avaient été injectés depuis la création de Dr.Consulta par des investisseurs en capital-risque. Aussi, Dr.Consulta a noué des partenariats sporadiques dans le cadre d'actions ponctuelles telles que des campagnes de sensibilisation ou des actions commerciales. Thomas Srougi a ainsi beaucoup mobilisé les relations publiques pour faire connaître Dr.Consulta auprès du grand public et auprès de potentiels soutiens.

Le partenariat avec Acumen Lean Data lui permet de gérer la collecte et le management des données patients dans le but d'une amélioration continue de la proposition de valeur pour une meilleure satisfaction des patients.

Enfin, Dr.Consulta envisage de collaborer avec des universités dans le but de contribuer à la recherche en médecine (DC/Presse/1_Techcrunch).

Dr.Consulta mobilise donc des ressources internes et externes pour délivrer sa proposition de valeur. Le recrutement des ressources humaines se base alors sur une gestion des compétences, mais aussi de l'adéquation culturelle des employés, quand la rétention des ressources humaines se base sur un système d'incitations et de contrôle allié au développement de routines de communication interne. Ces différentes pratiques agissent comme des facteurs bénéfiques de cocréation pour une prestation de service de santé de qualité qui soit acceptable par les patients et valorisée par le personnel.

3.2.4. Les stratégies mobilisées dans la dimension « appropriation de valeur » du business model de Dr.Consulta

L'appropriation de la valeur décrit la manière dont la valeur créée est captée et partagée entre les parties prenantes. Comme cela est précisé par Angeli et Jaiswal (2016) le développement de

stratégies dans le cadre de l'appropriation de la valeur peut permettre une meilleure accessibilité de services de santé inclusifs. Ainsi, et pour accroître son impact, Dr.Consulta se base sur la réalisation d'économies d'échelle et le développement d'un modèle de franchise duplicable pouvant s'étendre sur le territoire.

3.2.4.1. Créer des économies d'échelle via un modèle de franchise

Constatant l'inefficacité du SUS, le prix élevé des services privés, et le manque de pérennité des modèles non lucratifs, Dr.Consulta a développé un modèle low-cost dont l'expansion et la pérennité reposent sur les profits. Ainsi, son fondateur témoigne : « *Nous apportons des solutions à un problème social massif, et nous utilisons les profits comme un moyen de s'étendre rapidement.* »²⁰⁴ (Thomas Srougi, 2014, Chicago dinner). Grâce à la réplique de son modèle, l'entreprise détient désormais 49 cliniques. Sa croissance lui a permis de délivrer un plus grand nombre de consultations et d'examen auprès d'un plus grand nombre de patients, ce qui contribue à améliorer l'accès global des services de santé proposés. Implantée dans les régions de São Paulo et Rio de Janeiro, l'entreprise envisage d'étendre progressivement son modèle dans tout le pays, voire même à l'international.

Indicateurs	Chiffres consultés en 2019
Nombre de patients clients de Dr.Consulta	1 000 000
Nombre de cliniques	49
Nombre de spécialités disponibles	61
Nombre d'examen disponibles	2000

Tableau 19 : Indicateurs d'activité de Dr.Consulta (Source : auteur à partir de DC/Web)

Les économies d'échelle réalisées grâce à la réplique du modèle permettent à Dr.Consulta d'optimiser ses coûts et d'améliorer son expérience de soins. L'adoption de son système de franchise basée sur la standardisation et le maintien de la qualité lui permet de proposer aux patients une expérience de soin à un prix abordable, et d'une qualité constante, quelle que soit l'unité de soin. La combinaison de ces différents éléments contribue à améliorer l'atteinte des objectifs du *Triple Aim* des services de santé, soit une optimisation des coûts, une expérience de soin de qualité et une meilleure santé des populations. En considération du nombre de cliniques et des consultations effectuées, l'impact de Dr.Consulta semble grandissant (Voir Tableau 19).

²⁰⁴ Traduit de l'anglais : "We are providing solutions to a massive social problem, and using profits as means to scale rapidly;"

Néanmoins, la création de valeur issue de l'activité de Dr.Consulta, ne concerne pas la seule relation dyadique entreprise-patients, puisque d'autres parties prenantes participent et bénéficient de la création de valeur issue de la gestion du *Triple Aim*.

3.2.4.2. *Standardiser et répliquer l'expérience des parties prenantes via un modèle de franchise*

Le choix d'un modèle de franchise encourage la standardisation de l'expérience de soin à laquelle plusieurs parties prenantes prennent part. Ainsi, les patients, le personnel médical et non médical, et les acteurs locaux en contact avec les unités franchisées peuvent s'approprier la valeur cocrée. En effet, les processus standardisés facilitent la satisfaction du patient qui obtient toujours le même niveau de qualité intra et inter-unité grâce à un personnel médical et administratif formé qui connaît les procédures à suivre.

Outre la prestation fournie, cette standardisation peut influencer le bien-être du personnel. Les employés de Dr.Consulta captent de la valeur par des transformations économiques et sociales positives issues de l'activité. Ces derniers renforcent leurs compétences professionnelles et leur valeur sur le marché du travail grâce à leur expérience quotidienne et aux différentes formations dont ils bénéficient régulièrement au sein de l'entreprise. De plus, les mécanismes d'incitations et de contrôle permettent aux employés de gagner des nouvelles ressources financières tout en améliorant leur capacité de travail. Les personnes inexpérimentées bénéficient d'autant plus de ces différentes opportunités économiques et sociales, puisque Dr.Consulta leur permet d'intégrer le monde du travail, dont ils sont habituellement exclus. Cependant, les différentes pratiques évoquées peuvent aussi conduire à des transformations économiques et sociales négatives du fait du stress éventuellement engendré, d'une certaine compétition entre employés, ou d'inégalité entre les employés. Ces effets néfastes peuvent alors dégrader les mécanismes de cocréation de valeur qui sont pourtant fondamentaux pour fournir une prestation de santé de qualité.

Par ailleurs, le système de franchise facilite l'expansion de Dr.Consulta qui peut s'intégrer dans de nouvelles zones géographiques, dans lesquelles les acteurs locaux bénéficieront de l'activité économique et sociale engendrée par l'implantation d'une nouvelle clinique.

Enfin, la satisfaction de différents acteurs peut contribuer à déployer une image positive de l'entreprise. Une patiente explique:

« J'ai des connaissances dans mon entreprise et quelques amis qui sont venus ici et ils m'ont tous dit que c'était bien. J'en avais besoin. J'avais déjà des amis qui étaient allés chez

Dr.Consulta, non pas chez le même chiropraticien, mais dans un autre domaine. Ils ont aussi beaucoup aimé et me l'ont recommandé. »²⁰⁵

Ainsi, le bouche-à-oreille ne bénéficie pas à un médecin en particulier, mais à l'organisation entière.

3.2.5. Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale

3.2.5.1. Localisation centrale accessible en transport en commun

Le réseau de cliniques est dispersé dans les états de São Paulo et Rio de Janeiro, qui abritent les deux plus grandes villes du pays. Ces localisations permettent à Dr.Consulta d'accéder à une forte concentration de la population brésilienne. De plus, ces villes sont réputées pour la présence d'importantes favelas où la pauvreté domine. La localisation géographique s'avère ainsi pertinente au vu du besoin des populations régionales.

Ce système de franchises permet de répliquer une activité de soins accessible au bénéfice d'un plus grand nombre de personnes. Le fait d'avoir plusieurs cliniques permet aussi à Dr.Consulta de proposer davantage de spécialités, qui ne pourraient pas toutes être proposées dans une seule et même clinique. Un patient explique : *«Hier je suis allé faire un électrocardiogramme à la demande du médecin et cet examen n'est pas disponible ici, il l'est à Dr Consulta de la Rue Teodoro Sampaio à Pinheiros. J'étais donc là hier après-midi et j'ai déjà fait l'examen et j'ai apporté le résultat pour le remettre au cardiologue. »²⁰⁶* Les différentes cliniques sont ainsi complémentaires en ce qui concerne l'offre proposée. De plus, elles permettent une meilleure gestion de l'affluence puisque la demande peut être répartie sur plusieurs cliniques :

« L'avantage est la question d'avoir le service dans plusieurs endroits, de manière à ce que vous ayez toujours une alternative. Et même en étant loin de votre maison, vous pouvez vous rendre à l'endroit [une clinique Dr.Consulta]. En cas d'urgence, vous y allez, tout comme moi qui viens de la Zone Sud et je suis ici »²⁰⁷.

C'est pourquoi Dr.Consulta a fait le choix d'une localisation urbaine et péri urbaine qui est facilement accessible et à moindre coût par sa proximité avec les centres de transports publics. Cette facilité d'accès est valorisée *« Si vous l'avez [Dr.Consulta] à plusieurs endroits, c'est*

²⁰⁵ Traduit du portugais : *“Eu já tive conhecidos da empresa que vieram aqui, diretores de lá e alguns amigos e eles falaram que era bom e eu também estava precisando. Eu já tive amigas que foram no Dr. Consulta, não nesta mesma quiropraxista, mas em outra área e também gostaram bastante e indicaram.”*

²⁰⁶ Traduit du portugais : *“Dr. Consulta da Rua Teodoro Sampaio, lá em Pinheiros. Então eu estive lá ontem a tarde e já fiz o exame e trouxe o resultado para entregar pro cardiologista amanhã.”*

²⁰⁷ Traduit du portugais : *“A vantagem é a questão de ter em vários lugares, então você sempre tem uma alternativa e mesmo estando longe da sua casa você consegue se dirigir até o lugar. No caso de uma urgência você vai, assim como eu que vim da Zona Sul e estou aqui.”*

*facile ! Dans les endroits que j'ai vus, ils sont tout près des stations de métro, ce qui permet aux gens de s'y rendre facilement. »*²⁰⁸

3.2.5.2. *Processus et design soignés et standardisés avec une gestion juste à temps*

Dans un but d'optimisation des coûts et du temps, Dr.Consulta a développé un processus de prestation de services extrêmement précis de manière à optimiser le temps imparti pour chaque tâche effectuée. Cette optimisation permet de proposer une offre de qualité à un prix et avec une attente abordable. L'entreprise parvient ainsi à délivrer une proposition de valeur qui satisfasse les besoins des patients où le SUS et le système privé ont échoué. A partir d'une compréhension des patients, Dr.Consulta se base sur des processus simples et fonctionnels. Il s'agit d'éviter tout « gaspillage » de temps et d'énergie en proposant des processus « au plus juste » et ce dans une certaine uniformité entre les unités. Le processus de prise en charge est toujours le même. Les patients prennent rendez-vous par téléphone ou par internet via le site internet ou l'application. Ils peuvent directement voir les disponibilités des médecins, et se positionner sur le rendez-vous qui leur convient. Ils reçoivent ensuite un SMS de confirmation, mais aussi de rappel avant le rendez, ce qui permet de minimiser le taux d'absentéisme des patients. Une fois arrivé dans la clinique, le patient prend un ticket à l'entrée, puis il se dirige vers la réception lorsqu'il est appelé. Il est enregistré et effectue le paiement de la procédure médicale qu'il va recevoir. Ses informations vitales sont ensuite relevées durant la phase de préconsultation, de manière à ce que le médecin puisse y accéder lors de la consultation. Après une phase d'attente, le patient est reçu en consultation pour effectuer un diagnostic ou un examen. Enfin, il est dirigé au guichet « post-consultation » où il peut planifier un examen, si ce dernier est prescrit par le médecin, et/ou poser des questions complémentaires. Ce processus séquentiel où « *le patient passe à l'accueil, aux soins infirmiers et ensuite chez le médecin* »²⁰⁹ (Réceptionniste Dr.Consulta) est clairement expliqué grâce des indications en gros caractères notés sur les murs, de manière à guider et rassurer le patient durant l'intégralité de sa prise en charge (DC/PP/3_Kauffman ; observation). Afin de proposer une solution de qualité dans les temps à moindre coût, Dr.Consulta « *doit rendre le processus extrêmement allégé* »²¹⁰ (Jorge Tung, Chief Product Officer in: Salter, 2017). On mesure le temps nécessaire pour chaque

²⁰⁸ Traduit du portugais : “*Então se tem em vários lugares é fácil! Nos lugares que eu vi que têm, todos ficam próximos de estações de metrô o que torna fácil para o pessoal ir.*”

²⁰⁹ Traduit du portugais : “*Ele passa na recepção, enfermagem e depois com o médico.*”

²¹⁰ Traduit de l'anglais : “*...have to make the process extremely lean*”

processus afin de pour limiter tout retard. Ainsi, l'heure de rendez-vous fournie au patient prend en compte le temps nécessaire à la prise en charge administrative :

« Ici, au lieu d'avoir cette tolérance comme n'importe où, de vous arrivant à 10 heures du matin pour être déjà pris en charge, ici non. C'est un style plus américanisé parce que tout est prévu. Vous devez arriver à l'heure prévue pour avoir ensuite le rendez-vous. Ici, ils vous donnent toujours l'heure à laquelle vous devez arriver et non l'heure de la consultation. »²¹¹

Néanmoins, cette gestion du temps peut se retourner contre l'entreprise : *« Si mon rendez-vous a été mis à 15 h, pourquoi je ne suis pas reçu avant 16 h ? Je pense qu'ils reçoivent beaucoup de demandes pour la journée et qu'ils finissent par se perdre avec les horaires. »²¹²* Dans ce cas, il semble y avoir eu une défaillance dans l'échange d'informations avec le patient.

Le design interne épuré et fonctionnel des cliniques facilite l'échange d'informations entre les membres du personnel et le patient, tout en l'assistant dans son processus de soins. Dr.Consulta veille scrupuleusement à tous les éléments physiques de ses cliniques, car ils agissent comme un vecteur de communication et de confiance auprès des patients. La propreté est donc de mise, tout comme l'est la disponibilité continue de l'information. Les patients semblent en effet réceptifs à ces différents efforts qui renvoient alors une image positive de l'organisation. Un patient constate *« C'est propre, c'est parfait »*. L'aspect physique semble en effet jouer un rôle important, notamment quand les patients n'ont pas encore expérimenté l'ensemble du service. L'un d'entre eux explique : *« Je n'ai pas encore été capable de tirer une conclusion aussi précise, parce que je n'ai pas encore passé mon examen, mais cela semble être meilleur que le public. »²¹³* Cela permet aussi de se distinguer du SUS. Soraia, une patiente de Dr.Consulta explique *« C'est très différent du SUS. Le service est meilleur, ici il est propre et bien organisé. J'ai même été surprise quand je suis venue ici parce que je pensais que c'était d'une qualité inférieure, mais ça ne l'est pas. »²¹⁴*

Des éléments additionnels permettent aussi d'améliorer l'expérience du patient. Le temps d'attente est plus facilement accepté du fait des différentes étapes de la prise en charge, de la diffusion d'informations sur des écrans télévisés, et de la mise à disposition gratuite de café et

²¹¹ Traduit du portugais : *“Aqui ao invés de ter aquela tolerância como em qualquer lugar, de você chegar às 10h para já ser atendida aqui não, aqui é tudo estilo mais americanizado porque é tudo antecipado, então você precisa chegar no horário marcado para depois ter a consulta. Aqui eles sempre dão o horário que você deve chegar e não o horário da consulta.”*

²¹² Traduit du portugais : *“Se foi colocado na marcação para as 15h por que eu sou atendida só às 16h? Eu acho que eles pegam muita demanda para o dia e acabam se perdendo com os horários.”*

²¹³ Traduit du portugais : *“Olha, ainda não deu para tirar uma conclusão assim tão precisa, porque eu ainda não passei pelo o exame, mas aparenta ser melhor que o público.”*

²¹⁴ Traduit du portugais : *“E muito diferente do SUS. O atendimento é melhor, aqui é limpo e bem organizado. Eu até me surpreendi quando vim aqui porque eu pensei que fosse uma qualidade inferior, mas não é.”*

thé. Le service client est d'ailleurs valorisé par de nombreux patients. Aussi, des éléments d'informations sont disponibles tout le long du processus, de manière à ce que le patient puisse s'y référer. L'ensemble des consultations et des examens sont par exemple affichés via des grands panneaux mentionnant les prix de chaque procédure.

Même si la technologie joue un rôle clé dans la prestation de service, Dr.Consulta prend soin d'humaniser la relation le long du processus. Au moment de la prise du ticket à la machine, il est possible de se faire assister par un responsable de salle. Après cette étape le patient est en relation directe avec les chargés d'accueil ou le personnel médical. A chaque moment d'attente, il est facile pour le patient de solliciter un membre du personnel : chargé d'accueil ou responsable de salle. Une fois avoir été enregistrés à l'accueil, les patients sont appelés par leur prénom et non plus par un numéro, ce qui permet de personnaliser la relation et contribue à la rendre plus humaine. Un centre d'appel est aussi disponible si nécessaire. La fluidité du service repose aussi sur le système informatique *lean data* qui enregistre les informations des patients, et sont transmises au médecin. Collecter des informations au fil du processus permet finalement de donner plus de temps au médecin pour interagir avec le patient. *« Ici vous pouvez échanger une idée, poser plus de questions d'une manière plus détendue. »*²¹⁵ (Patiente Dr.Consulta).

Toujours dans l'objectif de satisfaire les patients, Dr.Consulta a mis en place des procédures auxquelles le personnel se réfère. Il s'agit d'un protocole qui les guide dans la prise en charge des patients. Un scénario type est transmis aux réceptionnistes *« Ils m'informent du temps de permanence, si vous devez parler au client, quel est l'horaire de rendez-vous de la spécialité. »*²¹⁶ (Réceptionniste, Dr.Consulta). Cela conditionne de fait la manière de gérer la relation avec le patient puisque cela agit comme un guide de référence indiquant *« ce qui doit être dit au patient, ce que vous devez lui transmettre, quelles informations. »*²¹⁷ (Réceptionniste Dr.Consulta).

*« En fait, il y a un scénario complet. Comme il s'agit d'un réseau, toutes les cliniques doivent servir d'une manière standard. Le patient se rend dans une clinique et devrait voir tout avec la même prise en charge. Nous essayons donc de suivre ce scénario, avec les mêmes heures d'ouverture, procédures, etc., afin que dans toutes les unités, le patient trouve le même service. »*²¹⁸ (Réceptionniste Dr.Consulta).

²¹⁵ Traduit du portugais : *“aqui você consegue trocar uma ideia, tirar mais dúvidas de forma mais tranquila.”*

²¹⁶ Traduit du portugais : *“Não, na verdade eles só informam o tempo de permanência, se tem que falar com o cliente, qual o horário do agendamento a especialidade.”*

²¹⁷ Traduit du portugais : *“...do que falar para o paciente, o que você deve passar para ele, quais informações”*

²¹⁸ Traduit du portugais : *“Na verdade tem todo um script. Como é uma rede todas devem atender de uma forma padrão. O paciente vai numa clínica e deve enxergar todas com o atendimento igual. Então, nós procuramos*

Cependant, il est difficile de garantir une homogénéité parfaite dès lors que la relation humaine est placée au centre du service. « *Puisque ce sont des gens, même s'ils suivent pratiquement le même modèle, la prise en charge varie d'une personne à l'autre, c'est-à-dire la façon dont on parle au client.* »²¹⁹ (Réceptionniste, Dr.Consulta). Les scénarios et scripts permettent alors de minimiser au mieux la variabilité de la prise en charge qui peut être liée au personnel impliqué « *Chaque employé a sa propre façon de le faire. Alors c'est plus ce à quoi tu devrais ressembler.* »²²⁰ (Réceptionniste, Dr.Consulta). Des formations régulières sur les protocoles agissent aussi en ce sens « *Toutes les procédures ont un segment, une formation, une histoire. Ce n'est pas seulement vous arrivez et faites. Ici, vous avez toute une préparation (...) Tous les employés de Dr.Consulta doivent suivre une formation, c'est donc très standardisé.* »²²¹ (Infirmière technique, Dr.Consulta).

L'ensemble de ces processus permet d'optimiser les coûts, tout en maintenant la qualité de service, et ce de manière uniforme dans toutes les unités du réseau. Ainsi, les employés peuvent intervenir dans plusieurs unités. Cela donne plus de flexibilité à Dr.Consulta dans la gestion de son personnel ce qui affecte de surcroît sa structure de coût. Outre l'assurance d'une prestation de qualité portée par une attitude du personnel centrée patient, le processus standardisé et le design uniforme des cliniques garantissent une homogénéité du service bénéfique à l'expérience vécue par les patients. Ainsi, ils peuvent se rendre dans plusieurs unités en toute confiance. Néanmoins, les interactions sont variables alors qu'elles sont essentielles au processus de création de valeur nécessaire à la prestation de service. Conscient que d'autres éléments peuvent influencer les pratiques de cocréation, Dr.Consulta a développé une identité forte qui soutient les mécanismes d'interactions et de cocréation avec différents acteurs.

3.2.5.3. Promotion et création d'une identité visuelle forte

Lors du lancement de ses premières cliniques pilotes, le nombre des patients est resté très limité. Interrogée par cette faible affluence alors que le modèle semblait adapté aux besoins des clients, Dr.Consulta s'est rapidement rendu compte de l'importance du marketing. C'est en effet grâce

seguir esse script, com mesmo horário de atendimento, procedimentos, etc., para que em todas as unidades que o paciente for ele encontrar o mesmo serviço.”

²¹⁹ Traduit du portugais : “*Como são pessoas, embora que sigam praticamente o mesmo caminho, mas a forma de atendimento varia de uma pra outra, ou seja, o jeito como você fala com o cliente.*”

²²⁰ Traduit du portugais : “*Cada funcionário tem o seu jeito de fazer isso. Então é mais o que você deve transparecer.*”

²²¹ Traduit du portugais : “*Então, todos os procedimentos têm segmento, tem treinamento tudo tem um histórico, não é só você chegar e fazer. Aqui tem todo um preparo.(...) Todos os funcionários do Dr. Consulta têm que passar por um treinamento, então fica muito padronizado.*”

à un article dans la presse locale que le nombre de patients a triplé en quelques semaines (DC/Presse 8_Medium ; DC/PP/3_Kauffman). Conscient de la nécessité de communiquer auprès des patients potentiels, Dr.Consulta a établi un plan de communication pour gagner en notoriété. Tomaz Srougi témoigne « *Comment ai-je pu ignorer le marketing ? Naïvement, j'avais pensé que puisque le problème d'accès était énorme, les patients arriveraient sans marketing.* »²²² (Thomaz Srougi, DC/PP/3_Kauffman).

Dr.Consulta a fait le choix d'une communication multisupport via des affiches et encarts publicitaires et des spots TV et radio au travers desquels sa proposition de valeur peut clairement être transmise. Le message se focalise sur les points différenciants des solutions actuelles au Brésil, c'est-à-dire un service de qualité, rapide, humanisé, propre et organisé à un prix abordable sans assurance ni lourdeurs administratives. Dr.Consulta propose une solution sur mesure, où le patient ne paie que ce qu'il consomme parmi de multiples prestations auxquelles il peut accéder rapidement et facilement. C'est pourquoi Dr.Consulta est parfois désigné par la presse comme le McDonald de la santé (DC/Presse 13_BI ; DC/Presse 14_pressfrom). Dr.Consulta développe aussi des actions hors média pour développer sa notoriété grâce à des actions de sponsoring ou à sa participation à des événements locaux. Le but est ainsi de se faire connaître auprès du grand public, et de développer une image positive.

Afin d'accroître sa notoriété, Dr.Consulta s'est aussi construit une identité visuelle facilement identifiable. Outre son logo évocateur d'un service médical par une croix blanche sur fond bleu, la réplique de ses cliniques via son modèle de franchise contribue à façonner son identité et son image. En effet, les cliniques sont esthétiquement similaires avec un agencement et un design simple et organisé qui facilitent les interactions entre patients et personnel. Cette image unifiée se caractérise aussi par l'apparence physique des employés qui doivent respecter un *dress code*. L'infirmière technique tourne à la dérision cette obligation vestimentaire « *Ce doit être la norme de Dr Consulta. Ce n'est même pas un pantalon noir, notre uniforme est un pantalon gris ! (...) Cet uniforme est très laid !* »²²³ Néanmoins, ces choix communs à l'ensemble des cliniques visent à transmettre l'image d'une entreprise sérieuse, organisée et ponctuelle en contraste avec le SUS qui est perçu comme désorganisé. De plus, les couleurs associées à Dr.Consulta renforcent son identité auprès du grand public, car elles rendent la marque facilement reconnaissable. Cette standardisation entre franchises permet de donner des

²²² Traduit de l'anglais : "How could I have ignored marketing? Naively, I had thought since the access problem was huge, patients would flow in without marketing."

²²³ Traduit du portugais : "Tem essa blusa, um casaquinho mais grossinho e uma calça cinza. Na enfermagem é o branco e cinza, pode usar calça preta, mas o oficial do uniforme é calça cinza.(...)É muito feio esse uniforme."

repères aux patients avec une identité uniformisée et l'idée que l'expérience du service est similaire, quelle que soit l'unité choisie. Dr.Consulta peut ainsi être plus facilement reconnue et associée à un service de qualité ; ce qui rassure le patient et accroît sa confiance envers un service souvent anxigène : « *Puisque mon bébé est en bonne santé, cela n'a pas d'importance, mais s'il avait des problèmes, je me sentirais plus en confiance ici.* »²²⁴ (Patient Dr.Consulta).

Aussi, Dr.Consulta transmet sa proposition de valeur à travers son slogan « *D'excellents médecins pour un prix qui tient dans votre poche* »²²⁵ (DC/Site Web, page d'accueil) qui contribue à façonner l'image d'un service de qualité à prix abordable. Ce slogan a d'ailleurs été modifié depuis le lancement de l'entreprise, puisqu'à ses débuts il était « *Mon médecin* »²²⁶, ce qui est beaucoup moins évocateur. Il est aussi possible de trouver le slogan « *Consultations et examens pour tous* »²²⁷ sur d'anciens supports. Par ailleurs, le site internet de Dr.Consulta met en avant trois caractéristiques pour présenter son service: facile à planifier, facile à payer, facile d'accès. Ces éléments constituent en fait les points forts de sa proposition de valeur qui se distinguent de celle du SUS, ou des services de santé privés. Ils sont affichés sur tous les supports de communication et sur les murs des cliniques. La proposition de valeur semble non seulement comprise par les patients, mais aussi par les employés qui défendent le service et s'approprient les mots clés associés à l'entreprise

« *C'est mieux que le SUS en termes de fréquentation, de professionnels et d'examens. Cela convient parce que c'est un service de qualité à un prix abordable qui 'tient dans la poche des pauvres'*²²⁸. Comparé à 6 mois d'attente dans une file d'attente, je pense que vous pouvez vous permettre une consultation chez Dr.Consulta et au moins vous obtenez le résultat à ce moment-là. »²²⁹ (Infirmière Technique Dr.Consulta).

À travers sa proposition de valeur unique, Dr.Consulta est aussi mise en avant par les médias et d'autres acteurs locaux. Dr.Consulta devient ainsi la référence de la médecine de qualité, avec un faible délai d'attente, un prix abordable et disponible sans assurance. L'entreprise et son fondateur ont alors reçu plusieurs prix tels que le *Trip Transformadores 2015*, le *Lide Award for Entrepreneurship 2015* et le prix *Men of the Year* du *GQ Brazil Magazine*. Dr.Consulta a aussi été reconnue dans la catégorie *Entrepreneuriat* du prix *Excellence in Health*

²²⁴ Traduit du portugais : « *Como o meu nenê é saudável tanto faz, mas se ele tivesse algum problema eu me sentiria mais confiante no particular.* »

²²⁵ Traduit du portugais : « *Excelentes médicos por um preço que cabe no seu bolso* »

²²⁶ Traduit du portugais : « *O meu médico* »

²²⁷ Traduit du portugais: « *Consultas e exames para todos* »

²²⁸ Il s'agit du slogan de Dr.Consulta

²²⁹ Traduit du portugais: « *Melhor do que o SUS em matéria de atendimento, profissionais e exames. Adequado porque é um serviço de qualidade por um valor acessível que cabe no bolso do pobre. Entre esperar 6 meses numa fila eu acho que dá para pagar um consulta do Dr. Consulta e ter o resultado que ele precisa naquele momento.* »

du magazine Healthcare Management. Même des médias internationaux se sont intéressés à l'entreprise et prônent la réplique du modèle dans des pays au système de santé défaillant tels que les États-Unis. Ainsi, Dr.Consulta a gagné en reconnaissance et en légitimité auprès de plusieurs acteurs de l'écosystème tels que les patients et le personnel, mais aussi les investisseurs et autres partenaires.

3.3. Conclusion de l'étude de cas Dr.Consulta

Dr.Consulta se caractérise par son offre différenciante sur le marché privé de la santé au Brésil en proposant des services de qualité à un prix abordable. Le succès de l'initiative semble reposer sur le développement de son modèle de franchise régit par l'emploi de la technologie et du *lean management* comme moteur d'optimisation des coûts. Sa politique de ressources humaines basée sur un système de contrôle et d'incitations permet la standardisation des services délivrés et le maintien d'un niveau de qualité dans la prestation de service. La réplique de ses cliniques via un système de franchise repose alors sur la standardisation de ses cliniques aux processus et design internes soignés, portée par une forte image de marque.

SECTION 4 : ANALYSE DU CAS UNJANI

4.1. Présentation d'Unjani NPC et de son réseau de cliniques Unjani clinics en Afrique du Sud

4.1.1. Historique et synthèse du business model d'Unjani NPC et des cliniques Unjani

Unjani Clinics est un projet social qui a été initialement créé en Afrique du Sud par l'entreprise de logistique RTT, qui a ensuite été achetée par l'entreprise Imperial Science Group, elle aussi spécialisée en logistique. Le projet a ainsi prospéré au sein de sa division santé Imperial Health Science avant d'être transformé en entreprise non lucrative qualifiée d'organisme d'utilité publique de droit sud-africain sous le nom d'Unjani NPC²³⁰.

Unjani NPC se concentre sur le développement d'un réseau de cliniques en containers détenues et exploitées par des infirmières professionnelles noires sud-africaines visant à délivrer des soins primaires aux populations démunies ne pouvant s'acquitter des frais des services de santé

²³⁰ Non-Profit Company – entreprise non lucrative selon le droit sud-africain, l'équivalent d'une entreprise sociale selon la définition de (Defourny & Nyssens, 2008, p. 205).

privés, et souffrant de la saturation du service public. Unjani NPC assure ainsi la gestion et l'expansion de ce réseau de cliniques et garantit sa mission sociale. Aujourd'hui, il existe 55 cliniques Unjani dans les provinces du Gauteng, Mpumalanga, Limpopo, North West Province, KwaZulu Natal et Northern Cape (Unjani/Website ; Unjani/Rapport Annuel 2018).

Alors qu'Unjani NPC est une entreprise sans but lucratif et enregistrée comme organisme d'intérêt public selon le droit sud-africain, les micro-cliniques sont des entreprises lucratives à but social. Ainsi, l'opérationnalisation d'Unjani NPC repose sur des donations et du sponsoring, alors que les micro-cliniques sont autosuffisantes selon un modèle économique viable leur permettant d'atteindre le seuil de rentabilité dès la première année d'exploitation. La particularité de cette relation entre la NPC et le réseau implique une certaine interdépendance. Ainsi, le NPC et le réseau de cliniques détiennent chacun leur propre BM. Notre analyse se focalise sur le BM des cliniques du réseau, néanmoins, les stratégies développées dans les composantes du BM peuvent être menées à l'initiative de la NPC. Dans ce cas, nous le précisons. Par simplicité, le terme Unjani fera référence au réseau de cliniques et non à la NPC.

Annexe 10 : Présentation du BM d'Unjani NPC et Unjani Clinics selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

4.1.2. Focus sur la proposition de valeur d'Unjani : des soins primaires à prix abordables aux populations à bas revenus en Afrique du Sud

Le réseau Unjani Clinics est composé de cliniques amovibles en containers basées sur un BM similaire. Ainsi, la proposition de valeur commune à toutes les cliniques, se compose de « *soins de santé privés, abordables et de qualité.* » Installées au plus proche des populations, les cliniques prennent en compte la santé physique, mentale et spirituelle des patients grâce à un suivi et un service de proximité et humanisé. Les services proposés se composent du diagnostic et du traitement, y compris les médicaments, des maladies liées aux soins de santé primaires, des soins des plaies, de la planification familiale, des soins de puériculture, y compris la vaccination, des échographies de base, des services sanguins de laboratoire, du traitement et de la prise en charge des patients sous médicament antirétroviral, du traitement des maladies chroniques, du suivi prénatal et du conseil et dépistage du VIH. Le format en container offre une flexibilité permettant aux infirmières propriétaires des cliniques de s'installer au sein des communautés auxquelles elles appartiennent. Il permet aussi la réduction des coûts de structure, ce qui contribue à la proposition d'un prix abordable. Ainsi, la consultation médicale, la

prescription et la distribution de médicaments sont fixées au prix de 180R (près de 11EUR ou 12,5USD²³¹).

Accessible financièrement, Unjani touche principalement les populations de la base de la pyramide qui possèdent de faibles ressources financières. Plus précisément, la population cible se compose des populations à bas et moyens revenus qui se trouvent sur des marchés non desservis. Cela inclut les populations appartenant au « *missing-middle* », c'est-à-dire celles situées entre la base et le haut de la pyramide qui se reposent sur le service public, car elles ne sont pas assurées et n'ont pas les moyens de recourir à des médecins privés, mais qui détiennent des sources de revenus pouvant être allouées à une consultation financièrement abordable (Entretien avec Lynda, PDG d'Unjani NPC ; Unjani/Rapport Annuel 2017).

Au-delà de son objectif d'accessibilité des soins de santé primaires aux populations locales, ce réseau vise à créer des emplois et autonomiser les infirmières en charge des microcliniques. Chaque clinique est gérée par une infirmière ayant l'accréditation de soins primaires et implique la création d'environ 3 emplois supplémentaires. En ce sens, la mission d'Unjani NPC est «...*d'autonomiser les femmes noires, mettre en place un réseau durable de cliniques de soins de santé primaires détenues et gérées par des infirmières à l'échelle nationale et créer des emplois permanents* ». ²³² Ainsi, Unjani NPC assure le recrutement des infirmières, un suivi régulier de leurs activités et l'animation globale du réseau (Sue, Directrice Générale du Réseau Unjani ; Lynda, PDG Unjani NPC).

4.2. Etude des stratégies mises en place à chaque dimension du business model d'Unjani

4.2.1. Les stratégies mobilisées dans la dimension découverte de valeur du business model d'Unjani

4.2.1.1. Construire des cliniques au business model exemplaire grâce à des cliniques pilotes

Alors qu'il pratiquait comme médecin, le Dr. Iain Button, PDG du groupe RTT à l'initiative du projet Unjani, a été régulièrement face à des patients venant en consultation pour de simples maux ne nécessitant pas toujours une expertise médicale accrue. L'idée de recourir à des

²³¹ Taux de conversion mis à jour le 25.06.2019

²³² Traduit de l'anglais "To empower black women, build a sustainable network of nurse owned and operated primary healthcare clinics nationally and create permanent jobs."

infirmières professionnelles pour traiter le suivi quotidien des patients lui a alors semblé pertinente. Il explique : « *De ce point de vue, un médecin est une ressource assez coûteuse qui n'est pas toujours utilisée de manière optimale. Il finit par effectuer un triage important, plutôt que de s'occuper de patients nécessitant des soins médicaux fournis par un médecin.* »²³³ (Unjani/RTT Case Study, p.13). En 2010, le projet Unjani prend forme au sein de l'entreprise de logistique médicale RTT Health Services par le lancement de deux cliniques pilotes dans la province du Gauteng. L'objectif est de construire un modèle type de clinique en container via les retours d'expérience des infirmières et des patients. Suite au rachat d'RTT par l'entreprise logistique sud-africaine Imperial, le projet Unjani et son équipe ont été transférés au sein de la division Imperial Health Science de cette même entreprise qui a souhaité donner plus d'ampleur au projet. L'ambition était alors de créer un réseau de cliniques viables gérées par des infirmières professionnelles locales et adaptées à une population ne pouvant s'acquitter des services de santé privés. Par le lancement de quatre autres cliniques tests, le BM des cliniques a progressivement été façonné. C'est donc sur ces estimations qu'un business model type de clinique Unjani est adopté puis utilisé comme base de développement au réseau Unjani entier.

4.2.1.2. *Evaluer le contexte juridique pour choisir une structure favorable*

L'ambition de créer un réseau de cliniques Unjani a nécessité des sources de financement accru. A travers la division d'Imperial Health Science, Imperial a financé les 25 premières cliniques du réseau. Cependant, l'objectif de répliquabilité associé au projet a rapidement nécessité le recours à de nouvelles sources de financement. Pour ce faire, et sur la base des lois de défiscalisation en vigueur en Afrique du Sud, une structure juridique dite NPC a été adoptée. Le choix d'une structure juridique à but non lucratif offre la possibilité aux donateurs d'être défiscalisés sur la base des dons octroyés. Cet avantage fiscal permet ainsi à Unjani NPC de plaider auprès de potentiels investisseurs puisque « *...si vous donnez un certain montant, vous pouvez l'obtenir en tant qu'avantage dans vos états financiers* »²³⁴. (Lynda, PDG Unjani NPC). Par ailleurs, le gouvernement a créé le programme « *Broad-Based Black Economic Empowerment* » (B-BBEE) dédié au soutien des Sud-Africains défavorisés lors de l'Apartheid, c'est-à-dire la communauté noire, de couleur, et indienne. Ce programme évalue les entreprises selon leur implication quant à l'autonomisation directe ou indirecte de ces personnes. Les

²³³ Traduit de l'anglais : "From that angle, a medical doctor is a rather expensive resource that is not always used in an optimal way – he or she ends up doing quite a lot of triage, rather than attending to patients in need of medical care provided by a doctor."

²³⁴ Traduit de l'anglais : "If you donate a certain amount you can get it as a benefit in your financial statement."

entreprises doivent reverser au moins 1% de leur bénéfice net en ce sens (Entretien avec Lynda, PDG d'Unjani NPC). Effectuer des dons à Unjani NPC est un moyen d'y parvenir puisque son but est d'autonomiser les infirmières professionnelles noires en leur permettant de développer leur entreprise. Ainsi, les entreprises participent au financement de projet de développement d'entreprise détenue par des personnes issues de la communauté noire, ce qui est désigné comme une des catégories de la B-BBEE. Lynda, PDG d'Unjani NPC explique « *Le niveau qui est important pour nous est le développement des entreprises (...) C'est de là que provient en grande partie notre financement pour développer les cliniques Unjani.* »²³⁵

Finalement, Unjani NPC a su tirer parti des lois en vigueur pour adopter une structure juridique favorable au développement de son réseau de cliniques. Cette étude du contexte n'est cependant pas mobilisée pour construire la proposition de valeur des cliniques, qui nécessitent de comprendre les besoins locaux et les spécificités propres à chaque communauté.

4.2.1.3. *Etudier les besoins locaux par des études de marché intra-communauté*

Avant l'ouverture de toute clinique, Unjani NPC effectue une recherche pour estimer la demande potentielle. Il s'agit d'analyser le nombre d'habitants vivant dans la zone ciblée, la présence d'infrastructure de santé dans la région, et le taux d'emplois.

*« Comme il s'agit d'un modèle commercial et que les patients paient le service, nous avons évidemment besoin qu'un quart de la population soit occupé, au moins 60% ou 50% des personnes devraient être employées. De nombreuses personnes bénéficient d'une subvention de l'État ou de la famille qui s'occupe d'eux, de sorte qu'elles risquent d'être au chômage, mais elles ont accès à de l'argent »*²³⁶ (Lynda, PDG Unjani NPC).

Le but est surtout d'estimer la capacité de la communauté étudiée à s'acquitter des services proposés.

En complément, une étude terrain est ensuite effectuée par l'infirmière future entrepreneure de la clinique. Chaque infirmière professionnelle doit mener une étude de marché locale auprès d'au moins 200 répondants issus de la communauté cible. Les infirmières vont à la rencontre des membres de la communauté et leur administrent un questionnaire type, fourni par Unjani NPC. Elles évaluent ainsi le besoin existant, la volonté des habitants à acheter des services de

²³⁵ Traduit de l'anglais : "The level which is important to us is Enterprise development (...) that's developing small enterprises, and that's where a lot of our funding's come from to develop the Unjani clinics."

²³⁶ Traduit de l'anglais : "Because it is a commercial model and patients are paying the service, we obviously need quarter significant employed populations, at least 60% or 50% of the people, they should be employed. A lot of people are on state grants or their family is looking after them, so they may be unemployed, but they have access to cash."

santé au prix fixe et de prendre en compte leur désir de recourir à ce type de service. En allant à la rencontre de la communauté, l'infirmière se fait connaître et favorise son acceptation, ce qui est d'autant plus important quand l'infirmière ne vit plus à ce moment-là dans la communauté. Nonceba, infirmière de Soweto, explique l'intérêt de réaliser cette étude de marché :

« Vous *rencontrez* les gens, vous pouvez voir leurs besoins, et ils vous disent aussi quel est leur problème principal. Vous connaissez alors cette région, vous êtes familier avec la région et les gens, alors vous sentez que vous appartenez à cet endroit parce que vous avez fait l'étude de marché à l'extérieur. »²³⁷

Au niveau de la NPC, cette exigence imposée est aussi un moyen de tester la motivation des infirmières. Lynda, CEO de Unjani NPC en charge du réseau de cliniques explique : « *Ce que nous avons constaté, c'est qu'il s'agit d'une très bonne méthodologie, car beaucoup d'infirmières abandonnent à l'étape de l'enquête et il devient trop difficile pour elles d'effectuer 200 enquêtes.* »²³⁸ Même si la plupart des infirmières se font aider pour mener à bien cette étude, cela démontre l'envie de l'infirmière d'intégrer le réseau, tout en montrant un certain sens commercial et entrepreneurial.

4.2.1.4. *Mener une sensibilisation ciblée en collaboration avec des acteurs locaux*

Les infirmières font le choix d'axer des actions de sensibilisation selon les besoins prépondérants dans la communauté dans laquelle elles opèrent. Pour ce faire, elles collaborent avec des acteurs locaux tels que les écoles, les églises ou les cliniques publiques locales qui lui permettent de récolter des informations sur les besoins identifiés, mais aussi de mener des programmes de proximité en ces lieux. Nonceba explique :

« *A côté il y a une école, j'y suis allée et j'ai parlé au directeur. Je lui ai demandé s'il y avait un besoin auquel il fallait répondre, puis il m'a dit qu'ils avaient un problème avec les enfants qui consomment de la drogue. (...) J'ai réussi à m'arranger avec des travailleurs sociaux qui s'occupent de l'abus de drogues et ensuite nous sommes allés là-bas. Ensemble nous avons pu rassembler les enfants dont certains d'entre eux sont soupçonnés de consommer de la drogue.* »²³⁹

²³⁷ Traduit de l'anglais : "You meet the people, you can see their needs, and they also tell you what their high problem are. You know that area, you are familiar yourself with the areas and with the people, so you feel that you belong to this place because you have done this [the research] outside."

²³⁸ Traduit de l'anglais : "What we found is, it is a very good methodology because many of the nurses fall out at the survey stage, it becomes too much work for them to do 200 surveys."

²³⁹ Traduit de l'anglais : "Next door we have the school, and I went there I spoke to the principal. I asked if there is a need that must be addressed and then he told me that they have a problem with children who are using drugs."

Les interactions menées en amont avec les acteurs locaux permettent ainsi la mise en place d'actions de sensibilisation sur mesure. De plus, les infirmières interagissent régulièrement avec les populations locales. Lynda, PDG d'Unjani NPC, explique: « *La communauté dira qu'il y a beaucoup d'abus d'alcool : 's'il vous plaît, pouvez-vous nous parler des dangers de l'abus d'alcool ?' Les leaders communautaires travaillent en étroite collaboration avec les infirmières pour sensibiliser la population et travailler au sein de la communauté.* »²⁴⁰ En ce sens, l'effort de sensibilisation semble être une partie intégrante de la proposition de valeur dont le contenu varie sensiblement selon les infirmières du réseau et leur communauté, mais ne se cantonne pas à la découverte de valeur. Néanmoins, cet effort de sensibilisation est aussi encouragé par le biais d'Unjani NPC.

Après avoir financé plusieurs cliniques Unjani, l'entreprise Johnson & Johnson a souhaité intensifier son implication envers le réseau. Avec le soutien du NPC, elle coordonne ainsi un programme de sensibilisation dédié aux soins des peaux de bébé en collaboration avec les infirmières Unjani. Après avoir été sensibilisées, ces dernières organisent des démonstrations à l'attention des mères des communautés pour les guider dans les soins à apporter à la peau de leur bébé. Il s'agit de les éduquer dans les gestes à adopter et dans le choix des produits selon les spécificités de la peau de leur enfant.

Ces interactions locales permettent ainsi aux infirmières d'appréhender au mieux les besoins locaux et de mener des programmes de sensibilisation adaptés, mais cela leur permet aussi de générer du trafic au sein de leur clinique, de se faire connaître et de gagner en légitimité.

4.2.2. Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du business model d'Unjani

Initialement façonnée par la NPC grâce aux cliniques pilotes, la proposition de valeur commune aux cliniques Unjani est enrichie et ajustée par les différentes infirmières du réseau.

4.2.2.1. Favoriser l'implication continue du client, mais aussi du personnel et des acteurs locaux de l'écosystème pour ajuster la proposition de valeur

L'implication continue des clients comme moteur d'adaptation de la proposition de valeur (Angeli & Jaiswal, 2016) est une stratégie adoptée par Unjani à travers la mise en place de

(...) *I managed to arrange with the social workers who were dealing with the drug abuse and then we went there, together we were able to gather the children who some of them are suspect some of them are doing drugs.*"

²⁴⁰ Traduit de l'anglais : *"The community will say: 'we've got a lot of alcohol abuse; please can you do a talk of the danger of alcohol abuse?' The community leaders work very closely to the nurses as well to create awareness and work within the community."*

« boîtes de satisfaction » placées dans l'ensemble des cliniques. Elles permettent ainsi de collecter des retours clients et d'entrer dans une démarche d'amélioration continue. Cependant, il semble d'autant plus bénéfique pour les cliniques de se reposer sur d'autres acteurs de l'écosystème local et sur une communication intra-réseau. Ces interactions se font au niveau de chaque clinique du réseau et au niveau de la NPC.

Afin d'améliorer la connaissance des besoins locaux, et se focaliser sur des campagnes de soins, les infirmières communiquent régulièrement avec les acteurs clés de l'écosystème local, tels que les membres des communautés, les cliniques gouvernementales locales, les églises et les écoles. Comme évoqué précédemment avec la mise place de campagnes de sensibilisation ciblées, les infirmières appréhendent la prépondérance de certaines conditions médicales et s'y adaptent. Elles peuvent ainsi cibler leur travail de prévention et d'éducation quotidien auprès des populations. Nomsa, infirmière de la clinique Unjani Villa Lisa de Ekurhuleni, explique :

« Une partie de notre traitement répond toujours au besoin d'éducation en santé (...) Maintenant ils [les patients] savent, ils se rendent compte quelle est la cause de la maladie. Pas seulement en insistant sur les médicaments. Je n'aime pas cette approche. Je veux juste que la personne comprenne (...) La plupart des gens tombent malades parce qu'ils ne comprennent pas, ils ne savent pas. Si vous ne leur donnez pas toutes les informations, c'est que c'est une histoire sans fin, parce que demain ils reviendront si vous ne leur avez pas expliqué. »²⁴¹

Précisant qu'elle éduque surtout ses patients sur des sujets relatifs à la nutrition, l'eau et l'hygiène, elle prend alors un exemple :

« La plupart d'entre eux viennent avec une toux sèche : 'Vous tousssez beaucoup, vous savez pourquoi ?' Parce qu'ils utilisent de la paraffine bon marché et de cette paraffine qu'ils inhalent cela devient une toux allergique. Vous avez tendance à penser que tout est normal, jusqu'à ce que vous demandiez ce qu'ils utilisent pour cuisiner et pour le gaz et qu'ils nous disent : nous utilisons un poêle paraffiné. Une fois qu'on les éduque, c'est mieux. »²⁴²

Eduquer les patients fait ainsi partie intégrante de la proposition de valeur, elle-même dépendante de l'implication personnelle des infirmières à sensibiliser les patients et à comprendre leurs besoins.

²⁴¹ Traduit de l'anglais : "Part of our treatment is always accommodating with health education (...) Now they know, now they realise it. What cause is the illness. Not just pushing on medication. I don't like that approach. I just want to make the person understand (...) Most of the people become sick because they don't understand they don't know if you are going to give all the information from them it means it is a never-ending story, because tomorrow they will come again if you have not explained to them."

²⁴² Traduit de l'anglais : "Most of them they come with dry cough. You caught many of them, you know why? Because they use cheap paraffined and from that paraffined they inhale, it became an allergic cough. You tend to think that everything is normal, until you ask what they use for cooking and for gas and they tell us: we use a paraffined stove. Once we educate them, it is better."

Par ailleurs, la communication entre les infirmières du réseau leur permet d'échanger des conseils et retours d'expériences utiles à l'ajustement de leur proposition de valeur pour une meilleure satisfaction de leur patient. Nomvoyu d'Erkurhuleni dans le Gauteng insiste sur l'intérêt de communiquer avec les autres infirmières du réseau :

« Parfois, vous demandez des conseils, parfois même des renseignements sur les patients : 'Rappelez-moi si les patients ont ceci ou cela, que dois-je faire ?' Nous avons même un groupe WhatsApp en tant qu'infirmières du réseau d'Unjani où chacune partage les images ou les campagnes qu'elle a. Ce sont nos médias sociaux. »²⁴³

Cette communication interne est en fait encouragée par la NPC qui est à l'origine de la création du groupe WhatsApp et organise quelques événements sociaux chaque année pendant lesquels les infirmières apprennent à se connaître. En ce sens, la NPC favorise la cohésion des infirmières au profit de l'expérience de soin et du bien-être des infirmières. Sue, en charge de la coordination du réseau explique :

« Autant vous êtes un entrepreneur et possédez votre propre entreprise, autant vous faites partie d'une famille nombreuse. Je ne veux donc pas qu'elles se sentent seules, du type 'je suis la seule à ne pas voir de patients aujourd'hui'. Quand ils commencent à avoir une amitié, elles ont cette cohésion. »²⁴⁴

En plus des interactions menées au niveau des cliniques, les interactions menées par la NPC, avec des acteurs de l'écosystème local, influencent aussi l'ajustement de la proposition de valeur. En effet, la NPC se repose sur des échanges avec des institutions gouvernementales comme le département national de la santé, ce qui lui permet de mieux appréhender les besoins locaux (Unjani/Rapport Annuel 2017 ; Entretien avec Lynda, PDG d'Unjani NPC). Même si les échanges restent aujourd'hui limités, le but d'Unjani NPC est d'intensifier cette communication pour mieux toucher la population non desservie par les services de santé. Lynda justifie l'intérêt d'Unjani à collaborer avec le gouvernement :

« C'est pour essayer d'aborder les questions de soins de santé primaires avec le gouvernement (...) Pour ce qui est de la simple collaboration avec le ministère national de la santé, il y a un « où », où se trouve le besoin de cliniques ? Ce que nous devrions faire, c'est

²⁴³ Traduit de l'anglais : "Sometimes you are asking for advice or sometimes you're even asking about the patients, 'Remind me if the patient is this and that, what do I do?' You need to talk about these things. We even have a WhatsApp group as the Unjani network nurses, the way they share pictures or campaign that they have. It is our social media."

²⁴⁴ Traduit de l'anglais : "as much as you are an entrepreneur and own your own business you also belong to a bigger family. So, I don't want them to feel lonely, like 'I am the only one who is not seeing patients today'. When they start having a friendship, they have that cohesion."

nous concentrer sur ce que le gouvernement ne fait pas, répondre aux besoins et y installer des cliniques. »²⁴⁵

Dans ce même objectif, la NPO se repose sur d'autres institutions telles que la GIZ²⁴⁶ South Africa qui lui apporte un support dans le développement et dans l'animation du réseau de cliniques, et sur la mise en place d'un programme de bien-être visant à instaurer les conditions de travail favorables aux infirmières et à leur personnel (Unjani/Rapport Annuel 2017). Outre une amélioration de la proposition de valeur, cette collaboration lui permet aussi de renforcer sa position auprès du gouvernement qui est alors incité à collaborer (Unjani/Rapport Annuel 2017).

Enfin, la NPC fait preuve d'une grande disponibilité envers les infirmières et assistantes du réseau afin de leur apporter un soutien régulier. Les infirmières contactent la NPC en cas de difficultés ou de questions sur des informations relatives à l'animation du réseau fournies par la NPC ou sur des besoins des cliniques en particulier. Ces échanges réguliers encouragent ainsi un ajustement continu de la proposition de valeur tout en accompagnant les infirmières. Pastoria explique : *« Je les appelle. Tout ce qui me fait flipper, ils le savent. Si quelque chose me dérange, ils le savent. Je leur parle. »²⁴⁷* Dans cette optique et pour fluidifier la communication interne, Unjani NPC s'efforce de créer un climat de confiance et convivial avec les infirmières et entre elles. Il est fréquent que Sue, la directrice opérationnelle du réseau, et Lynda, la PDG du NPC, envoient des messages d'encouragement en début de journée via un groupe WhatsApp qu'elles ont en commun avec l'ensemble des infirmières du réseau (Entretien avec Sue, Entretien avec Lynda, Entretiens avec les infirmières).

Les différentes interactions permettent ainsi d'améliorer la satisfaction des patients grâce à l'ajustement de la proposition de valeur qui leur est destiné. Néanmoins, la proposition de valeur d'Unjani va au-delà de la satisfaction des patients, puisqu'elle cherche aussi à émanciper des acteurs de la communauté.

4.2.2.2. *Impliquer la communauté locale pour ses rôles variés*

La proposition de valeur à destination des infirmières vise l'amélioration de leurs conditions de vie grâce à leur appartenance au réseau Unjani. Unjani NPC considère zinsi le rôle multiple des

²⁴⁵ Traduit de l'anglais : *"It's to try address the primary healthcare issues with government (...) in terms of just working with the national department of health, there is a where, where is the need for clinics? What we should be doing is focusing on where government is not, dealing with needs and placing clinics there."*

²⁴⁶ The Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

²⁴⁷ Traduit de l'anglais : *"I call them. Anything that makes me freak out, they know.(...). If something bothers me, they know. I talk to them."*

membres de la communauté locale (Ben Letaifa & Reynoso, 2015) qui non seulement d'être des patients sont aussi des entrepreneurs (les infirmières) et des employés (le personnel). Le recrutement focalisé sur les infirmières de couleur noire, qui sont généralement moins indépendantes que les infirmières de couleur blanche, montre l'engagement de la NPC envers le développement inclusif des populations locales historiquement discriminées. Cette volonté se traduit aussi par la création d'emplois au sein des communautés dans lesquelles les cliniques sont installées, puisque le BM type d'une clinique Unjani prévoit l'embauche de trois employés. La création d'opportunités pour les infirmières se fait à travers la donation de la clinique dont elle bénéficie, et par l'accompagnement qu'elles reçoivent de la part d'Unjani NPC qui soutient le développement économique de leur activité et leur bien-être personnel.

Cette implication envers la communauté n'est pas seulement portée par Unjani NPC, mais par les cliniques elles-mêmes, et donc par les infirmières qui sont à leur tête. Elles s'impliquent alors personnellement et encouragent l'emploi de personnes issues de leur communauté. Mirriam confie : « *Cela me donne l'occasion de donner du mien à ma communauté. Je suis maintenant financièrement stable et j'emploie d'autres personnes. J'ai donc créé de l'emploi avec ces 2 assistantes de clinique qui m'aident.* »²⁴⁸ (Mirriam, Infirmière Unjani du West Rand). Cela traduit une certaine volonté de l'infirmière à améliorer les conditions de vie locales. Ainsi, certaines infirmières comme Pastoria, s'attachent à transmettre leurs connaissances et leurs valeurs : « *Je veux aussi leur montrer qu'il n'y a pas de travail dédié à des personnes spécifiques. Oui, je peux faire mon travail, mais je peux aussi nettoyer le sol. Je les forme à prendre les pilules même s'ils n'ont pas de formation médicale, je leur montre le système pour prendre la taille, le poids.* »²⁴⁹

4.2.3. Les stratégies mobilisées dans la dimension création de valeur du business model d'Unjani

Afin d'optimiser l'accessibilité de sa proposition de valeur, et ainsi de maximiser la création de valeur, Unjani se repose sur plusieurs stratégies innovantes. Comme le souligne Angeli et Jaiswal (2016) les stratégies basées sur : un recours à la technologie médicale, sur une focalisation sur le personnel médical, la création de partenariat sont en effet mobilisés.

²⁴⁸ Traduit de l'anglais : "It gives me an opportunity to give back to my community. I am now financially stable, and I employ others. So, I created employment with these 2 clinics assistants who are helping me."

²⁴⁹ Traduit de l'anglais : "I also want to show them that there is no job for specific people. Yes, I can do my job, but I can clear the floor. I train them to take the pills even if they are not medically trained, I show them the system to take the height, weight."

Néanmoins, Unjani se repose aussi sur les TIC et met surtout en avant la nécessité d'établir une relation de confiance avec les patients et les différents acteurs de l'écosystème.

4.2.3.1. Mobiliser des technologies médicales innovantes, mais aussi des TIC

Chaque clinique détient des équipements médicaux technologiques lui permettant de délivrer les différents services inclus dans sa proposition de valeur. Toutes sont par exemple équipées de machines à ultrason pour effectuer les échographies, et d'inhalateur pour diagnostiquer les maladies respiratoires.

Outre la technologie médicale, elles mobilisent aussi les TIC pour faciliter la prestation de leurs services. Ainsi, Unjani NPC a mis en place un système de gestion des relations clients communs à l'ensemble des cliniques du réseau. Il permet d'optimiser les coûts administratifs, et le temps associé au traitement des données patient, et assure aussi une certaine uniformité entre les cliniques, si bien qu'un patient peut passer d'une clinique à l'autre sans avoir besoin d'apporter son dossier médical qui pourra être transféré d'une infirmière à l'autre. L'usage des technologies associées à l'enregistrement informatisé peut aussi agir comme une source différenciante pour certains patients qui semblent impressionnés par ce système. Soia, patients à Olifant explique « *J'ai été surprise ici parce qu'ils n'utilisent pas de papier pour écrire vos informations, ils utilisent un ordinateur portable, ils prennent une photo. Je me suis dit... wow c'est tellement unique !* »²⁵⁰ (Patient de la clinique d'Olifant).

Par ailleurs, même si c'est encore rare au sein du réseau, certaines infirmières se munissent de technologies de paiement électronique pour proposer un nouveau moyen de paiement et de limiter la possession d'argent liquide au sein de leur clinique. Gertrude, installée à Johannesburg explique pourquoi elle propose désormais cette option alors qu'elle n'acceptait que du cash auparavant

*« C'est ma décision. En raison de la sécurité et la commodité : la sécurité de ne pas transporter d'argent liquide et la commodité pour les patients. Parce que maintenant, je n'ai pas à leur dire d'aller retirer de l'argent. Donc, cela règle ce problème, vous avez votre carte pour payer. (...) Avant, nous ne faisons que de l'argent comptant. Mais nous écoutons les voix des clients et c'est ce qu'ils veulent. »*²⁵¹

²⁵⁰Traduit de l'anglais : "I was surprised here because they don't use paper to write your information, they are using a laptop, they take a picture. I was like wow that is so unique."

²⁵¹ Traduit de l'anglais : "it's my decision. Because of the safety and convenience, safety of not carrying cash and convenience for the patients. Because for now I cannot be saying to them, go and withdraw cash. So, this addresses that issue, you've got your card to swap (...) Before we were only doing cash, but we listen to the client's voices and that is what they want."

Outre l'utilisation de la technologie, cet exemple illustre la capacité des infirmières à s'adapter à leurs clients et maximiser la création de valeur. Cela traduit aussi une certaine flexibilité que la NPC laisse aux infirmières pour ajuster la proposition de valeur de leur clinique.

4.2.3.2. *Se focaliser sur le personnel médical, mais aussi non médical, une politique de recrutement centrée patient*

Le NPC cherche à recruter des personnes impliquées envers la communauté, qu'ils s'agissent des infirmières ou du personnel de la NPC. Sue explique :

« Nous recherchons des personnes passionnées par le travail que nous faisons. Parce que nous sommes une NPC, nous sommes un modèle totalement financé et notre but est de servir la communauté, n'est-ce pas ? Ce n'est pas pour gagner de l'argent. Oui, vous allez gagner un salaire, mais vous ne serez pas riche en travaillant dans une NPC, et je dis toujours au personnel : si vous n'êtes pas passionné par le travail que font les infirmières dans la communauté, vous aurez toujours ce dysfonctionnement. »²⁵²

Concernant le recrutement au sein des cliniques, Unjani NPC se focalise sur la sélection des infirmières professionnelles qui constituent le pilier de ce modèle de soins primaires. Le titre d'infirmière professionnelle est en fait un grade prouvant qu'elles ont les compétences en soins primaires nécessaire à mener l'ensemble d'une consultation jusqu'à la prescription sans l'avis d'un médecin. En complément, Unjani leur demande de passer l'habilitation à dispenser les médicaments de manière à ce que les patients puissent disposer d'un service complet au sein des cliniques. En se substituant aux médecins et aux pharmacies, elles encouragent l'accessibilité des populations à des services de soins primaires et aux médicaments de qualité *à moindres coûts tout en gagnant en autonomie. Etant donné la place centrale des infirmières dans les cliniques, Unjani NPC porte une attention particulière à leur recrutement. Ainsi, Lynda, PDG d'Unjani NPC, explique l'intérêt d'avoir des infirmières expérimentées : *« C'est simplement parce qu'elles ont une connaissance étendue des soins de santé primaires (...) L'expérience minimum est 5 ans, et le meilleur est 10 ans parce qu'elles ont été exposées à tout ; elles comprennent très bien le protocole. »²⁵³* En plus de vérifier leurs compétences médicales, Unjani NPC teste leurs compétences managériales. Puisque les infirmières recrutées sont vouées à être entrepreneur de leur propre clinique, la NPC leur demande de faire une

²⁵² Traduit de l'anglais : "We are looking for people that are passionate about the work that we do. Because we are NPC we are a totally funded model and our goal is about serving the community, isn't it? It is not to earn. Yes, you gonna earn a salary but you're not gonna be rich working at an NPC, and I always say that to the staff that if you are not passionate about the work that the nurses do in the community, you're always having that dysfunction."

²⁵³ Traduit de l'anglais : "It is just because they have a broad-spectrum knowledge run of primary healthcare (...) The minimum is 5 years, and the best is 10, because they have been exposed to everything, they understand the protocol very well."

proposition d'affaires détaillée. La plupart des infirmières, la construit elle-même en s'appuyant sur un dossier type mis à disposition par la NPC, mais elle peut aussi l'externaliser si nécessaire. L'objectif est qu'elle mobilise l'étude de marché effectuée au préalable pour construire une proposition adaptée. Lynda précise :

« Il s'agit de savoir si elles peuvent réfléchir au processus de 'On vous a offert une entreprise, que ferez-vous pour vous assurer que l'entreprise survive dans la communauté ? Qu'avez-vous appris des gens à qui vous avez parlé ?' Est-elle capable de transformer les connaissances qu'elle a acquises grâce à l'enquête pour répondre aux besoins. C'est vraiment une évaluation un peu concrète du fait qu'elles peuvent transformer ce qu'elles ont entendu en ce qu'elles peuvent faire pour régler le problème. »²⁵⁴

Finalement, même si les infirmières n'ont pour la plupart aucune formation commerciale, elles détiennent un sens intuitif des affaires, et ont déjà eu une expérience dans le domaine (Unjani/MIT study ; Entretien avec Lynda, PDG d'Unjani NPC). La combinaison de leurs compétences médicales avec leur esprit d'entrepreneur leur permet de développer leur activité de soins au service des communautés. Elles s'investissent alors personnellement auprès des patients pour instaurer une relation de confiance au bénéfice d'une prestation de soin de qualité. Thandy explique : *« Nous devons avoir une communication ouverte avec eux (...) Donc, ces personnes ont confiance en vous, même s'il y a le Dr Google quelque part, ils reviennent quand même vers vous pour obtenir l'information pertinente. Ils te font toujours plus confiance que les autres. »²⁵⁵* Néanmoins, cette relation n'est pas portée par la seule infirmière, mais aussi par son personnel qu'elle recrute avec soin.

Selon le business model type d'une clinique Unjani, trois personnes supplémentaires peuvent être embauchées. Ainsi, chaque infirmière emploie un(e) assistant(e), une personne en charge du ménage, et une autre de la sécurité. Sans l'intervention de la NPC, les infirmières recrutent des personnes de confiance issues de leur entourage et de la communauté où leur clinique est installée. Elle crée ainsi des opportunités pour la communauté, tout en bénéficiant des connaissances locales que détiennent leurs employés. Pastoria a par exemple préféré recruter une assistante ayant préalablement travaillé dans une clinique des zones alentours : *« Je veux qu'elle vienne du gouvernement, parce qu'elle connaît les médicaments, les conditions*

²⁵⁴ Traduit de l'anglais : "it is whether they can think through the process of 'you've been offered a business, what do you gonna do to make sure that the business survives in the community? What have you learned from the people you've spoken to, and is she be able to turn that knowledge that she gains from the survey into how she satisfies the needs? That's really a bit of a concrete assessment over that they can transform what they have heard into what they can do to address the problem."

²⁵⁵ Traduit de l'anglais : "We have to have an open communication to them (...) So, these persons have a confidence in you, even though there is Dr. Google somewhere, they still come back to you for the relevant information. They still trust you more than the other things."

communes, et qu'elle a travaillé dans la région et qu'elle sait ce qui se passe. Et si quelque chose arrive, elle vous dira : 'cela arrive parce que X, Y, Z raisons'. »²⁵⁶.

Néanmoins, la sélection du personnel repose surtout sur son engagement envers les patients et sa capacité à instaurer une relation de proximité. Gertrude installée à Johannesburg explique :

*« J'ai vu son éthique de travail et la façon dont elle interagissait avec les patients. J'ai aimé cela. (...) Ce que j'aime, c'est l'enthousiasme et la gentillesse avec les gens.(...)Si vous n'avez pas la personnalité nécessaire pour mettre les gens à l'aise, alors pour moi, vous n'êtes pas à la hauteur de mes affaires. La compétence technique vous pouvez apprendre, mais la personnalité est ma priorité. »*²⁵⁷

Virginia du Tshwane insiste sur l'influence du personnel sur l'expérience vécue par le patient et donc l'acceptation de sa clinique au sein de la communauté :

*« Je crois que le service à la clientèle est très important pour notre clinique, parce que nous ne voulons pas être comme une clinique gouvernementale où les gens n'aiment pas les patients et sont impolis. Nous ne voulons pas cela. Quand les patients viennent ici, ils doivent voir la différence, ils doivent se sentir spéciaux, ils doivent sentir qu'ils sont aimés, pour pouvoir revenir. »*²⁵⁸

Ainsi, l'attention portée au personnel dans la prestation de service ne concerne pas seulement les infirmières, mais l'ensemble du personnel puisque leur comportement influence directement l'expérience du service vécue par les patients. En effet, les patients valorisent la relation instaurée avec le personnel : Thina, Patiente Unjani de Virginia du Tshwane explique « On a l'impression de pouvoir demander n'importe quoi. Lorsque vous êtes malade, votre enfant est malade. Vous demandez : 'Qu'est-ce que je peux faire, et ça, et ça, et ça, et ça ?' Ils prennent assez de temps »²⁵⁹ L'implication et le sens du relationnel des infirmières et de leur personnel sont déterminants dans l'expérience de soins et la réputation de la clinique.

²⁵⁶ Traduit de l'anglais : "I want her from the government, because she knows the drugs, the common conditions, and she has been working in the area and knows what is happening. What if this is coming, she will tell you this happening because X, Y, Z reasons."

²⁵⁷ Traduit de l'anglais : "I saw its work ethic and the way she was interacting with patients. I liked that (...) What I like is the enthusiasm and the kindness to the people. (...) If you don't have the personality to make people comfortable, then for me you are not fitting my business. The technical skill you can learn but the personality must be my priority."

²⁵⁸ Traduit de l'anglais : "I believe that customer service is very important for our clinic, because we don't want to be like the government clinic where people they don't care for them, they are rude. We don't want this. When the patients come here, they must see the difference, they must feel special they must feel that they are liked, so they can come back."

²⁵⁹ Traduit de l'anglais : "you feel like you can ask anything. When you are sick you child is sick. You ask: 'what can I do and this and this and this?' They take enough time."

4.2.3.3. *Mettre en place un système d'incitations et de contrôle porté par des formations régulières pour une expérience de service uniformisé*

En charge du développement et de l'animation du réseau de cliniques basés sur un principe de franchise sociale, Unjani NPC s'efforce d'instaurer une certaine uniformité entre les cliniques. Outre le fait que la proposition de valeur soit globalement standardisée, les ressources mobilisées pour la délivrer le sont aussi. Ainsi, l'infrastructure, les équipements, l'agencement et les ressources commerciales sont similaires entre les cliniques, ce qui implique que les obligations envers le réseau le soient aussi. En effet, Unjani NPC impose aux infirmières de se conformer à des règles visant à assurer la viabilité de leur clinique par une gestion financière et opérationnelle adaptée. Elles doivent transmettre régulièrement leurs données financières qui seront par la suite évaluées par la comptable de la NPC lors d'un audit financier effectué au moins une fois par an. En complément, deux ou trois audits opérationnels non annoncés sont effectués pour vérifier la conformité de la clinique aux procédures et la propreté des lieux. En cas de non-conformité, les infirmières reçoivent un avertissement et doivent remédier aux défauts constatés. Après deux avertissements, leur exclusion du réseau est envisagée. Ce système de conformité et contrôle est accepté par la plupart des infirmières, et même valorisé par certaines qui le voient comme une source de soutien et une assurance de viabilité pour leur clinique :

« Quand je faisais encore cela toute seule, je ne savais même pas comment diriger une entreprise. Si vous ne savez pas grand-chose de la gestion, vous manquez des choses. Vous voyez des patients, beaucoup de patients, mais vous ne savez pas vraiment où va l'argent. Maintenant, nous pouvons vérifier les médicaments, vérifier combien vous en avez (...) Je ne serais pas capable, je ne pourrais pas sans être soutenue (...) Je ne serais pas ici si je le faisais seule. »²⁶⁰ (Patricia, Clinique du Tshwane).

Une infirmière du Limpopo ajoute :

« J'ai choisi Unjani parce que je me suis rendue compte que toutes les entreprises que je vois sont seules et n'ont aucune chance de lutter. Vous êtes mieux si vous êtes dans un réseau. Vous bénéficiez d'un soutien, vous pouvez communiquer avec les gens (...) L'exigence est aussi pour nous, ils nous font réfléchir et toujours chercher l'information, surtout avec la partie financière. »²⁶¹

²⁶⁰ Traduit de l'anglais : "When I was still doing that alone, I did not even know how to run a business. If you don't know much about management, you miss things. You see patients, many patients, but you don't really know where the money goes. Now we can check the medication, check how much you've got (...) I won't be able, I would not without being mentoring (...) I would not be here if I did that alone."

²⁶¹ Traduit de l'anglais : "I chose Unjani because I realised that all the businesses I see they are alone and don't have a good chance of struggling. You are better if you are in a network. You get support you can communicate

L'objectif d'autonomisation liée à une réplification d'un modèle standard oblige néanmoins Unjani NPC a un certain degré de flexibilité. Gertrude explique la nécessité de s'adapter à ses patients, même s'il s'agit de prendre des initiatives non suggérées par la NPC : « *Tu ne peux pas être rigide et dire que c'est ce que veut Unjani si tu ne peux pas soutenir ta décision (...) tu connais tes clients.* »²⁶² Laisser une faible marge de manœuvre aux infirmières du réseau semble ainsi bénéfique à la cocréation de valeur entre diverses parties prenantes. Néanmoins, cette flexibilité étant assez limitée, la rigidité des normes du réseau est parfois remise en question.

En effet, la politique de conformité semble controversée au sein du réseau du fait des contraintes qu'elle impose. Plusieurs infirmières ont exprimé leur sentiment de frustration du fait des exigences imposées. Une des infirmières souhaitant garder l'anonymat se confie :

*« Parfois, je n'ai pas l'impression d'être un partenaire à part entière d'Unjani. J'ai parfois l'impression d'être un employé et non un employeur. Je comprends que je suis partenaire, mais parfois vous vous sentez employé, mais vous n'avez pas beaucoup de sécurité. La plupart du temps, vous devez faire ceci et ceci et ceci et ceci. C'est un truc que le réseau est censé faire, mais je connais ma clinique et mes patients mieux qu'eux. Et je sais ce dont ma clinique a besoin (...) Je ressens juste quelque chose d'injuste. »*²⁶³

Elle valorise néanmoins l'opportunité que le réseau lui offre : « *Je peux diriger ma propre clinique et ils me préparent à être un très bon patron.* »²⁶⁴ Globalement, les infirmières sont conscientes de la chance offerte par Unjani NPC en leur permettant d'avoir leurs propres cliniques, mais certaines semblent dubitatives concernant l'apport quotidien du réseau du fait des contraintes qu'il impose. Dès leur intégration au réseau, les infirmières reçoivent une présentation détaillée de l'organisation du NPC et du réseau, des normes à respecter et des charges à payer. Néanmoins, il semble qu'Unjani NPC peine parfois à valoriser l'intérêt de satisfaire aux exigences du réseau sur le long terme.

Parallèlement, Unjani NPC a mis en place un système d'incitations qui agit comme vecteur de motivation. Les résultats des différentes cliniques sur le nombre de patients sont présentés lors de la rencontre annuelle du réseau Unjani. Ainsi, les infirmières obtenant les meilleurs chiffres

with people (...) The requirement is also for us, they make you think and always look for information, especially with the financial part.”

²⁶² Traduit de l'anglais : “*You can't be stiff and say it what Unjani wants if you can't support your decision (...) you know your client.*”

²⁶³ Traduit de l'anglais : “*Sometimes I don't feel like I am an equal partner of Unjani. I feel like sometimes I am an employee and not an employer. I understand I am partnering this but sometimes you feel an employee, but you don't have much safe. Most of the time, you must do this and this and this, that stuff that the network is supposed to make. But I know my clinic and my patients better than them and I know my clinic needs (...) I just feel something unfair.*”

²⁶⁴ Traduit de l'anglais : “*I can run my own clinic and they are preparing me to be a very good boss.*”

se voient décerner un prix. Alors que cela pourrait instaurer une certaine rivalité, cela semble les motiver. Thandy du Tshwane déclare que cela leur permet de s'améliorer, quand Nonceba de Soweto explique que cela lui donne confiance en l'avenir, qu'elle peut aussi réussir et atteindre ce niveau de performance.

Afin de rendre constructifs ces différents mécanismes, Unjani NPC propose des formations aux infirmières ainsi qu'à leur assistante. Ainsi, elles sont toutes formées à la gestion financière et les assistantes reçoivent une formation informatique. Le but est de les soutenir dans l'atteinte des exigences imposées par Unjani NPC. Au lancement de leur clinique, elles reçoivent une formation approfondie leur permettant de gérer leurs données comptables. Ensuite, elles peuvent bénéficier des formations complémentaires en fonction de leur difficulté. Pour ce faire, l'administratrice financière, Freddah, se rend dans leur clinique et les forme individuellement en fonction des problèmes auxquels elles se confrontent. Cette dernière se charge de la formation, car elle parle plusieurs langues locales et elle peut ainsi s'adapter à son interlocuteur.

4.2.3.4. *Créer des partenariats variés et encourager les interactions locales*

Comme évoqué précédemment Unjani NPC a recours à des sponsorings pour financer les différentes cliniques du réseau. Pour ce faire, des partenariats avec des FMN tels que Johnson & Johnson ou Pfizer ont été créés. Ces dernières s'engagent alors au financement d'une ou plusieurs cliniques pour une durée de 5 ans, ce qui leur permet de répondre aux obligations du B-BBEE via la catégorie « *Entreprise Development* ». Comme évoqué précédemment, elle s'appuie sur des partenaires techniques tels que la GIZ avec qui elle détient un accord de coopération de trois ans depuis 2016 (Unjani/Rapport Annuel 2017). Elle collabore aussi avec des entreprises ou des laboratoires médicaux pour équiper les cliniques et/ou pour dispenser des formations aux infirmières et les informer des nouveautés au niveau des produits et des techniques médicales. Une intervention par Aspen sur le lait infantile et la vaccination a par exemple été réalisée lors de la journée annuelle du réseau. C'est aussi un moyen de disposer d'échantillons que les infirmières peuvent distribuer aux patients gratuitement, ce qui est fortement valorisé par les patients qui sont souvent réticents à investir dans des produits inconnus. C'est le cas notamment de J&J qui fournit des crèmes de soin adaptées aux différentes conditions dermatologiques des peaux de bébé. Dans le cas des campagnes de sensibilisation, les participants peuvent essayer les produits sur place lors de démonstration.

Au niveau des cliniques, les infirmières prennent l'initiative de nouer des relations avec les acteurs locaux et plus particulièrement au sein de leur communauté. « *Je vais au programme*

de santé d'ici, au groupe de professionnels de la santé, aux cliniques locales, aux autres omnipraticiens. Nous nous rencontrons tous les trois mois et nous savons qui est où, qui va se référer les uns aux autres. »²⁶⁵ (Patricia, Infirmière Unjani du Tshwane). Interagir avec ces institutions permet certes de connaître les besoins locaux, mais aussi de cocréer de la valeur avec les institutions locales qui contribuent à fournir la prestation de soin d'Unjani au plus grand nombre. Dans cette même optique, les infirmières d'une même zone n'hésitent pas à s'associer pour mener des actions communes, notamment dans le cas de campagne de vaccination ou dépistage où elles mettent en commun leurs ressources et se partagent la zone de manière à toucher un maximum de personnes. Finalement, les partenariats menés par les infirmières du réseau sont souvent relatifs à des programmes de proximités (*outreach*) pendant lesquels elles se déplacent directement auprès des patients.

Cette volonté de servir la communauté avec un service de qualité et des activités complémentaires dépend de l'implication personnelle et l'engagement des infirmières envers leurs communautés, ce qui repose peu sur la NPC.

4.2.4. Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du business model d'Unjani

L'appropriation de la valeur décrit la manière dont la valeur créée est captée et partagée entre les parties prenantes. Le développement d'un modèle de franchise duplicable et permettant d'autonomiser les infirmières noires lui permet d'accroître son impact local.

4.2.4.1. Assurer les partenariats financiers jusqu'à l'atteinte du seuil de rentabilité

Jusqu'à 2017 depuis sa création, Unjani NPC estime le montant des dons reçus à R50 millions (environ 3 092 208,50€²⁶⁶). Chaque donation est attribuée au financement d'une clinique, c'est-à-dire à sa construction, son installation et son opérationnalisation pour une durée de 5 ans ; temps estimé pour qu'une clinique soit totalement pérenne et stable. Cela permet de minimiser les risques entrepris par l'infirmière, qui n'a pas à investir un capital de départ, tout en lui assurant d'une source de revenus les premières années (Voir Tableau 20).

²⁶⁵ Traduit de l'anglais : "I'm going to the health program around here, group of health people, the local clinics, other general practitioners we meet every 3 months and we know who is where, who will refer to each other."

²⁶⁶ Taux mis à jour le 27.06.2019

Coût total d'investissement – donation	R1 million à R1,2 millions (64 060 à 76 872€*)
Réparti comme suit :	
- Structure et équipements ²⁶⁷	R500 000 à R700 000 (32 000€ à 44 840€*)
- Donations opérationnelles ²⁶⁸	R200 000 (12 812€*) R12 000/mois les 8 premiers mois (769€*) R8 000/mois pour les 8 mois suivants (512€*) R4 000/mois pour les 8 derniers mois (256€*)
- Coûts de soutien de Unjani NPC	R250 000 (16 013€*)
* Taux de conversion au 19.07.2019 (XE.com)	

Tableau 20 : Coût total d'investissement pour une clinique et répartition des coûts (Source : Unjani/Rapport Annuel 2018)

Le réseau a ainsi pu s'étendre grâce à l'implication progressive de plusieurs entreprises (Voir Tableau 21). Comme nous l'a expliqué Lynda, le fait d'interagir avec des entreprises connues permet aussi de mobiliser l'attention de nouveaux investisseurs prêts à financer de nouvelles cliniques, ce qui, par conséquent, bénéficie à l'extension du réseau.

Donateurs	Nombre de cliniques financées répertorié en 2017
Imperial group	25
Johnson & Johnson Citizenship Trust and Johnson & Johnson Family	12
Rand mutual assurance	2
Tiso AEL Development Trust	4
Pfizer South Africa	1
Jobs Fund (National Treasury)	70 avant décembre 2019

Tableau 21 : Donateurs et nombre de cliniques Unjani financées (Source : Unjani/Rapport Annuel 2017).

Même si le lancement de chaque clinique est basé sur un don, son modèle de profit est un modèle lucratif à but social dépendant des résultats de son activité. Via les cliniques pilotes, Unjani NPC a mis en avant les résultats qu'une clinique doit obtenir pour être viable, en considérant les apports du sponsor les cinq premières années (Voir Tableau 22).

²⁶⁷ Infrastructure en container et signalisation, équipement clinique, le stock initial et les fournitures internes (mobilier, équipement clinique, équipement informatique)

²⁶⁸ Pour aider au fonds de roulement le temps que le nombre de patients atteigne le point mort

Période de développement d'entreprise de 5 ans	Nombre moyen de patients à cibler par mois	Nombres actuels moyens de patients
Année 1	180	281
Année 2	250	463
Année 3	350	561
Année 4	400	478
Année 5	450	514

Tableau 22 : Nombre de patients à atteindre pour atteindre la rentabilité des cliniques
(Source : Unjani/Rapport Annuel 2017, p. 22)

Alors que l'atteinte du seuil de rentabilité est initialement estimée à 24 mois au rythme de 250 patients par mois, les cliniques du réseau tendent à être rentables dans les 6 premiers mois. Leur bien-être financier contribue alors à alimenter la NPC via les frais de réseau dont chaque infirmière doit s'acquitter. Elles contribuent ainsi à financer les frais associés à l'animation et au développement du réseau auquel elles appartiennent, tout en permettant une certaine viabilité de la NPC. Même si le modèle de profit de la NPC se stabilise, il n'est pas encore viable du fait de sa dépendance aux cliniques dont le nombre est un levier pour générer du revenu et réaliser des économies d'échelles sur son activité. Néanmoins, l'étendue du réseau dépend pour l'instant des dons octroyés à la NPC pour construire et mettre en opération de nouvelles cliniques.

4.2.4.2. Accompagner les infirmières entrepreneures vers l'autonomisation

Unjani met l'accent sur l'autonomisation et l'émancipation des infirmières noires en leur permettant d'être entrepreneures de leur propre clinique. Chaque infirmière est accompagnée financièrement et techniquement pour garantir la réussite de son activité, et ce sur le long terme. Les infirmières gagnent ainsi en expérience, reconnaissance et autonomie. Nonvoyo fait le point sur son intégration au sein du réseau Unjani : « *Cela m'a rendue indépendante, j'ai gagné le respect de la communauté pour le fait que je dirige ma propre pratique et que cela pousse aussi mon ego. Et je suis satisfaite, je suis heureuse, je suis contente.* »²⁶⁹

Par ailleurs, l'appartenance des infirmières aux communautés dans lesquelles elles s'installent permet d'accroître l'acceptation locale des cliniques. Cette intégration leur permet de développer leur activité source de création de valeur économique et sociale pour l'infirmière entrepreneure, et pour les autres membres de la communauté qui sont à la fois patients, partenaires, employés. Ces derniers bénéficient des soins fournis, des emplois créés et du trafic

²⁶⁹ Traduit de l'anglais : "It made me independent, I gained respect from the community for the fact I am running my own practice and just it pushes my ego as well. And I'm satisfied, I am happy, I am content."

généralisé autour des cliniques qui engendre une dynamisation locale bénéfique aux commerces alentours.

4.2.4.3. *Standardiser et dupliquer par un modèle de franchise sociale*

Le réseau Unjani Clinics est un modèle de franchise sociale basé sur la standardisation et la réplique physique et managériales de ses cliniques. La réplique du modèle permet d'accroître les transformations positives que l'activité d'Unjani engendre sur l'écosystème puisque le réseau compte aujourd'hui 38 cliniques réparties dans 6 provinces. Entre 2013 à 2018, près de 713 236 consultations ont été effectuées et 194 emplois permanents ont été créés (Unjani/Rapport Annuel 2018). De plus, l'expérience accumulée par la NPC et le réseau permet d'affiner les services proposés aux patients, d'améliorer le modèle type des cliniques et de réduire les risques d'échecs liés au lancement de nouvelles cliniques. Cela conduit ainsi à une meilleure gestion du *Triple Aim* — *Care, Health, Cost*. En contrepartie, l'expansion du réseau place la NPC sur le chemin de la viabilité via les revenus qu'elle obtient des charges de réseau payées par les cliniques. Multiplier le nombre de cliniques est ainsi un moyen pour la NPC de réaliser des économies d'échelle.

Le modèle Unjani et son impact en Afrique du Sud ont permis d'acquérir une certaine reconnaissance au sein de l'industrie médicale grâce à des récompenses tels que le Prix *Jobs Fund Social Impact* en 2019, le Prix pour les soins de santé délivré en 2017 par l'institut du management du risque, ou encore le Prix de la santé de demain, par *le Mail & Guardian Investing* en 2015.

En définitive, répliquer les cliniques permet de dupliquer les impacts directs et indirects auprès des principales parties prenantes, de contribuer à la pérennité de la NPC, et de gagner en légitimité auprès des communautés locales et du grand public.

4.2.5. Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale

4.2.5.1. *Une infrastructure innovante et une localisation stratégique pour améliorer l'accessibilité des cliniques*

Les cliniques d'Unjani sont construites dans des containers équipés qui se déclinent en trois formats : ruraux, semi-ruraux, et périurbains (Voir Tableau 23).

Format	Dimension	Capacité d'accueil
Clinique rurale	Un container de 6m + un container de 12m	750+ patients par mois
Clinique semi-rurale	Un container de 12m + un container de 12m – côte à côte	1 200+ patients par mois
Clinique péri-urbaine	Un container de 12m + un container de 12m	1 500+ patients par mois

Tableau 23 : Format des cliniques Unjani (Source : Unjani/Rapport Annuel 2018)

La structure offre une flexibilité que les infirmières valorisent puisque « ... la clinique est construite de telle sorte que je [qu'elle] puisse agrandir et ajouter un autre container »²⁷⁰ (Patricia, Infirmière Unjani à Tshwane). La seule contrainte est liée à la faisabilité de l'installation puisque la surface choisie doit être plane avec un accès à l'eau et l'électricité. La mobilité de ces containers et leur taille réduite permettent aux cliniques Unjani d'être physiquement intégrées aux différentes communautés ciblées. Elles sont ainsi implantées dans des quartiers où résident des populations à bas revenus selon le choix de chaque infirmière. Lynda, PDG Unjani explique :

« Des infirmières vivent dans leur communauté et veulent se rendre utiles pour la communauté ou alors elles ont grandi dans la communauté et veulent rentrer chez elles pour donner du leur envers la communauté (...) Il y a des infirmières qui veulent rentrer chez elles dans leur village, aussi longtemps qu'elles peuvent fournir leurs services. »²⁷¹

Cette localisation au plus près des communautés est valorisée par les patients qui apprécient la facilité d'accès et le coût de transport associé. Un patient explique : « L'autre clinique, je dois prendre 2 taxis, d'ici à là-bas, et ensuite je dois payer à nouveau. C'est mieux de venir ici parce que je ne paie que 13 rands pour venir. »²⁷² Outre la facilité d'accès, cela permet à Unjani - et son infirmière - d'être totalement intégrés à la vie de la communauté, ce qui rend plus facile son intégration locale. Néanmoins, ce format innovant peut être déconcertant pour les patients. Une patiente régulière de la clinique d'Olifant explique sa réaction la première fois qu'elle est venue sur la recommandation du directeur d'école de sa fille :

« Je me suis dit : Oh mon dieu ! Si petit comme ça ! Je pensais que ce serait une grande maison. Je ne savais pas que c'était un container. Dans mon esprit je me demandais 'Est-ce

²⁷⁰ Traduit de l'anglais : "...the clinic is built in such a way that I can expand and build another container."

²⁷¹ Traduit de l'anglais : "Nurses live in their community and want to give back to that community, or they grew up in the community and want to go home to give back to the community. (...) You've got nurses that wanna go home to their villages, as long as they can provide their services."

²⁷² Traduit de l'anglais : "The other clinic I have to take 2 taxis from here to there and then I have to pay again. Here is better because I only pay 13R to come."

que cette chose ici est juste là temporairement ou est-ce qu'elle est là pour toujours ?' C'est ce que je me demandais »²⁷³.

De plus, le choix d'un emplacement stratégique s'avère aussi crucial. Il s'agit d'être facilement accessible en taxi, taxi-brousse ou bus local et d'être dans des zones exposées pour que les cliniques puissent être aperçues et identifiées par les passants. Thandy explique : « *Il est très important d'implanter une clinique où les gens peuvent la voir et y accéder facilement. Cela devient difficile lorsque vous vous situez dans un espace pas très pratique ou qui n'est pas accessible aux patients.* »²⁷⁴ En effet, Nonceba, installée à Soweto, est confrontée au manque de visibilité de sa clinique si bien qu'elle a eu des difficultés à se faire connaître malgré le choix d'une zone où le besoin existe : « *Je suis à l'intérieur de la cour et je pense qu'elle n'est pas assez visible pour que la communauté puisse voir la clinique, mais la zone est le bon endroit.* »²⁷⁵

4.2.5.2. *Design interne et processus de services soignés et standardisés*

La structure et le design intérieur des cliniques sont effectués par un prestataire en amont de l'implantation du container, si bien qu'une clinique peut ouvrir dès lors qu'elle est installée. Elles sont toutes construites sur le même modèle selon les formats des containers. Cela assure une uniformité entre les cliniques du réseau et permet d'optimiser les coûts.

La conception interne des cliniques rigoureusement structurée et agencée contribue à améliorer l'accessibilité du service de santé. Thandy explique : « *La disposition est bonne, il est très commode pour moi d'utiliser le tout à mon avantage et à celui des patients. Je pense que c'est une bonne chose. Cela me permet même d'avoir une autre infirmière, parce que j'ai une pièce supplémentaire que vous pouvez utiliser.* »²⁷⁶ Le processus de soin est ainsi facilité. Par ailleurs, les infirmières prêtent attention à l'aspect physique intérieur de leur clinique afin de créer un espace accueillant et propre qui puisse améliorer l'expérience de soin du patient. Patricia «... *s'assure que c'est un environnement chaleureux pour nous [elle et son personnel], pour que le patient soit à l'aise et pour que le personnel sente qu'on se trouve dans un bel endroit.* »²⁷⁷

²⁷³ Traduit de l'anglais : "I was like OMG! So small like this! I thought it was the big house. I did not know that it was a container. In my mind it was like "is that thing here is just here for temporal or it's just here forever?". That's what I was asking myself."

²⁷⁴ Traduit de l'anglais : "Because it is very important to locate a clinic where people can see it can access it easily. It becomes difficult when you locate in a space that is not very convenient or not accessible to patients."

²⁷⁵ Traduit de l'anglais : "I am inside the yard and I think it is not visible enough for the community to see the clinic, but the area is the right area."

²⁷⁶ Traduit de l'anglais : "The layout is good, it is very convenient for me to use the all location to my advantages and to the patient's better advantages. I think it is good. It even allows me to have another nurse, because I have another extra room that you can use."

²⁷⁷ Traduit de l'anglais : "To make sure it is a warm environment for us, for the patient to be comfortable, and for the staff, to feel we are in the beautiful place."

Selon elle, il s'agit d'une preuve de respect envers le patient. Ainsi, la plupart des infirmières cherchent à renvoyer une image d'un service de qualité, soigné et de confiance, qui se distingue des cliniques publiques notamment par la propreté, l'atmosphère et le confort intérieur. Victoria, patiente de Thandy confie : « *La propreté explique beaucoup de choses. Si c'est propre, ça montre que ces gens [le personnel et l'infirmière] sont bons.* »²⁷⁸ Cela permet de créer un environnement de confiance, propice à la cocreation entre l'infirmière, le personnel et les patients. Gertrude explique :

« *Quand je me lève le matin et que je choisis aujourd'hui, je vais m'habiller comme ça. C'est mon image et elle vous élève. Quand les patients arrivent, ils voient que l'endroit est propre, ils s'assoient confortablement, ils sont les bienvenus avec le sourire, s'ils ont besoin d'intimité, on leur pose des questions en privé et confortablement. Ils se sentent vraiment les bienvenus* »²⁷⁹

Cet élément est en effet valorisé par les patients. Elizabeth, patiente Unjani dans la clinique de Patricia , explique : « *J'ai été surprise [par le container], mais quand vous voyez l'intérieur ici, vous obtenez des gens amicaux et l'endroit est aussi accueillant. Vous êtes bien acceptés, bien pris en charge.* »²⁸⁰ Les patients prêtent surtout attention à la propreté et la prise en charge médicale. Néanmoins, la plupart pointe du doigt le fait que les cliniques soient petites. En ce sens, l'effort porté aux autres détails peut faire la différence.

Enfin, ce qui est primordial aux yeux des patients est le temps d'attente. Tous les patients que nous avons interrogés ont souligné la rapidité du service, qui est en fait permise grâce à l'organisation interne de la clinique et aux processus de service associés. Ainsi, les cliniques Unjani fonctionnent, pour la plupart, sans rendez-vous sur le principe du « 1^{er} arrivé, 1^{er} servi ». Le patient doit alors suivre un processus précis à son arrivée. Il patientera puis sera appelé pour faire son enregistrement qui sera effectué par l'assistante puis transmis à l'infirmière. Une fois son dossier consulté, le patient sera reçu en consultation. Le paiement sera effectué à la suite de la consultation. Ce système sans rendez-vous est privilégié, car de nombreux patients n'honorent pas leur rendez-vous et il semble que cette logique soit peu ancrée dans la culture locale. Néanmoins, certaines infirmières acceptent de prendre des rendez-vous pour des patients réguliers qui le désirent. De plus, le processus d'enregistrement et de paiement apporte une

²⁷⁸ Traduit de l'anglais : "Cleanliness explains a lot. If it's clean, it shows that these people are good."

²⁷⁹ Traduit de l'anglais : "When I get up in the morning and I chose today I am going to dress like this. It is my image and it elevates you. The patients when they come in, they see the place is clean, they sit comfortably, they are welcome with the smile, if they need privacy, they just arrive, and they get that taken in the room, they are asked questions comfortably privately. They really feel welcomed."

²⁸⁰ Traduit de l'anglais: "I was surprised but when you see the inside here, you get friendly people and the place is also homely. You are well accepted, well-taking care of."

certaine flexibilité au patient qui ne se sent pas « coincé » une fois dans la file d'attente. C'est notamment ce que valorise Stacey, patiente de la clinique d'Olifante :

« Si je veux partir je peux, car je n'ai pas payé et je n'ai pas de dossier donc c'est plus pratique. Je n'ai pas à rendre le dossier, je n'ai pas à demander mon argent, je peux juste me lever et partir si je ne veux pas être là. »²⁸¹

Enfin, le processus interne permet d'assurer un niveau de confidentialité pour le patient. Contrairement aux cliniques publiques où les personnes atteintes du HIV ont un espace qui leur est dédié, Unjani ne fait pas de distinction entre les patients. C'est un point clé pour Patricia ; Infirmière Unjani de Tshwane ; qui est très investie auprès des personnes séropositives *«...parce que nous connaissons la stigmatisation, si une personne est stigmatisée la prochaine fois, elle ne vient pas, et elle tombe de plus en plus malade, car elle ne prend pas ses médicaments»²⁸²* Ses patients doivent se sentir libres de venir à la clinique : *« Nous nous rencontrons, nous discutons, et c'est un endroit sûr pour eux. »²⁸³*

4.2.5.3. Stratégies de marque pour créer des aspirations

Le réseau de cliniques Unjani s'efforce de transmettre une image uniforme auprès des patients. Pour ce faire, Unjani s'est construite une identité organisationnelle basée sur des services de soins de qualité à prix abordables, et délivrés avec empathie par des infirmières professionnelles entrepreneures. Plusieurs artefacts sont utilisés pour unir les différentes cliniques autour d'une identité commune qui puisse être facilement identifiée et reconnue par la communauté.

Le terme Unjani, qui signifie « Comment vas-tu ? » en Zulu et Khosa, a été choisi pour traduire le caractère holistique de la prestation de service, en opposition aux services de santé publics *« ...parce que les infirmières font souvent du travail social, que les gens viennent les voir pour des problèmes mentaux ou simplement pour une dépression, et qu'ils ont juste besoin de parler à l'infirmière. Il s'agit de votre bien-être tout entier. »²⁸⁴* (Lynda, PDG Unjani NPC). Unjani s'est aussi construit une identité visuelle via son logo en forme de croix rouge et bleue qui fait référence à la croix médicale et aux couleurs d'Impérial, entreprise qui a soutenu l'initiative initiale. Ainsi, tous les supports de communication et des uniformes Unjani sont créés selon ce

²⁸¹ Traduit de l'anglais : *“Because if you don't have a file with you, if I want to feel up, I can be because I have not paid and don't have a file so it's more convenient. I don't have to give back the file, I don't have to ask my money back, I can just stand up and go if I feel I don't want to be there..”*

²⁸² Traduit de l'anglais : *“Because we know about stigma, if a person is stigmatised the next time he does not come, and he becomes more ill, because he does not take the medication.”*

²⁸³ Traduit de l'anglais : *“We meet we discuss, and it is a safe place for them.”*

²⁸⁴ Traduit de l'anglais : *“Because the nurses often do social work, people coming to see them with mental issues or just depression, and they just need to talk to the nurse. It's about your entire wellbeing.”*

référentiel. L'ensemble du personnel du NPC est tenu de porter un polo Unjani qui se décline en plusieurs couleurs avec la présence d'un logo Unjani. Les infirmières et leurs assistantes ont respectivement une chemise et une blouse Unjani. Le réseau vise ainsi à intensifier son image de marque et à gagner en notoriété à moindre coût. Après avoir donné un exemple via lequel une pharmacienne a reconnu le logo de son polo et s'est montrée enthousiaste envers Unjani, Rita, comptable du NPC, explique « *C'est aussi une façon de promouvoir notre entreprise. Et ça a l'air sympa cette uniformité, quand on est là dehors, nous faisons tous la promotion d'Unjani. Nous devons aussi tenir compte des coûts.* »²⁸⁵ Au sein des communautés, l'uniforme permet en effet d'accentuer la notoriété de la clinique. Une assistante raconte d'un ton amusé

*« La dernière fois que suis allée au magasin, je portais une veste Unjani et les gens m'arrêtaient. Quand ils vous voient, ils sont 'ohhhh l'infirmière d'Unjani' et ils posent toujours des questions. Ainsi, votre vie n'est plus aussi privée que vous le voudriez ! Lorsque vous marchez dans la rue, vous devez toujours vérifier ce que vous faites. Ils vous regardent de loin! »*²⁸⁶

Ainsi, cette identité visuelle agit comme vecteur de communication auprès de la communauté et semble aussi renforcer le sentiment d'appartenance et de responsabilité que le personnel détient envers sa clinique et le réseau Unjani.

Outre les éléments visuels aux couleurs d'Unjani, la structure innovante de ses cliniques en containers contribue à forger son identité et à se différencier sur le marché. Dans l'esprit des patients, il ne s'agit ni d'une clinique publique ni d'un praticien privé puisque c'est un container ! Afin d'augmenter la notoriété des cliniques et du réseau Unjani, plusieurs supports de communication sont mis à la disposition des infirmières. L'identité organisationnelle Unjani est certes construite à l'initiative de la NPC, mais ce sont en fait les infirmières qui la portent et se l'approprient. Ainsi, la NPC fait peu de marketing pour le réseau Unjani, et s'appuie davantage sur les actions promotionnelles menées localement par chaque infirmière du réseau. Lynda, PDG d'Unjani NPC, explique : « *Les cliniques sont celles des communautés, pas nécessairement de la marque. Nous ne faisons pas de grandes campagnes marketing autour d'Unjani, c'est tout autour des cliniques individuelles que nous en faisons.* »²⁸⁷ Ainsi, chaque clinique gère son propre marketing local afin de se faire connaître et accepter au sein de la

²⁸⁵ Traduit de l'anglais : "It is a way of promoting our business as well. And it looks like nice this uniformity and when we are out there, we are all promoting Unjani. we must look at costs."

²⁸⁶ Traduit de l'anglais : "Last time I went shopping, and I was wearing Unjani jacket, and people were stopping me; When they see you, they are like 'ohhh the nurse from Unjani' and they always ask for questions. So, your life is no longer private as you'd like to be. When you walk in the street you must always double-check what you do. Otherwise they are just watching you from a distance!"

²⁸⁷ Traduit de l'anglais : "it is really about the community clinic, not necessarily about the brand. We don't do big marketing campaigns around Unjani, it is all around individual clinic that we will do."

communauté, ce qui accroît de fait son encastrement local. Même si une certaine flexibilité leur est laissée, les infirmières doivent respecter certaines normes liées à l'identité de marque Unjani et faire valider par la NPC les actions promotionnelles et supports marketing qu'elles envisagent de mobiliser. Lynda explique : « *Parce qu'elles sont rattachées la marque, nous devons approuver tout matériel marketing et cela nous permet généralement de nous impliquer dans ce qu'elles font et si elles ont besoin d'un soutien de notre part. Elles ne peuvent pas faire n'importe quoi.* »²⁸⁸ (Lynda, PDG de la NPC). Il s'agit de s'assurer de l'uniformité de la communication faite au nom du réseau et ainsi garantir la consistance de l'identité de la marque dans chaque clinique, et donc auprès des différentes communautés dans lesquelles elles sont encastrées. Les infirmières ont alors recours à des techniques promotionnelles assez traditionnelles telles que la distribution de flyers ou l'intégration d'encarts publicitaires dans les journaux locaux. En complément, un programme de fidélité Unjani est proposé pour encourager la rétention des clients et récompenser leur fidélité : après 9 consultations effectuées, la 10^{ème} est offerte. Même si cette méthode paraît surprenante pour un service vital lié à la santé, elle semble plaire aux patients. Une affiche informative est disposée dans les salles d'attente Unjani. Néanmoins nous avons pu constater que les patients n'étaient pas tous au courant du programme. Les infirmières ne semblent pas toutes avoir le réflexe de le proposer aux patients même s'il est normalement associé au réseau Unjani et que ce programme semble clé pour d'autres. En effet, Gertrude explique « *Ce n'est pas vraiment un service gratuit, mais c'est une façon de consolider cette relation et de leur dire merci.* »²⁸⁹ (Infirmière Unjani à Johannesburg). En définitive, la marque Unjani permet aux différentes cliniques d'être identifiées et reconnues au sein de leur communauté, mais aussi entre différentes communautés. En effet, l'Afrique du Sud est caractérisée par un fort sentiment d'appartenance communautaire délimité selon les quartiers, c'est-à-dire qu'un quartier précis fait souvent référence à une communauté. L'identité Unjani vise à être reconnue et à transmettre une image de qualité et fiable quelle que soit la communauté et l'infirmière à la tête de la clinique. La marque Unjani étend ainsi les frontières du bouche-à-oreille à l'extérieur d'une communauté donnée.

Néanmoins, le bouche-à-oreille ne repose pas seulement sur la marque Unjani, mais aussi sur les infirmières qui dirigent la clinique. Une infirmière explique : « *La plupart d'entre eux [les*

²⁸⁸ Traduit de l'anglais : "Because they will be attaching the brand, we have to sign off for any marketing material and that generally get us involved in terms of what they are doing and if they need any support from us. They can't just do anything."

²⁸⁹ Traduit de l'anglais : "It is not really about giving them a free service, all you are saying is Thank you. It is not really in a free service, but it is a way of consolidating that relationship and say thank you to them."

patients] viennent ici, parce que certains d'entre eux, quand ils voient mon nom dans le journal, disent : 'Nous allons chez Sister L'. »²⁹⁰ L'ensemble des infirmières est en effet parfaitement intégré à la communauté, si bien qu'elles sont souvent proches de leurs patients. Nomsa explique « *J'aime être perçue comme le membre de la famille et non comme la professionnelle qui est là. Tu peux demander n'importe quoi à une mère. J'aime quand ils sont comme ça parce qu'on se sent membre de la famille.* »²⁹¹ L'engagement des infirmières envers les patients humanise et personnifie la marque Unjani. Unjani n'est plus associée à un réseau, mais à des infirmières engagées et empathiques intégrées au sein des communautés. Novoyo ajoute : « *Les gens ne connaissaient pas Unjani avant, le nom existe parce que nous existons. Et dans ce quartier, quand vous parlez d'Unjani, ils me connaissent. Ils me veulent moi, pas le nom.* »²⁹² Pour Gertrude, ce sont justement les infirmières et leurs personnels qui permettent de se distinguer et de s'affirmer localement :

*«Ils [les patients] viennent jusqu'ici parce qu'ils ont construit des relations. L'élément unique c'est vous Ils ressentent des relations avec vous, ils vous font confiance et ensuite ils viendront, ils se déplaceront parce qu'ils se sentent à l'aise avec vous (...) C'est comme ça que je suis. Je ne me pousse pas à jouer ce rôle. C'est naturel. Et même quand je suis avec mon personnel, nous disons qu'il faut penser aux gens d'abord, c'est pourquoi nous essayons. Parce que c'est l'élément unique qui vous différencie d'une personne à l'autre, d'une clinique à l'autre, d'un membre du personnel à un autre.»*²⁹³

La puissance de l'identité Unjani permet aussi d'attirer de nouvelles infirmières à se joindre au réseau pour lancer leur propre clinique : « *Sister N. [une infirmière] m'a parlé d'Unjani, m'a dit que l'environnement est bon, et j'ai vraiment pensé qu'il était bon.* » Une autre infirmière explique : « *Un de mes collègues m'a parlé d'Unjani. Je discutais avec elle, lui disant que j'adorerais avoir mon propre cabinet, puis elle m'a parlé de la dame avec qui elle travaillait et qui possédait sa propre clinique, Unjani.* »

L'identité d'Unjani se forme aussi par le traditionnel bouche-à-oreille dont les infirmières entrepreneures sont à l'origine. C'est d'ailleurs l'un des principaux vecteurs de recrutement, et

²⁹⁰ Traduit de l'anglais : "Most of them they come here, because, some of them when they see my name in the newspaper they say: 'we are going to Sister L'".

²⁹¹ Traduit de l'anglais : "I like to be perceived as the member of the family not as the professional who is out there. You can ask for anything from a mother. I like it when they are like that because you feel a member of the family."

²⁹² Traduit de l'anglais : "People did not know about Unjani, so the name exists because we exist. And in this area when you talk about Unjani, they know me.(...) They want me not the name."

²⁹³ Traduit de l'anglais : "Sometimes, they come all the way because they've built relationships, it is the unique element that yourself. They feel relationships with you, they trust you and then they will come, they will travel because they feel comfortable with you (...) It's like that, the way I am. I don't push myself to become. It's natural. And even when I am with my staff, we say people first so that it's why we try. Because that the unique element that differentiates you from person to person, from clinic to clinic, from the staff members to another."

c'est ce que la NPC privilégie. Sue, la directrice générale du réseau explique : « *Nous préférons que les infirmières proviennent de recommandations de notre propre réseau. Parce qu'elles connaissent l'infirmière, sa personnalité, elles savent si elle fera en sorte que ça marche.* »²⁹⁴

Enfin, la visibilité et la crédibilité du réseau permettent aux différentes cliniques de s'imposer face à d'autres acteurs de santé tels que les cliniques publiques ou les omnipraticiens privés, et de donner confiance aux populations et aux autres acteurs locaux. Au fur et à mesure que la notoriété d'Unjani grandit, de plus en plus d'acteurs de l'écosystème veulent collaborer avec le réseau. Lynda, PDG de la NPC, explique qu'elle a été contactée par plusieurs entreprises souhaitant sponsoriser des cliniques après avoir constaté que d'autres entreprises étaient impliquées. L'attrait de ces acteurs est ainsi bénéfique au déploiement du réseau qui est encore dépendant des donations. De plus, si la couverture maladie universelle promise par le gouvernement est effectivement mise en place, ce dernier ne travaillera qu'avec des groupes, d'où l'intérêt pour les infirmières de ne pas être isolées et d'être reconnues et légitimes au sein de l'écosystème (Entretien avec Lynda, PDG d'Unjani NPC).

En définitive, l'objectif initial du NPC est de créer une identité organisationnelle qui permette aux patients d'associer Unjani à des cliniques aux soins de qualité à des prix abordables, quelle que soit la clinique du réseau. Unjani permet ainsi de donner confiance aux patients et de gagner en légitimité locale. Même si beaucoup de patients semblent être surtout attachés à l'infirmière plus qu'à la marque, l'image de marque et la notoriété des infirmières semblent interdépendantes et mutuellement bénéfiques à leur acceptation locale.

4.3. Conclusion de l'étude de cas Unjani

Le BM d'Unjani Clinics se caractérise par son réseau de cliniques tenues par des infirmières professionnelles et coordonnées par la NPC Unjani. Cette dernière agit comme un incubateur pour chaque clinique du réseau en les aidant au lancement de leur activité, puis elle leur offre un soutien régulier. Les cliniques sont ainsi uniformisées via la standardisation de la proposition de valeur et des ressources mises à disposition pour la délivrer. Ainsi, la NPC favorise une gestion coordonnée des cliniques qui est favorable à l'atteinte du *Triple Aim*. Enfin, l'identité de la marque Unjani associée, incarnée et portée par les infirmières constitue aujourd'hui la force du réseau et contribue au succès de chaque clinique.

²⁹⁴ Traduit de l'anglais : “ *We prefer that the nurses come from recommendation from our existing network. Because they know the nurse, they know her personality, they would know if she would make this work.* ”

SECTION 5 : ANALYSE DU CAS PHELOPHEPA

5.1. Présentation de Transnet-Phelophepa Healthcare Trains

5.1.1. Historique Transnet-Phelophepa Healthcare Trains et synthèse de son business model

L'initiative Transnet-Phelophepa Healthcare Trains se compose de deux trains médicalisés qui sillonnent l'Afrique du Sud pour proposer des soins de santé primaires et spécialisés aux populations vulnérables.

Suite à l'idée d'une universitaire de la Rand Afrikaans University et la collaboration avec l'entreprise ferroviaire Transnet, le premier train médicalisé a été lancé en 1994, avec trois wagons permettant de délivrer des soins ophtalmologiques. Le train Transnet-Phelophepa Healthcare I s'est progressivement développé pour proposer d'autres services médicaux et compte aujourd'hui 19 wagons. Le modèle a été dupliqué par le lancement d'un deuxième train : Transnet-Phelophepa Healthcare Train II en 2012. Les deux trains parcourent l'Afrique du Sud de manière complémentaire et opèrent ainsi dans l'ensemble des provinces, excepté le Gauteng qui détient très peu d'infrastructures ferroviaires.

Les trains Phelophepa sont gérés par la fondation locale *The Transnet Foundation* associée à l'entreprise ferroviaire et logistique Transnet détenue par l'état sud-africain. La Fondation Transnet est un investissement social d'entreprise dont Transnet est le dépositaire. Il finance cinq programmes majeurs dont un dédié à la santé et incarné par les trains Phelophepa. Cette fondation d'utilité publique a fait de Phelophepa son initiative phare, ce qui lui a valu de recevoir le prix des Nations Unies des services publics en 2008 dans la catégorie « Amélioration de la prestation de services » (Phelophepa/Roche ; Phelophepa/ NP_Rail Techno).

Annexe 11 : Présentation du BM de Phelophepa selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

5.1.2. Focus sur la proposition de valeur de Transnet-Phelophepa Healthcare

La proposition de valeur de Phelophepa se caractérise par la prestation de soins primaires, dentaires, d'optométrie, psychothérapeutiques et par la distribution de médicaments et de lunettes à des prix abordables. En plus des services fournis au sein du train, Phelophepa propose des tests médicaux dans des tentes annexes au train et des programmes de proximité dans des lieux alentours (Phelophepa/NP_SA-Nation ; Phelophepa/Herald).

Les consultations à bord du train sont gratuites et les procédures et les traitements dispensés sont proposés à un prix très abordable (Voir Tableau 24). Même si le montant est faible, Sister Jama de la clinique de soins primaires pense qu'il est important de demander une somme symbolique aux patients : « Ces 5R n'ont rien à voir avec ce qu'ils paient lorsqu'ils vont chez le médecin. Ils paient environ 300R pour un médecin. Je pense que c'est juste quelque chose pour dire 'Ce n'est pas gratuit'. Vous savez, les gens, quand quelque chose est gratuit, ils n'y attachent pas de valeur. »²⁹⁵

Procédures ou traitements en station	Prix en Rands sud-africains	Prix en Euros
Médicaments	R5 par prescription	€0,32
Lunettes	R30 par paire	€1,90
Procédure dentisterie	R10 par procédure	€0,64

Tableau 24 : Prix des soins et traitement proposés par Phelophepa en station
(Source : Phelophepa/Herald; Phelophepa/Flyers)

Tous les services et médicaments dispensés aux enfants de moins de 16 ans et lors des programmes de proximité sont gratuits.

La spécificité de la proposition de valeur de Phelophepa est sa mobilité. En effet, le train se déplace de station en station dans des zones rurales et péri-urbaines durant 36 semaines par an. En restant à quai au moins une semaine par station, il sert près de 70 communautés par an.

Pour cela, Phelophepa emploie 20 personnels permanents par train chargés de la prestation médicale et des tâches logistiques liées au bon fonctionnement du train. Phelophepa s'engage aussi à accueillir des étudiants de plusieurs facultés de médecine en stage, et à embaucher plusieurs personnes des communautés alentours pour soutenir l'opérationnalisation du train à chaque arrêt. Les étudiants sont hébergés au sein du train via des wagons couchettes et les employés locaux se rendent chaque jour à la station (Phelophepa/Foundation web ; Phelophepa/Herald).

5.2. L'étude du business model de Phelophepa

5.2.1. Les stratégies mobilisées dans la dimension découverte de valeur du business model de Phelophepa

Du fait de la mobilité de l'initiative, Phelophepa doit s'adapter aux différentes zones qu'elle dessert et où le besoin des populations est susceptible de varier. Afin d'accroître la

²⁹⁵ Traduit de l'anglais : "These 5R is nothing compared to what they are paying when they go to the doctor. They are paying about 300 R for a doctor. I think it is something just to say: 'It is not free'. You know, people when something is free, they don't attach a value to it."

sensibilisation des patients, d'encourager la reconnaissance des besoins des patients et de co-identifier une solution acceptable avec et pour les patients, Phelophepa développe plusieurs stratégies. En plus de développer des mécanismes de cocréation avec les patients et d'engager des communautés locales, stratégies mises en avant dans les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016), Phelophepa semble élargir ses interactions locales en collaborant avec d'autres acteurs de l'écosystème. Cela lui permet d'ajuster sa proposition de valeur selon les différences régionales et ainsi préparer au mieux son intervention pour délivrer des soins et des programmes de proximité adaptés aux besoins de chaque communauté ciblée.

5.2.1.1. S'appuyer sur les acteurs locaux pour préparer l'arrivée du train en station

Afin de préparer son arrivée en station, Phelophepa se repose sur un « mobilisateur social » nommé dans chaque province où le train opère. Pour chaque station desservie, il forme un comité d'organisation local composé des leaders de différentes parties d'une même communauté qui soient à même de préparer la communauté et les infrastructures nécessaires à l'installation du train. Ce comité peut intégrer toute personne volontaire issue de la communauté et des institutions locales telles que les écoles, les centres correctionnels, les maisons de retraite, les cliniques locales. Il intègre aussi des instances gouvernementales tels que la municipalité locale, le département du travail et le département de la santé.

Concernant la préparation logistique, le comité s'assure que la gare détienne les infrastructures nécessaires à l'installation du train et à l'opérationnalisation de ses activités. Il contacte aussi les cliniques et les laboratoires locaux pour qu'ils acceptent de gérer les déchets médicaux, l'analyse des tests sanguins et les dépistages effectués par Phelophepa. Le comité s'assure aussi de la disponibilité de professionnels de santé locaux auprès desquels les patients pourront être orientés par le personnel si les conditions médicales détectées sont trop complexes pour être traitées dans le train, ou nécessitent un suivi. Ces considérations logistiques relatives aux soins de santé sont gérées en collaboration avec le département de la santé qui, par conséquent, est toujours impliqué dans le comité local (Entretien avec Onke, Manager des opérations, Entretien avec Laurika, mobilisatrice sociale de la province du Western Cape, Phelo/Herald). La préparation logistique conditionne la faisabilité de la proposition de valeur puisqu'elle influence ses modalités de mise en œuvre. Onke, manager des opérations de Phelophepa I explique : « Parfois, on constate qu'une collectivité a un besoin élevé en matière de santé, mais que la gare ne peut pas accueillir le train. Alors on ne peut pas y aller. » Il ajoute :

« Vous devez faire faire une évaluation par le mobilisateur social. Il doit s'y rendre [à la station], avec le bureau du maire et le département de la santé. Il doit nous donner un profil de la communauté pour nous dire combien de personnes il y a, combien de cliniques ou de ressources de santé il y a, et quels sont les défis auxquels ils sont confrontés. Une fois que nous avons ce rapport, nous pouvons décider si nous pouvons y aller. »²⁹⁶ (Onke, manager des opérations de Phelophepa).

L'adéquation des conditions locales aux exigences nécessaires à l'installation du train est ainsi évaluée par le mobilisateur social et le comité d'organisation local dont Phelophepa dépend pour préparer son arrivée et délivrer sa proposition de valeur dans de bonnes conditions.

5.2.1.2. S'appuyer sur un mobilisateur social et un comité d'organisation local pour identifier les besoins locaux, mobiliser la communauté et cibler la sensibilisation

Le comité local est aussi en charge de fournir au personnel de Phelophepa des informations clés sur l'écosystème local et les besoins présents. Une réunion de préparation est ainsi effectuée dès l'arrivée du train dans une nouvelle station. Le mobilisateur social et le comité local dresse un tableau général de la situation locale en présentant les acteurs locaux impliqués et les besoins et caractéristiques propres à la communauté locale. Sur la base de ces informations, Phelophepa ajuste sa proposition de valeur en proposant des services et des messages de sensibilisation adaptés. Dans un périmètre de 60 km, le comité suggère des lieux pertinents où chaque clinique du train peut effectuer ses programmes de proximité selon les besoins identifiés. Par exemple, dans le secteur éducatif, il doit identifier 4 écoles primaires, 2 lycées et 4 écoles maternelles dans lesquels les cliniques de Phelophepa peuvent intervenir (Entretien avec Onke, Manager des opérations Phelophepa). Ce choix peut être effectué selon les conditions médicales prépondérantes ou selon les actions de sensibilisation déjà menées ou planifiées par d'autres acteurs médicaux de l'écosystème local (Phelophepa/Herald). Le lieu choisi dépend aussi de la volonté des structures à héberger le programme et à le préparer. L'efficacité de ce type de programme est ainsi fortement dépendante de la mobilisation des acteurs locaux et de la communauté en amont : *« On peut voir [en consultation] beaucoup de monde si tout est arrangé, et qu'on trouve déjà des gens sur place »²⁹⁷ (Sister P, chargé des programmes de proximité de la clinique santé).* Dans le cas de la clinique optique, les interventions en écoles

²⁹⁶ Traduit de l'anglais : "You need to have an assessment done by the social mobiliser. They have to go there, with mayor office and department of health they need to give us a profile of the community to say how many people are there how many clinics or healthcare resources are there, and what are the challenges that they face. Once we have that report, we can take the decision whether we can go."

²⁹⁷ Traduit de l'anglais : "You can see a lot of people if everything is arranged, and you find people already there."

nécessitent la collaboration des enseignants. Lebo, une opticienne du train explique : « *Il est nécessaire que les écoliers aient été identifiés au préalable. Nous n'avons pas le temps d'examiner tous les enfants, et il ne faut surtout pas demander 'Qui a mal aux yeux ?', car ils voudront tous des lunettes !* »²⁹⁸ Ainsi, les enseignants adressent en priorité les enfants qui montrent des signes de fatigue oculaire, se grattent les yeux ou sont toujours au premier rang. Le rôle du comité local et du mobilisateur social est donc de mobiliser les acteurs locaux et les communautés en amont de l'arrivée du train, pour faciliter le choix et la prestation des soins délivrés par Phelophepa.

De plus, Phelophepa cible ses actions de sensibilisation et de prévention selon les problèmes dominants des provinces desservies. Dans le Western Cape, elles portent surtout sur la consommation abusive d'alcool, car la région est confrontée au syndrome d'alcoolisme infantile causé par la consommation d'alcool pendant la grossesse (Entretien avec Jama, Manager de la clinique santé). Phelophepa se repose aussi sur les informations spécifiquement transmises par le comité. Lors de la réunion de lancement de la station Oudtshoorn, le membre du comité du centre correctionnel a par exemple souligné la nécessité de mettre l'accent sur la gestion du stress et/ou sur la gestion des compétences parentales lors des séances de sensibilisation en psychologie (Observation non participante, réunion de lancement à la station d'Oudtshoorn). Les retours des leaders du comité sont effectués d'après leur propre perception et leur propre expertise, mais aussi sur la base de leurs échanges avec la communauté.

Les informations fournies par le comité sont donc précieuses à Phelophepa pour comprendre la situation locale et s'adapter aux besoins des communautés auprès desquelles le train opère.

5.2.1.3. *Relayer l'identification des besoins locaux à l'ensemble du personnel du train par des sessions d'orientation*

Outre l'adaptation même de la proposition de valeur des cliniques et de leur programme de proximité, l'information transmise par le comité donne des clés aux managers pour fixer leurs objectifs et orienter leurs équipes. Chaque manager de clinique ou chargé de programmes de sensibilisation anime une session d'orientation à chaque station pour son personnel permanent, ses étudiants et son personnel local. L'objectif est d'impliquer tout le personnel et que chacun soit en mesure de savoir et de comprendre ce que l'on attend de lui pour répondre aux besoins des patients. Cette dimension est encore plus importante pour les étudiants qui sont encore en

²⁹⁸ Traduit de l'anglais : "It is necessary that the learners have been identified beforehand. We don't have time to screen all the children for eye conditions and we don't have to ask : 'who has eye pain?' because they will all want glasses !"

formation, et qui, pour la plupart, n'ont jamais eu d'expérience avec des populations démunies. Le personnel détient ainsi une mission de formation auprès des étudiants stagiaires. Sister Jama explique : « *Les étudiants sont ici pour des raisons pratiques. À l'école, on leur donne de la théorie, mais ici, nous leur donnons de la pratique, alors la plupart du temps, c'est du mentorat. Nous les encadrons et les soutenons. Nous les éduquons.* »²⁹⁹ Leurs orientations sont ainsi une première étape à la mission de tutorat qu'ils ont envers les étudiants.

Ces stratégies associées à la découverte de valeur reposent ainsi sur un nombre varié d'acteurs locaux qui contribuent directement à l'ajustement de la proposition de valeur selon les besoins identifiés à chaque station.

5.2.2. Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du business model de Phelophepa

Comme le suggèrent Angeli et Jaiswal (2016) l'implication du patient permet d'améliorer la proposition de valeur. Néanmoins, d'autres acteurs de l'écosystème sont tout autant à prendre en compte. En continuité de leur rôle dans la découverte de valeur, le mobilisateur social et le comité d'organisation peuvent être des alliés pour satisfaire au mieux les patients.

5.2.2.1. Favoriser l'implication continue des patients, mais aussi des acteurs locaux et du personnel médical pour ajuster la proposition de valeur

Comme l'ont souligné Angeli et Jaiswal (2016), engager le client présente l'intérêt d'ajuster la proposition de valeur selon ses retours d'expérience. Dans cette optique, Phelophepa effectue des études de satisfaction auprès des patients et sollicite des retours de la part des leaders du comité local qui les récoltent auprès des patients à l'issue des sessions de sensibilisation. La plupart du temps, lorsque les patients souhaitent donner leur avis, ils le communiquent directement au personnel médical. Ils expriment surtout leur gratitude de pouvoir recevoir des soins de qualité à moindre coût et/ou leur déception de voir que le train reste si peu de temps en station.

Les acteurs locaux engagés dans les programmes de sensibilisation et les membres du comité local donnent aussi leurs retours à Phelophepa. Ils donnent leur évaluation des programmes

²⁹⁹ Traduit de l'anglais : “*Students are here for practical purposes. In school they are given theory but here we are giving them practical so most of the time it is mentoring. We are mentoring and supporting them. We are educating them.*”

effectués par Phelophepa ou des manquements qu'ils ont pu remarquer durant ou en amont de la prestation. Ainsi, Phelophepa peut s'adapter en conséquence.

Par ailleurs, l'ajustement de la proposition de valeur est effectué à l'initiative des managers des différentes cliniques du train en fonction des besoins de leurs cliniques. Par exemple, la clinique de psychologie tend à multiplier ses interactions avec les patients qui sont peu sensibilisés aux bienfaits d'un soutien psychologique ou d'un suivi psychothérapeutique. Claudie, manager de la clinique de psychologie explique :

« Les gens ne semblent pas vraiment comprendre la valeur d'un suivi psychologique ou de la thérapie. Pour eux, c'est pour les fous. Nous travaillons donc toujours sur cette question. Nous avons ces supports d'informations là-bas ; et ce que nous faisons, c'est que tous les matins, mes traducteurs et mes enfants [les étudiants stagiaires] vont partager l'information avec les patients qui se trouvent ici. »³⁰⁰

La proposition de valeur de la clinique psychologique est donc fortement ciblée sur l'éducation des patients qui est surtout faite en dehors de la clinique auprès de ceux qui attendent pour être dirigés vers d'autres cliniques. Il est aussi très fréquent que la clinique « santé » dirige des patients vers la clinique psychologique, en constatant la condition de certains patients qui n'ont en fait pas l'idée de solliciter un soutien psychologique.

L'ajustement intra-clinique est aussi fonction de l'évaluation que les managers font de l'activité de leur clinique et de leurs équipes. Sur la base d'un bilan journalier, ils fixent le nombre de patients à recevoir le jour suivant et mettent en avant des axes d'amélioration. L'objectif est d'améliorer les soins délivrés tout en encourageant les étudiants à progresser. Thabiso, le manager de la clinique dentaire explique la nécessité de tenir compte de la performance des étudiants dans la détermination des objectifs :

« Il y a beaucoup de choses à prendre en considération. Le dynamisme des étudiants : comment fonctionnent-ils ? À leur rythme ? Selon leur établissement, ils doivent voir un patient pendant deux heures. Quand ils arrivent ici, vous ne pouvez pas vous attendre à ce qu'ils voient un patient toutes les 30 minutes le premier jour. Alors, le jour 1, ce sera leur sens d'adaptation, le jour 2, ils s'accordent et accordent leur rythme avec moi, puis le jour 3, ils commencent à travailler comme nous pouvons le faire ici et ils se motivent aussi parce qu'ils n'ont jamais cru pouvoir voir un patient en 30 minutes. »³⁰¹

³⁰⁰ Traduit de l'anglais : "People don't really seem to understand the value of receiving counselling or therapy. For them it is for mad people. So, we are still working on that issue. We've got this information there and what we do is that every morning, my translators and my children they go, and they share the information to the patients that are sited here."

³⁰¹ Traduit de l'anglais : "There are a lot of things to take into consideration. Students dynamism: how do they work? How their pace? Considering the institution, they have to see one patient two hours. When they get here you can't expect them to see one patient per 30 minutes on day 1. So, Day 1 it will be that sense of adjustment,

Puisque les étudiants gagnent en capacité et en productivité au fil des jours passés au sein du train, les managers revoient généralement leurs objectifs à la hausse afin de traiter davantage de patients par jour. Jolande résidente permanente en pharmacie explique : « *Cela dépend des étudiants, de la vitesse à laquelle ils peuvent travailler. Vous voyez surtout que la première semaine se passe lentement et puis la deuxième semaine tout le monde est calme, ils savent quoi faire, et les choses vont vite.* »³⁰² L'amélioration des étudiants influence donc beaucoup la prestation du service et l'atteinte des objectifs opérationnels en station. Thelma souligne ainsi l'importance d'encourager leur autonomie tout en restant attentif à leur travail « *S'il y a beaucoup d'erreurs que nous observons, s'il y a quelque part où ils sont déficients, nous organisons une réunion et nous en discutons et nous décidons de la façon dont nous allons nous y prendre.* »³⁰³ L'ajustement effectué ne concerne pas seulement la prestation de soins, mais aussi la mission de formation des étudiants. A cet égard et dans un objectif d'amélioration continue, les institutions et leurs étudiants sont sollicités pour faire un retour de cette expérience à Phelophepa à la suite de leur stage.

Enfin, sur la base de leur expérience, des retours de leur personnel et des différents acteurs associés aux activités du train, tous les managers résidents doivent remplir un rapport par station qui sera mobilisée pour ajuster la proposition de valeur l'année suivante. Cela permet ainsi de déterminer la route de chaque train, le choix des stations desservies, et la durée effectuée en station.

5.2.2.2. *Impliquer la communauté locale pour ses rôles variés, preuve d'un engagement envers le développement inclusif*

Phelophepa ne limite pas ses interactions avec la communauté locale et aux soins dispensés aux patients, mais intègre des membres de la communauté comme personnel temporaire. Dans chaque gare, Phelophepa embauche la population considérée comme vulnérable, principalement des jeunes sans-emplois, à des postes opérationnels peu qualifiés. Il existe une équipe ménage en charge du nettoyage et de la plonge, une équipe traduction en charge de la traduction et de l'orientation des patients, et une équipe maintenance composée de « *strong men* »³⁰⁴ en charge de l'installation et la maintenance des équipements extérieurs. Des postes

Day 2 they just accord and pace themselves according me, and then Day 3 they start working like we can do here, and they also get motivated because they never believed they could see one patient in 30 minutes."

³⁰² Traduit de l'anglais : "It depends on the students, how fast they can work. You mostly see the first week goes slow and then the 2nd week everyone is quiet, they know what to do, then things go fast."

³⁰³ Traduit de l'anglais : "If there are a lot of mistakes that we observe, that there is somewhere they are lacking then we call in a meeting and we discuss it and we come up to the way for how we are going to do."

³⁰⁴ Appellation utilisée par le personnel de Phelophepa et le mobilisateur social

médicaux de soutien sont aussi attribués à des infirmières locales retraitées qui s'occupent des tests de dépistage effectués dans les tentes annexes. Ainsi, Phelophepa contribue à l'amélioration de leur bien-être, en référence à la définition du développement inclusif de George et al. (2012). Cette démarche est d'autant plus importante dans ce type d'initiative à court terme qu'elle élargit les impacts engendrés sur l'écosystème. Cette création d'emplois offre ainsi à la communauté des revenus supplémentaires qui sont bénéfiques à l'amélioration de leurs conditions de vie. Warren, un « *strong man* » explique : « *Ça me donne une meilleure vie, parce que l'argent que je gagne en travaillant ici, ça m'aide à la maison. Je le donne à ma mère, elle achète de la nourriture, ou quelque chose dont tu as besoin à la maison.* »³⁰⁵ Cet emploi temporaire procure aussi des avantages durables tels que des connaissances et des compétences pouvant être valorisées par la suite. Un traducteur à la clinique dentaire explique les bénéfices de cette expérience :

*« J'apprends beaucoup de choses ici, le respect de tous les gens, la plupart des gens ne comprennent pas facilement donc vous devez être patient quand vous parlez aux personnes âgées, les autres vous devez rester calme (...) Aussi, j'apprends beaucoup de choses sur les soins dentaires, vous voyez je ne savais rien, mais maintenant que je fais les programmes de proximité j'apprends beaucoup. »*³⁰⁶

Travailler temporairement pour Phelophepa agit aussi niveau social. Une jeune traductrice explique avec enthousiasme : « *Je connais beaucoup de gens ici, et je me suis fait beaucoup de nouveaux amis, pas toujours des amis, mais quelqu'un que tu connais. Tout le monde connaît mon nom ici dans le train !* »³⁰⁷ Une autre traductrice témoigne son ressenti : « *Je suis une personne très ouverte et amicale, je suis si heureuse d'avoir rencontré plus de gens. Cela m'a donné l'occasion maintenant d'atteindre plus de gens et de voir des gens différents, de rencontrer des gens !* »³⁰⁸

Le développement inclusif associé à l'embauche des membres vulnérables de la communauté est aussi un moteur pour redonner confiance aux populations locales, qui sont souvent sans emploi depuis un long moment. Roslyn, traductrice explique : « *Je voulais être travailleur*

³⁰⁵ Traduit de l'anglais : "it gives me better life, because the money that I earn for working here, it helps me at home. I give it to my mum, she bought some food, or something you need in house."

³⁰⁶ Traduit de l'anglais : "I learn a lot of things here, the respect of all the people... most people they don't understand easy, so you have to be patient when you talk to old people, others you must cool down (...) Also, I learn a lot about dentistry, you see I did not know a lot of things about this, but now because I am doing outreach I learn a lot."

³⁰⁷ Traduit de l'anglais : "I know a lot of people here, and I've made a lot of new friends, not always friends but someone you know. Everyone knows my name here at the train!"

³⁰⁸ Traduit de l'anglais : "I am a very open and friendly person I am so happy that I met more people. It gave me the opportunity now to reach out more people and see different people, meet people."

*social. Et ce que je vois maintenant, la connexion entre moi et les gens, je vois que je peux le faire. Ça fait de moi une personne forte. Le changement ? Je suis devenue plus forte. »*³⁰⁹

L'emploi du personnel local montre ainsi l'engagement de Phelophepa de donner des opportunités à des personnes désavantagées de l'écosystème, ce qui ne limite pas sa proposition de valeur à la seule prestation de soins, mais l'étend à la création d'emplois inclusifs.

En définitive ; l'implication de plusieurs membres de l'écosystème permet d'obtenir des informations sur les besoins locaux en amont, mais aussi pendant la période d'opérationnalisation du train. Ainsi, la proposition de valeur se construit et s'ajuste grâce à plusieurs acteurs internes et externes à Phelophepa dont la collaboration varie selon les cliniques du train. L'inclusion des populations vulnérables semble alors étendre le périmètre de la proposition de valeur.

5.2.3. Les stratégies mobilisées dans la dimension création de valeur du business model de Phelophepa

5.2.3.1. Mobiliser des technologies médicales et logistiques innovantes

Phelophepa se caractérise par sa structure en forme de train médicalisé. Il abrite un équipement médical complet permettant au personnel d'effectuer les procédures de chaque clinique dans un espace restreint. Depuis 2015, le train est équipé de machines d'imagerie thermique tactile médicale permettant d'effectuer des dépistages tels que la détection du cancer du sein (Phelophepa/NP_Nomade Africa). Du matériel informatique est aussi disponible au sein de chaque clinique en support à la prestation de soin. Aussi, l'ajout d'un wagon dédié aux chirurgies oculaires est aujourd'hui envisagé. Il nécessiterait alors l'ajout de nouveaux équipements technologiques médicaux.

Néanmoins, la technologie utilisée ne concerne pas seulement les équipements médicaux, mais aussi l'infrastructure elle-même. Pour le confort du personnel résident, des machines à laver sont à disposition dans le wagon buanderie et les chambres sont équipées d'un mini-frigo et d'un téléviseur. Afin de supporter l'ensemble de ces équipements, le train détient un wagon électrique et les roues motrices produisent de l'électricité pour l'éclairage et l'eau chaude. Pour supporter le besoin d'énergie en station, Phelophepa est munie d'un générateur (Phelophepa/NP_SA-Nation). Colin, manager logistique explique :

³⁰⁹ Traduit de l'anglais : "I wanted to be a social worker. And what I see now, connection between me and people, I see I can do it. It makes me a strong person. The change, I became stronger."

« Les changements, c'est plus dans l'évolution de la technologie, le train avance et s'améliore. Nous pourrions utiliser d'autres procédés d'ingénierie, nous pouvons utiliser des technologies pour améliorer les choses. Chaque année, au début, nous avons l'habitude de nous réunir autour de la table pour discuter et dire ce que nous aimerions changer et ce que nous pouvons améliorer. Ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas bien. Et c'est ainsi que nous construisons le train tel qu'il est aujourd'hui. »³¹⁰

Ainsi, la technologie est adaptée à la mobilité du train qui doit être en mesure d'héberger le personnel permanent et de proposer des prestations de soins de qualité par des équipements adaptés et une certaine autonomie d'énergie.

5.2.3.2. *Se focaliser sur le personnel médical par un modèle de soins primaires et le recrutement d'un personnel engagé*

Phelophepa est basé sur un modèle de soins primaires, c'est-à-dire que les soins ne sont pas dispensés par des médecins, mais par des infirmières professionnelles détenant un certificat de soins primaires. Des infirmières retraitées et des étudiants viennent aussi en appui au personnel permanent à chaque station où le train opère. Ainsi, toutes les consultations et les traitements de base peuvent être effectués au sein du train. Cela permet de pallier le manque de médecins et de réduire les coûts en ressources humaines médicales.

La mobilité de l'infrastructure et le niveau de pauvreté des patients ciblés nécessitent que le personnel permanent fasse preuve d'une capacité d'adaptation professionnelle et personnelle importante. Le personnel doit être en mesure d'exercer dans un espace restreint et de gérer l'asymétrie d'informations avec les patients. Jolande, pharmacienne résidente explique : *« Nous ne traitons pas les patients à long terme, donc nous n'avons pas de dossier de patients ou quoi que ce soit d'autre. Nous ne pouvons compter que sur les antécédents médicaux que les patients nous fournissent. »³¹¹* Être résident permanent de Phelophepa signifie aussi vivre 9 mois de l'année en collectivité dans un espace restreint et éloigné de ses proches. Ainsi, la politique de ressources humaines se concentre beaucoup sur la personnalité des candidats, leur capacité à évoluer au sein du train et à s'investir pleinement envers les patients (Entretien avec Onke, manager des opérations, Entretien avec Claudie, Manager de la clinique Psychologie). En effet, la forte demande nécessite un niveau de productivité permettant de soigner un nombre

³¹⁰ Traduit de l'anglais : *“Talk about changes it is more in technology evolve, the train going and getting better. We might use other processes of engineering, we may use technologies to make things better. Every year, in the beginning we use to all set around the table and discuss and say what we would like to change and what we can improve. What else does work well and does not work well. And that is how we build up the train the way it is now.”*

³¹¹ Traduit de l'anglais : *“We are not treating the patients for a long-term, so we don't have patients file or anything. So, we can only go through the history the patients provide.”*

minimum de patients par jour. Chaque jour, un nombre de patients à traiter est déterminé, si bien que le train ne ferme qu'une fois le dernier patient reçu selon ce nombre fixé en amont. Les horaires effectués sont donc souvent étendus, notamment lorsqu'il s'agit d'une station très fréquentée. Cela demande un fort investissement de la part du personnel médical. Une optométriste, résidente du train depuis 5 ans, explique :

« Ce que j'aime le plus dans ce métier c'est de rendre heureux les gens. Tu fais des lunettes à quelqu'un, tu lui mets et enfin il réalise qu'en fait il peut voir ! Il ne se savait pas que c'était possible. Les gens pleurent, crient, rient ! (...) J'ai vraiment l'impression d'être utile et puis je suis en contact avec les gens, alors que dans un labo tu fais juste les lunettes et puis c'est tout. »³¹²

La satisfaction et le dévouement du personnel à servir les communautés démunies semblent ainsi être une source de motivation indispensable pour accepter les conditions de travail assez intenses de Phelophepa. Cela semble d'autant plus important que travailler au sein de Phelophepa appelle à faire des sacrifices personnels.

La séparation entre la sphère professionnelle et la sphère personnelle au sein du train est quasi nulle. Le personnel doit ainsi détenir un sens du travail d'équipe et de la vie en collectivité. Par conséquent, il est parfois plus facile de recruter d'anciens étudiants ayant déjà fait leurs preuves et connaissant les défis relatifs à la vie au sein du train et l'investissement que cela requiert. Claudie explique :

« Ils examinent les gens potentiels dans les gens qui connaissent le train, qui sont venus ici parce que ce travail exige un type de personne qui comprend la vision. Mais ce n'est pas qu'une question de compréhension, la personne doit aussi prendre part à cette vision. »³¹³

Même si plusieurs managers et résidents sont d'anciens étudiants du train, avoir une expérience précédente dans le train n'est pas un prérequis nécessaire au recrutement. Il s'agit surtout de comprendre les valeurs et la philosophie du train.

L'implication que requiert le travail médical au sein du train justifie l'attention particulière que Phelophepa porte au recrutement de son personnel médical, et plus particulièrement à l'évaluation de sa capacité à s'adapter et à adhérer à la vision de Phelophepa. Néanmoins, la

³¹² Traduit de l'anglais : "What I love most about this job is making people happy. You make someone glasses, you put them on and finally he realises he can actually see! He didn't know it was possible. People cry, scream, laugh! (...) I really feel like I'm useful and then I'm in contact with people, whereas in a lab you just make the glasses and that's it."

³¹³ Traduit de l'anglais : "They look at potential people to see if people who know the train who has been here because this job requires a type of person who has an understanding about the vision. But not only about the understanding, but who can be part of the vision."

prestation des soins se repose aussi sur le personnel non médical qui de fait mérite aussi l'attention de Phelophepa.

5.2.3.3. Se focaliser aussi sur le personnel non médical pour faciliter la prestation des soins

Phelophepa se repose aussi sur un personnel non médical qui gère l'ensemble des activités dites logistiques, car elles instaurent de bonnes conditions de vie à bord du train. Le personnel du wagon cuisine, composé d'un personnel permanent et d'apprentis cuisiniers, s'occupe des repas pour l'ensemble du personnel permanent et le déjeuner du personnel local. Il contribue directement au bien-être du personnel, qui souligne d'ailleurs la qualité des repas proposés. Le manager logistique et financier s'occupe du paiement des travailleurs locaux, et des approvisionnements quotidiens. Enfin, une équipe de sûreté est chargée d'assurer la sécurité du train et de son personnel.

Le personnel non médical issu de la communauté locale joue aussi un rôle important dans la prestation de service. Son recrutement est certes moteur de développement inclusif, mais il contribue aussi à la prestation de services de santé de qualité à moindres coûts. Il constitue une main-d'œuvre relativement bon marché qui encourage l'accessibilité financière et sociale du service. L'équipe ménage et de maintenance assure la propreté et l'organisation des lieux, et les traducteurs facilitent la communication avec les patients. Ainsi, ils apportent un soutien aux professionnels de santé permanents qui bénéficient alors de meilleures conditions de travail et peuvent se concentrer sur les tâches purement médicales. Cela donne aussi une certaine flexibilité à Phelophepa qui peut adapter le nombre d'employés locaux embauchés selon le besoin estimé en station. Enfin, l'intégration de la communauté à l'activité contribue aussi à encourager les interactions avec les patients et à améliorer l'acceptation et la légitimité locale de Phelophepa, ce qui est d'autant plus crucial dans un pays où les cultures régionales sont très fortes. Dans cette optique, le personnel Phelophepa doit prendre en compte les différences socioculturelles dans la gestion de ses relations interpersonnelles avec les patients, et parfois même au sein du train.

5.2.3.4. Intégrer les différences socioculturelles et favoriser une prestation de service équitable

Travailler au sein de Phelophepa nécessite aussi une certaine ouverture culturelle du personnel qui doit être en mesure d'opérer dans plusieurs provinces. L'Afrique du Sud comptant 11 langues officielles, Phelophepa privilégie le recrutement de personnes pouvant parler l'anglais

et au moins deux autres langues locales afin de faciliter la communication avec les patients et acteurs locaux des différentes provinces (Entretien avec Onke, manager des opérations, Entretien avec Laurika, Mobilisateur Social Western Cape). Cette mobilité interprovince nécessite aussi l'acclimatation du personnel aux différences interrégionales. Sister P.O. explique :

« Cela a changé ma façon de voir les gens parce que j'ai affaire à une culture différente, contrairement à l'époque où j'étais encore dans ma propre province, j'avais affaire à des gens de ma propre culture. Ici, dans le train, on a affaire à une culture différente, donc j'ai changé, j'ai appris à m'adapter. Ok, ce genre de personnes, c'est comme ça qu'on les traite, c'est comme ça qu'on les gère. »³¹⁴

Ainsi, la gestion interculturelle des relations interpersonnelle est importante pour une initiative mobile qui sillonne des provinces culturellement marquées et différenciées pour fournir des soins de santé où la cocréation est indispensable à la prestation de service.

Par ailleurs, certains ajustements sont mis en place pour servir une population caractérisée par ses faibles ressources financières et son accès limité à l'éducation. Ainsi, la pharmacie utilise par exemple des pictogrammes sur les médicaments pour surmonter l'illettrisme et les barrières de langages. Les traducteurs employés temporairement œuvrent aussi en ce sens. Outre leur travail de traduction, ils complètent les fiches d'information des patients qui ne sont pas toujours en mesure de lire ou d'écrire et les assistent le long du processus de soin. S'adapter socioculturellement signifie aussi traiter les patients équitablement, quel que soit leur origine ou leur milieu social. Thelma, manager en optométrie, explique : « Nous *ne jugeons pas, nous traitons les uns les autres de manière égale.* » Elle ajoute ensuite l'intérêt de ne pas faire de distinction entre les patients afin que quiconque puisse accéder au service :

« Ils [les patients du Lesotho] ont besoin du service, ils n'en n'ont pas dans leur région, et ils ont fait le nécessaire pour venir jusqu'ici, jusqu'au service qui est destiné à tous ceux qui réussissent à venir. Quand ils annoncent le train, ils disent : premier arrivé, premier servi ; celui-ci est venu en premier, mais ils ne seraient pas servis en premier parce qu'il y a quelqu'un qui prétend être un Sud-Africain, le bénéficiaire légitime de ce train ? Ce ne serait pas juste. C'est le même genre de dilemme avec les travailleurs et les chômeurs. »³¹⁵

³¹⁴ Traduit de l'anglais : "It changed the way I stand people because I deal with different cultures, unlike when I was still in my own province, I was dealing with people from my own culture. Here in the train, you deal with different cultures, so I have changed, I have learnt to adapt. OK, these kinds of people this how you treat them this is how you deal with them."

³¹⁵ Traduit de l'anglais : "We do not judge, we treat each other equally. (...) They need the service, they would not have the service in their area, and they made means come to the service, which was meant for anybody who manages to come. When they advertise the train, they say: first come first served; this one came first but they would not be served first because there is someone who claims to be a South African, the rightful beneficiary of this train, that would not be fair. It is the same kind of dilemma with workers and the unemployed."

Toute personne se présentant au train peut ainsi être reçue et doit être traitée avec respect. C'est d'ailleurs ce que le personnel essaie d'inculquer à ses étudiants. Une optométriste insiste « *Ce n'est pas nécessaire de porter tout le temps des gants et des masques, les patients ne puent pas ! Oui il faut en mettre quand ils toussent beaucoup, mais sinon il faut les considérer comme normaux.* »³¹⁶ (Session d'orientation des étudiants de la clinique d'optométrie).

La prise en compte des différences socioculturelles et le traitement équitable des patients facilitent alors les interactions du personnel avec les patients qui sont indispensables à une prestation de service de qualité et contribuent à améliorer l'accessibilité globale du service.

5.2.3.5. *Intégrer le personnel à une vie collective régie par des règles de base et une bonne cohésion interne*

De bonnes relations interpersonnelles sont nécessaires à la création d'une bonne atmosphère de vie et de travail au sein du train. Cela affecte de fait le bien-être du personnel et la qualité du service fourni. Colin, manager logistique depuis la création du train, soit plus de 25 ans, décrit les qualités nécessaires à avoir pour travailler au sein du train : « *Tu dois être ouvert, honnête, tu dois avoir des relations interpersonnelles. Vous ne pouvez pas venir travailler ici avec l'attitude de 'peu importe ce qu'il arrive'. Tu rencontreras toujours des problèmes imprévisibles avec ces choses qui arrivent.* »³¹⁷ Afin d'instaurer le respect mutuel entre les membres du personnel et pour maintenir une vie collective fluide, des règles de vie sont instaurées. Il s'agit surtout de limiter le bruit et de respecter les horaires. En effet, les heures de lever et repas sont prévues à heures fixes, en concordance avec les activités professionnelles du train et le rythme des jours de repos. Toute personne interagissant avec le train, personnel permanent ou non, doit se conformer à ces règles. Outre le bon fonctionnement des activités, elles contribuent à la formation d'une certaine routine interne diminuant les sources de stress et la création de situations conflictuelles.

La proximité des résidents joue aussi un rôle clé dans la création d'une ambiance bénéfique au bien-être du personnel et une prestation de service de qualité. Il existe ainsi une forte cohésion entre les membres du personnel. Keidji, optométriste depuis 5 ans dans le train explique : « *Les gens du train c'est comme une famille (...)* Quand tu es dans le train, ta maison te manque, ta

³¹⁶ Traduit de l'anglais : "It is not necessary to wear gloves and masks all the time, patients do not stink! Yes, you have to use it when they cough a lot, but otherwise you have to consider them as normal."

³¹⁷ Traduit de l'anglais : "You have to be open, honest, you must have interpersonal skills. You can't come work here with the attitude of "no matter what happens.". You always gonna have the issue with those things that happen."

famille te manque ; mais quand tu reviens et que tu vois que tout le monde va bien, le train te manque, ta petite chambre te manque ! »³¹⁸ La plupart du personnel résident fait ainsi référence au train comme une grande famille. Cette cohésion est souvent créée naturellement via la collaboration professionnelle requise pour délivrer les soins de santé, mais elle est aussi encouragée. Même s'il est peu actif, car les sorties s'organisent assez naturellement, il existe par exemple un groupe social du train chargé d'organiser des activités durant les jours de repos. Aussi, des rituels sociaux ont été instaurés afin de réunir le personnel de manière plus informelle. Par exemple, la veille du départ de chaque station, le personnel se retrouve pour un dîner spécial comme un *Braii* (un barbecue traditionnel) ou un *Potjiekoo* (un ragoût préparé en plein air). C'est un moment de partage apprécié de tous qui permet plus de convivialité.

Même si le personnel semble engagé et qu'il existe une cohésion favorable à la prestation de service de qualité, Transnet a mis en place un système d'incitations et de contrôle. L'objectif est de maintenir la qualité des soins dispensés et l'implication du personnel dans l'atteinte d'objectifs opérationnels. Il s'agit de compenser les sacrifices que les employés résidents font pour travailler au sein du train tout en leur apportant une source de motivation.

5.2.3.6. *Maintenir l'engagement du personnel via un système de suivi, d'incitations, et de contrôle*

Les résidents bénéficient d'un salaire généreux et d'avantages en nature tels que la prise en charge de leur nourriture et leur hébergement au sein du train. Ils ont aussi droit à plusieurs longs week-ends hors du train dont le transport est payé par Transnet et pendant lesquels ils peuvent rejoindre leur proche. Enfin, le personnel permanent bénéficie d'un système de compensation basée sur une prime annuelle et des bonus en fonction des résultats de leur clinique et de leur performance personnelle. Chaque employé permanent s'évalue lui-même via une grille d'évaluation, puis est évalué par son manager direct. Claudie, manager de la clinique psychologie explique la nécessité de créer un dossier prouvant ce qu'elle a achevé. Il s'agit d'une compilation d'informations sur plusieurs éléments que Claudie explique :

« le nombre de personnes que je vois, nombre d'étudiants que j'ai, les rapports que j'écris sur mes étudiants, si j'obtiens des retours qui améliorent mon établissement et aussi si j'ai des retours du travail que nous faisons avec le comité local. Si j'ai des retours, je dois aussi les

³¹⁸ Traduit de l'anglais : "The people on the train are like a family (...) When you are in the train you miss home, you miss your family, but when you come back and you see that everyone is fine, you just miss the train, you miss your little room!"

*mettre dedans. Ce dossier leur dit ce que j'ai fait. Je ne dirais pas que c'est une preuve à 100% de la présentation du travail que je fais, mais c'est le critère. »*³¹⁹

Transnet décide donc de l'attribution d'un bonus et de son montant en fonction de ce dossier, de l'évaluation effectuée par le manager, et du nombre de patients reçus dans la clinique à laquelle l'employé appartient. En complément, dans un objectif d'amélioration continue et de transparence, Transnet sollicite régulièrement le manager général du train et les managers des différentes cliniques afin d'avoir des comptes rendus d'activités. Cette évaluation du personnel agit aussi comme un moteur de développement des compétences professionnelles internes. Si un employé présente une défaillance sur un thème donné ou s'il justifie de l'intérêt d'acquérir de nouvelles compétences, il peut faire une demande de formation auprès de Transnet. Par exemple, l'ancien manager de la clinique de psychologie a reçu une formation en management quand il a pris le poste, car il n'avait encore jamais été en charge d'une équipe.

Malgré ces systèmes d'incitations et de développement, il existe un *turnover* assez élevé au sein du personnel permanent du train, si bien que les contrats de travail sont exclusivement des CDD³²⁰ d'un an, et qu'habituellement, seule la moitié du personnel permanent renouvelle son contrat. La raison principale de ce choix est liée aux conditions de travail intenses et à la nécessité d'être éloigné de sa famille.

En coordination avec le système d'incitations et développement du personnel, un système de monitoring vise à mesurer la performance des différentes cliniques du train. Un nombre minimal de patients à recevoir est fixé pour chaque station et pour chaque clinique du train. Ce nombre est ajusté chaque année en fonction de l'activité en station et des retours d'expérience du personnel, du mobilisateur social et des comités d'organisations. Alors que cet objectif chiffré peut paraître contraignant, il agit comme une source de motivation pour les personnels. Le manager de la clinique dentaire précise : « *Je choisis comment nous atteignons ces cibles (...) Nous ne regardons pas les cibles ou les chiffres. Nous examinons le nombre de personnes que nous pouvons aider.* »³²¹ Chaque manager chargé de la gestion de cet objectif auprès de son équipe doit ensuite faire un rapport à Transnet. Les objectifs constituent un seuil minimal à atteindre et constituent une source de motivation pour les surpasser. Une opticienne permanente

³¹⁹ Traduit de l'anglais : "Number of people I see, number of students I have, the reports that I write about my students, if I get feedback that grow my institution, also If I get feedback from the work that we do with the local committee. If I got feedback, I also have to put that in there. So that file, it tells them. I would not say it is 100 % proof of the presentation of the work that I do but that's the criteria."

³²⁰ Contrat à durée déterminé

³²¹ Traduit l'anglais : "I chose how we reach these targets (...) We don't look at targets or numbers. We look at the number of people that we can help."

explique « *Ce n'est pas que nous ne nous soucions pas des cibles [les objectifs quant au nombre de patients reçus], mais c'est que nous n'avons pas à nous inquiéter parce que nous savons que nous allons atteindre les cibles.* »³²² La facilité à atteindre ces objectifs diffère selon les cliniques dont la demande varie. Néanmoins, elles semblent toujours atteindre leurs objectifs, même dans les stations les plus calmes.

Par ailleurs, les dépenses opérationnelles sont elles aussi très contrôlées si bien que toute demande de modification doit être validée par Transnet. Par exemple, la clinique de psychologie a pu faire ajouter un placard de rangement et des jouets pour enfants dans sa salle de consultation, car l'intérêt pour le traitement psychologique des enfants a été approuvé. Alors que Transnet demande au personnel de Phelophepa une transparence totale et formalisée concernant les activités du train et leurs éventuelles demandes, ils leur laissent une certaine flexibilité pour gérer les problématiques quotidiennes en collaboration avec le manager général du train. Laisser une certaine latitude au personnel terrain semble en effet nécessaire au bon fonctionnement de la structure. Claudie explique :

*« Je sais qu'ils comprennent, le personnel de notre siège social. Ce sont des gens qui ont travaillé dans le train, donc ce ne sont pas seulement des gens qui viennent de nulle part. Ce sont donc des gens qui ont travaillé dans le train, qui comprennent la dynamique du train, mais j'ai parfois l'impression que leur position les empêche de répondre à nos besoins à ce niveau, sur le terrain. »*³²³

Ainsi, Transnet semble encourager la communication entre sa fondation et Phelophepa puisque les personnes chargées d'encadrer et de manager Phelophepa ont déjà eu une expérience professionnelle au sein du train et sont à même de comprendre les problématiques connues par le personnel. Néanmoins, la communication entre Phelophepa et Transnet demeure assez bureaucratique.

5.2.3.7. *Créer des partenariats variés et encourager les collaborations locales*

La livraison d'une proposition de valeur accessible aux plus démunis est aussi dépendante de plusieurs partenariats qui permettent et/ou facilitent l'opérationnalisation du train. Phelophepa a noué des partenariats historiques avec des multinationales comme Roche ou Colgate-Palmolive qui financent respectivement la clinique de soins primaires et la clinique dentaire.

³²² Traduit de l'anglais : "It is not that we don't care about the target, but it is that we don't have to worry because we know that we gonna reach the targets."

³²³ Traduit de l'anglais : "I know they understand, our head office personnel. They are people who have been working on the train, so, they are not just people who come out from nowhere. So, they are people who've worked on the train, who understand the dynamic of the train but sometimes I feel like their position are making difficult for them to address our needs on this level, on ground level."

D'autres partenariats sporadiques peuvent apporter un soutien financier supplémentaire. De plus, Phelophepa collabore avec les facultés de médecine des universités locales afin d'accueillir des étudiants stagiaires bénévoles qui apporte un soutien à chaque clinique du train. Il en est de même avec les écoles de cuisine qui envoient leurs étudiants en alternance (Entretien avec Colin, Manager logistique, Entretien avec Onke, Manager des opérations). Des contrats sont aussi noués avec des fournisseurs de médicament qui doivent s'engager à livrer les médicaments dans un délai de trois jours maximums, quel que soit le lieu d'installation du train (Entretien avec Onke, Manager des opérations).

Par ailleurs, la collaboration de Phelophepa avec des acteurs locaux tels que les municipalités ou autres institutions publiques et la communauté locale jouent un rôle clé dans l'accessibilité des services de Phelophepa grâce à l'information fournie aux habitants et la mise à disposition gratuite d'infrastructures utiles à la prestation des programmes de proximité de Phelophepa. Selon les stations, des ONG choisissent aussi de s'investir dans la conduite de projets de sensibilisation. La collaboration avec des acteurs locaux est aussi privilégiée dans le cas du choix des fournisseurs de produits alimentaires et autres commissions du quotidien du train. Le but est de pouvoir s'approvisionner au plus près du train pour minimiser les frais et le temps de transport tout en favorisant l'économie locale (Entretien avec Onke, Manager des opérations, Entretien avec Colin, Manager logistique, Entretien avec Tommy, Manager financier).

En définitive, rassembler différents acteurs autour de Phelophepa aide à l'opérationnalisation de ses activités, mais aussi à son acceptation et sa notoriété locale, ce qui favorise son accessibilité.

5.2.4. Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du business model de Phelophepa

La manière dont Phelophepa et ses parties prenantes s'approprient la valeur est influencée par deux principales caractéristiques propres à Phelophepa : sa mobilité et sa dépendance financière à la fondation Transnet et aux dons. Ainsi, plusieurs stratégies visant à encourager une création de valeur durable pour plusieurs acteurs locaux sont mises en œuvre.

5.2.4.1. *Maintenir les interactions avec les collaborateurs par des retours d'expériences et des rapports*

Etant financé à 75% par Transnet, Phelophepa détient une obligation de transparence à l'égard de l'entreprise ferroviaire publique. Selon Onke, manager des opérations de Phelophepa Train I, la gestion imposée par Transnet fait le succès de l'initiative. Il explique :

« Transnet est géré(e) comme une entreprise privée, il y a un plan de développement individuel et une gestion des performances, mais au gouvernement, les infirmières ne sont pas sujettes à la gestion des performances, elles n'ont pas à satisfaire aux exigences opérationnelles, elles n'ont pas à atteindre les objectifs, elles traitent simplement les gens qui sont là. Je pense que c'est ce qui fait la différence, c'est un peu comme une philosophie d'entreprise de Transnet qui a été intégrée au projet et je pense que c'est ce qui rend le projet plus fructueux que beaucoup de cliniques, car il y a plus de responsabilités. Vous devez faire un rapport hebdomadaire, mensuel et ensuite, vous serez également évalué. Cela affecte vos bonus, cela affecte tellement de choses. Si vous ne vous débrouillez pas assez bien, ils vous mettent à la porte et prennent quelqu'un d'autre.»³²⁴

La transparence de Phelophepa envers Transnet est ainsi indispensable puisqu'elle régit les ressources allouées au projet et conditionne sa pérennité. Néanmoins, au vu de son ancienneté et du bénéfice qu'elle procure à l'image de Transnet, il y a en fait peu de risque que le projet ne soit pas reconduit:

« Je pense que Transnet sera toujours d'accord pour financer le projet parce qu'ils peuvent voir la différence que cela fait (...) Sans aucun doute dans les communautés, mais aussi en même temps... Phelophepa est un très bon modèle pour permettre au gouvernement de se vanter et dire 'regardez ce que nous faisons !' »³²⁵

Les résultats de Phelophepa sont ainsi un moyen pour Transnet de communiquer sur le projet et ainsi redorer sa réputation auprès du grand public et de ses collaborateurs. Néanmoins, les liens entre Phelophepa et le gouvernement et les différents sponsors sont assez confus auprès du public, si bien que peu de patients associent les différentes entités.

³²⁴ Traduit de l'anglais : "Transnet is run like as a private business, there are individual development plans and this performance management but in government, the nurses they don't get performance management, they don't have to meet business requirements, they don't have to meet targets, they just treat people that are there. So, I think that's the difference, they sort of like a business philosophy from Transnet that has come into the project and I think that what makes the project more successful than a lot of clinics, because there is more accountability. You have to report on a weekly basis, on a monthly basis and then you also get evaluated. It affects your bonuses, it affects so many things. If you are not doing well enough, they take you out and put someone else."

³²⁵ Traduit de l'anglais : "I think Transnet will always be OK to finance the project because they can see the difference it makes (...) Definitely in the communities but also at the same time... the Phelophepa is a very good model for the government to show off and say: 'look what we are doing!'"

5.2.4.2. *Mobiliser et autonomiser les acteurs locaux pour accroître l'impact d'une initiative court terme*

Les actions menées par Phelophepa en station sont ponctuelles et à chaque fois de courte durée, si bien que leur impact est *a priori* limité dans le temps. Afin de surmonter cette limite et d'encourager une transformation durable, Phelophepa s'entoure de multiples acteurs locaux qui participent à la création et au maintien des bienfaits générés par le train. En étant associés à l'initiative, les travailleurs bénéficient de l'activité le temps que le train opère en station, notamment via le salaire généré pendant la durée de leur mission au sein du train, mais cela leur permet aussi de bénéficier de leur expérience en aval s'ils la valorisent. Afin d'encourager les employés locaux à capitaliser sur cette expérience, Phelophepa leur remet un certificat de travail attestant de leur embauche au sein du train qu'ils pourront valoriser pour une recherche d'emploi futur. Un traducteur associé à la clinique dentiste et engagé dans les programmes de proximité explique « *Je vais mettre à jour mon CV et être à la recherche d'un emploi.* »³²⁶. Cette pratique étend ainsi les transformations positives pouvant être engendrées par Phelophepa dans le temps. De plus, en impliquant plusieurs membres de la communauté, Phelophepa espère élever les consciences envers les problématiques de santé tout en rassemblant différents acteurs autour de son activité. Le but est d'éduquer différents acteurs qui pourront porter et relayer ce qu'ils ont appris même après le départ du train et d'encourager la mobilisation des acteurs locaux à créer de nouveaux projets qui soient bénéfiques à la communauté. Dans cet objectif, Phelophepa a lancé une initiative complémentaire appelée Edu-clinique qui est spécifiquement dédiée à renforcer l'autonomie des communautés grâce à la formation aux premiers secours et aux soins quotidiens d'une vingtaine de personnes sans emploi. Le but est que les participants puissent relayer leurs connaissances et mobiliser les compétences acquises durant cette session de formation pour leur bien-être personnel et celui de leurs proches, mais aussi plus largement au sein de leur communauté. Sister Jama de la clinique de soins primaires explique « *Ils ne travailleront pas dans le train. On ne leur donne que des compétences. Quand le train part, ils peuvent faire quelque chose pour eux-mêmes.* »³²⁷ Les thèmes abordés dépendent aussi des besoins identifiés par le comité local.

³²⁶ Traduit de l'anglais : "I am going to upgrade my CV and be in job hunting."

³²⁷ Traduit de l'anglais : "they won't be working in the train. They are just given skills. When the train leaves, they can do something for themselves."

Ces différentes stratégies permettent d'accroître l'impact de Phelophepa en encourageant la pérennité des transformations positives engagées au sein de l'écosystème et auprès de plusieurs acteurs.

5.2.4.3. Standardiser et dupliquer l'initiative pour accroître la couverture géographique

Constatant la réussite de l'initiative et sa notoriété auprès des communautés, Transnet a financé le lancement d'un deuxième train Phelophepa Train II. La structure, l'organisation interne et les règles de vie et de travail sont identiques au sein des deux trains. Seule la route qu'ils effectuent diffère. Le but est de couvrir un espace plus large en dessinant des trajets complémentaires. Pour favoriser une certaine équité entre les trains, les provinces desservies par un train pendant une année seront desservies par l'autre train l'année suivante.

La duplication du train permet à Phelophepa d'accroître l'accessibilité de ses services aux patients puisque son parcours est élargi. Grâce à son second train, Phelophepa opère dans davantage de stations, touche davantage de patients et mobilise davantage d'acteurs locaux qui bénéficient de ses activités (Voir Tableau 25). Ainsi, Transnet envisage même de lancer un nouveau train, Phelophepa III (Phelophepa/ NP_Rail Techno ; Entretien avec le manager des opérations).

Nombre de patients ayant reçu des soins primaires	46890
Nombres de patients ayant reçu des soins dentaires	16470
Nombres de patients ayant reçu des services d'optométrie	38336
Nombres de patients ayant reçu des services d'aide psychologique	1628
Nombres de patients ayant reçus des médicaments via le wagon pharmacie	39364
Nombre d'individus touchés via les programmes de proximités	435 322

Tableau 25 : Nombre de patients reçus par Phelophepa I et II en 2018

Malgré la duplication du train, la demande en station est toujours très importante si bien qu'un grand nombre de patients ne peuvent pas être reçus. Un patient de la station d'Oudtshoorn explique : « *Nous étions ici, mais nous n'avons reçu aucune consultation d'un médecin ou de qui que ce soit parce que lorsque nous sommes arrivés ici à 6 heures du matin, ils nous ont dit qu'il n'y avait plus d'autocollants, ils n'en auront plus aujourd'hui. Nous avons donc perdu notre temps aujourd'hui.* »³²⁸

³²⁸ Traduit de l'anglais : "We were here but we did not get any consultation from a doctor or anybody because the time when we came here at 6 am, they told us there is no more stickers, they won't get some today. So, we lost our time today."

5.2.5. Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale

Cherchant à rendre leur service de soins accessible et acceptable aux plus démunis, Phelophepa a développé des stratégies n'ayant pas été mises en avant dans les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016).

5.2.5.1. Une infrastructure mobile et une localisation connue

La particularité de Phelophepa repose sur son infrastructure mobile innovante prenant la forme de deux trains médicalisés. Le choix du train limite de fait l'étendue géographique de l'initiative aux zones équipées d'infrastructures ferroviaires. Néanmoins, le réseau ferroviaire sud-africain est assez développé, excepté dans le Gauteng, et plutôt bien entretenu. Ainsi, Phelophepa peut accéder à des zones variées, plus ou moins isolées en milieu rural et périurbain. La seule contrainte est que la station puisse accueillir un train de 19 wagons long de 480m et fournir un accès à l'eau et l'électricité.

Les stations de train sont souvent connues des populations locales, ce qui augmente leur facilité à localiser Phelophepa et réduit l'effort psychologique qu'ils doivent fournir pour s'y rendre. De plus, les stations de train sont souvent implantées dans des zones facilement accessibles grâce à leur position centrale, leur accessibilité par le transport en commun, ou encore la présence d'infrastructures routières alentour. Elles tendent en effet à être desservies par les transports en communs ou par taxis locaux qui sont assez bons marchés et renforcent l'accessibilité financière de Phelophepa via les coûts de transport induit. Ainsi, l'installation de Phelophepa en station semble faciliter l'accessibilité géographique et financière de ses services de santé. Néanmoins, les horaires matinaux, voire nocturnes, auxquels les patients décident de se rendre au train pour être bien positionnés dans la file d'attente, limite l'accessibilité physique des lieux, du fait de l'absence de moyens de transport à ces heures.

5.2.5.2. Design interne soigné et standardisé et processus linéaire

Le schéma de service vise à faciliter le travail des professionnels de la santé et la qualité du service fourni. Le caractère ponctuel de Phelophepa implique de forts flux de patients qu'il est parfois difficile d'anticiper. Pour réguler le nombre de patients et faciliter la prestation de service, le schéma du service de Phelophepa est composé de plusieurs étapes successives que les patients doivent suivre. Tout d'abord, les patients recueillent un autocollant auprès de la clinique de leur choix. Cet autocollant leur garantit d'être reçus en consultation et conditionne la possibilité d'intégrer la file d'attente. Une fois que le patient a intégré la file d'attente, un

traducteur vient relever ses informations personnelles ; puis une infirmière locale se charge de recueillir sa tension artérielle et son taux de glycémie. L'ensemble des éléments recueillis sont ensuite transmis au personnel médical chargé de traiter le patient. Ce processus permet un gain de temps pour le personnel médical qui peut directement examiner le patient lorsqu'il arrive dans le train. Ainsi, il détient un récapitulatif de la condition médicale du patient et peut alors se consacrer pleinement à la consultation avec le patient. Ceci est d'autant plus crucial que le personnel n'a pas accès à l'historique du patient et doit se reposer sur les informations que ce dernier accepte de lui transmettre. Il est donc nécessaire de consacrer du temps à un échange entre le patient et le personnel médical.

Le service étant disponible pour une durée maximale de deux semaines, le principe du « 1^{er} arrivé, 1^{er} servi » est appliqué. Cela permet une certaine équité entre les patients reçus qui sont en quelque sorte maîtres de leur position dans la file d'attente. Conscients que les places attribuées sont limitées, les patients n'hésitent pas à venir la veille et à dormir à l'extérieur du train pour s'assurer de recevoir un autocollant leur garantissant l'accès à la clinique de leur choix. Cette démarche est particulièrement courante pour les soins d'optométrie et dentaires qui sont excessivement chers dans le privé et dont l'attente est très longue dans le public. Le processus léger de Phelophepa requiert peu d'engagement et d'effort du patient pour évoluer au sein de l'expérience du service. Une patiente au wagon dentaire à la station de George explique : « À la clinique, il faut beaucoup de choses à faire : formulaire d'emploi, politique officielle... c'est un long processus »³²⁹ Le fait que Phelophepa ne demande aucun document renforce ainsi l'accessibilité du service.

Par ailleurs, déterminer en amont le nombre d'autocollants à distribuer, donc le nombre de patients à recevoir, permet au personnel de s'adapter en connaissance du nombre de patients à traiter. Cela peut le motiver et le stimuler à atteindre voire dépasser cette cible, mais aussi le rassurer en diminuant l'incertitude. Puisque le nombre de patients est déterminé par les managers selon la capacité de leur équipe, cette gestion au nombre de patients plutôt qu'aux horaires est aussi un moyen d'éviter le surmenage du personnel qui pourrait être tenté d'en faire toujours plus. Ainsi, le personnel n'a pas à presser les soins et peut se préserver d'une fatigue excessive pouvant augmenter les risques de blessures ou d'erreurs.

Enfin, les processus permettent une optimisation du temps et des coûts associés à la prestation de service via une mobilisation précise des ressources. Chaque membre du personnel sait ce

³²⁹ Traduit de l'anglais : “In the clinic, you need lots of things to go: employment form, official policies... it is a long process.”

qu'il doit faire et où il doit être positionné. Les tâches sont ainsi bien réparties, ce qui contribue à améliorer le confort des patients, mais aussi celui du personnel lors de la prestation de service. Même si les traducteurs sont essentiellement chargés d'enregistrer les informations des patients et d'assurer des traductions, ils les assistent continuellement dans leur expérience du service et peuvent les renseigner à tout moment. Les « *strong men* » sont chargés de la mise en place des installations extérieures avant l'ouverture du train, et assure la propreté et l'organisation du lieu durant toute la durée d'ouverture du train. L'équipe ménage s'adapte au rythme du train, les parties privées sont nettoyées le matin, alors que les espaces recevant les patients sont nettoyés tous les soirs. Un système de rotation est aussi organisé pour la prise des déjeuners afin d'assurer une prestation continue des services de santé.

Le design et l'atmosphère agissent aussi en ce sens puisqu'ils permettent de donner confiance aux patients. La propreté des lieux est primordiale pour l'ensemble des cliniques du train, mais les cliniques de soins primaires et psychothérapeutiques nécessitent surtout un environnement accueillant qui encourage les patients à se confier.

Les processus de service et le design interne encouragent donc l'accessibilité globale des soins, notamment en diminuant les barrières psychologiques, financières et géographiques auxquelles les patients se heurtent pour accéder à Phelophepa.

5.2.5.3. *Promotion et création d'une identité symbolique forte*

La création d'une identité locale significative permet à Phelophepa d'attirer l'attention des communautés, transmettre une image claire et susciter un attachement émotionnel. Le nom Phelophepa (prononcé Pé-lo-Pé-Pa) qui signifie une « bonne santé propre »³³⁰ en tswana et sotho, langues sud-africaines communément parlées, permet d'informer les patients sur le type de services fournis tout en lui donnant lui une image positive. Le fait d'avoir un nom significatif est particulièrement important dans le cadre d'une initiative à court terme, qui n'est pas forcément connue de tous.

Conscient de la difficulté de promouvoir un service qui n'est présent que ponctuellement, Phelophepa entreprend un effort de promotion en amont de son arrivée en station. Des spots radio, des encarts publicitaires et des annonces par mégaphone sont diffusés auprès des communautés. Outre la construction d'une notoriété facilitant son identification, ces actions promotionnelles contribuent à la création d'une forte identité qui permet de donner confiance

³³⁰ Traduit de l'anglais : “*Good clean health*”

et se faire accepter au sein de l'écosystème. Cet aspect est d'autant plus important pour une initiative ponctuelle où il est impossible de créer une relation suivie et personnalisée entre le personnel et le patient. Cette relation est alors créée à travers l'identité de Phelophepa qui n'est pas associée à des praticiens, mais à un train qu'il qualifie de « train de l'espoir ». Cette symbolique renforce ainsi la notoriété du train et sa crédibilité au sein de l'écosystème et surtout auprès des patients « *C'est le train de l'espoir. Ils [les patients] croient au train !* » (Sister Jama de la clinique santé). Ainsi, les patients ne sont pas seulement reconnaissants d'avoir reçu des soins et des médicaments de qualité, mais sont aussi fiers d'avoir pu voir et être examiné au sein du célèbre train. Sister Jama raconte

« Quand nous les encourageons à aller faire un test dans la tente à l'extérieur, ils diront: 'Non, je n'y vais pas, je veux aller dans le train, je veux voir le train. Je veux les médecins du train !' Et puis on leur dit : 'D'accord, tu vas entrer dans le train, c'est une autre partie du train, donc quand vous attendez d'être soigné, vous pouvez commencer par-là, puis vous allez entrer'... Ouuuuuf ils aiment le train ! »

Le train Phelophepa suscite donc l'attachement émotionnel des communautés à travers la symbolique qu'il incarne. Cette admiration contribue à augmenter l'accessibilité de ses services via une meilleure acceptation et légitimité locale.

L'image du train permet aussi d'attirer du personnel permanent et des étudiants bénévoles qui souhaitent exercer au sein du train. « *J'ai été présenté à Phelophepa quand j'étais étudiante (...)* *Je suis tombée amoureuse du train à ma première visite. J'adore ce qu'on fait ici. J'aime la façon dont la vie s'est attachée à toute l'initiative, qui semble petite, mais qui est en fait très grande.* » (Responsable de la clinique de psychologie Phelophepa). Outre l'attraction que Phelophepa suscite pour recruter du personnel, l'attachement développé à l'égard du train contribue à maintenir l'implication du personnel alors que les conditions de travail sont assez dures du fait des horaires assez lourds et de l'éloignement familial.

Cette reconnaissance lui permet aussi de se faire connaître et accepter auprès d'autres acteurs de l'écosystème sur qui Phelophepa peut se reposer pour opérer en station. C'est pour cela que son acceptation auprès des acteurs locaux est déterminante à rendre accessible ses services au plus grand nombre.

Cette image s'est progressivement développée au travers des expériences vécues par les patients. Elle reflète ainsi les soins de qualité avec lesquels les patients sont traités avec respect et qui peuvent améliorer leur bien-être. Néanmoins, cette image prend aussi source dans l'identité organisationnelle que Phelophepa s'est construite elle-même. Par exemple, la vision

et les missions du train sont transmises explicitement à tous les employés permanents et temporaires du train. Adri explique :

« Lors de la première session, ils résument certaines des choses du train, quelle est la mission et la vision du train (...) Vous devez connaître vos responsabilités, quel est votre travail, être honnête et précis, et toujours sourire aux patients, vous devez être amical. Quand vous avez à faire avec un patient, vous devez essayer de le rendre aussi à l'aise que possible »³³¹.

Ainsi, Phelophepa prend soin de l'image renvoyée par son personnel, même par le personnel temporaire.

Aussi, plusieurs petites affiches sont disposées dans différents wagons pour présenter la vision de Phelophepa *« Nous aspirons à offrir un service de soins de santé mobile accessible et abordable financièrement, qui complète ou soutienne les installations existantes dans les communautés rurales d'Afrique du Sud. »³³²*, et ses différentes missions associées. Il y a un même une comptine dans un wagon du train appelé « le train de l'espoir ». La force de cette identité repose finalement sur le fait que plusieurs acteurs internes et externes à Phelophepa se la soient appropriée et contribuent à la faire prospérer.

Plus largement, cette identité forte à laquelle les gens peuvent se rattacher permet de créer des aspirations et d'encourager le désir des communautés à utiliser les services du train. L'attachement de plusieurs parties prenantes à Phelophepa lui permet d'accroître sa légitimité et son acceptation locale, au service d'une meilleure accessibilité pour les patients. Son image est d'autant plus importante que Phelophepa est une initiative portée par la fondation de l'entreprise ferroviaire d'Etat Transnet. Par effet d'association, elle pourrait ainsi souffrir de la mauvaise réputation du gouvernement, d'autant que Transnet n'hésite pas à communiquer sur le sujet pour redorer l'image du gouvernement. Néanmoins, Phelophepa peut se détacher de l'image négative du gouvernement grâce à sa propre identité, et ainsi donner plus de chance à son acceptation auprès du grand public.

³³¹ Traduit de l'anglais : *“At the first session they summarise some of the things of the train, what is the mission and the vision of the train (...) You must know about your responsibilities, what your job is, to be honest and accurate, and always smile at the patients, you must be friendly. And it is like when you have to do with a patient you must try to make the patients as comfortable as possible.”*

³³² Traduit de l'anglais : *“We aspire to deliver an accessible affordable mobile healthcare service, which supplements or supports existing facilities in the rural communities of Southern Africa.”*

5.2.5.4. Mobiliser le sens communautaire des populations comme moteur d'accessibilité

Conscient du sens de la communauté présent en Afrique du Sud, Phelophepa s'appuie sur l'engagement des populations pour leur communauté afin d'accroître l'accessibilité de ses services et de créer des opportunités pour les plus vulnérables. Mobiliser la communauté lui permet ainsi de pallier certains points faibles de son initiative.

La dépendance de Phelophepa aux stations dans lesquelles le train est installé et la possibilité de transport limité pour y accéder à des heures matinales réduit l'accessibilité physique du service. Ainsi, les personnes issues d'une même communauté s'organisent entre elles « *On est venu ensemble en voiture [avec ses amis]. Nous partageons le coût du carburant. (...) Le bus est trop tard pour que nous puissions venir le matin. À ce moment-là, l'endroit [Phelophepa] aurait été plein. Nous sommes arrivés à 1h du matin.* »³³³ En faisant du covoiturage ils limitent les frais associés au transport, surmontent l'indisponibilité de transport, et contournent leur exposition dans des zones peu sécuritaires. Les zones desservies étant pauvres, il existe parfois une dominance de la violence et la présence de gangs, d'où la nécessité de ne pas se mettre en danger en venant seule de nuit. Certains patients, même s'ils sont à pied, décident de venir à plusieurs pour être moins exposés.

La mutualisation des déplacements repose ainsi sur l'esprit de solidarité entre les membres de la communauté, qu'ils soient travailleurs temporaires et/ou patients. Adri explique : « *Je m'organise toujours avec d'autres personnes pour qu'elles viennent avec moi.* »³³⁴

Dans certains cas, la municipalité peut organiser un système de transport à sa charge, mais cette situation est très rare. Alors, Phelophepa s'appuie sur d'autres acteurs régionaux. La mobilisatrice sociale du Western Cape a par exemple l'habitude de travailler en collaboration avec le ministère de l'Agriculture qui la met en contact avec les différentes exploitations agricoles et les fermes locales afin de les encourager à assurer le transport jusqu'au train de leurs travailleurs souhaitant s'y rendre. Un patient explique : « *Le fermier est venu directement vers nous et nous a dit : Qui veut y aller ? Et puis, nous nous sommes réunis et on a fait venir d'autres personnes par ici.* »³³⁵ Un autre patient de la ferme ajoute : « *S'il [le fermier] ne venait*

³³³ Traduit de l'anglais : "We came together [with my friends] by car. We share the cost of the fuel together (...) The bus is too late for us to come in the morning. At that time the place would have been full. We arrived at 1am this morning."

³³⁴ Traduit de l'anglais : "I always organise with other people to come with me."

³³⁵ Traduit de l'anglais : "The farmer came straight to us and say: Who wants to go? And then, we came together and get other people to come that side."

pas, je n'aurais pas eu de moyen de transport pour venir. »³³⁶ Dans ces cas, le coût du transport est souvent pris en charge par le fermier qui s'attache à aider ses employés à y accéder.

La cohésion formée autour du train de l'espoir repose aussi sur la capacité de Phelophepa à mobiliser un sens communautaire au profit d'un engagement professionnel accru. Une femme de ménage témoigne : « *Je dois le faire [ce travail]. Parce que c'est ma responsabilité au sein de la communauté.* »³³⁷ Engagés auprès de leur communauté, les travailleurs temporaires jouent alors un rôle d'ambassadeur via lequel ils font la promotion du train. Philippe, membre du comité local et traducteur au sein du train explique : « *Je parle du train, je dis à la communauté que le train est là, je fais connaître le train aux gens, je parle aux gens dans le train et je dis aux gens de venir au train.* »³³⁸. Adri joue ajoute : « *Je dis aux gens : 'Tu ne veux pas prendre le train ? N'allez pas à la clinique, le service n'est pas si bon. Venez au train, le service est très bon.' J'en fais la promotion !* » Elle détient un sens de l'engagement envers sa communauté :

« *Je le dis toujours aux patients, ils doivent sortir et dire aux autres quel genre de service ils reçoivent pour que nous puissions avoir plus de gens ! [...] Je veux que les gens soient servis. Ils doivent aller dire aux gens quel genre de service ils reçoivent ici, pour moi c'est bien de le promouvoir.* »³³⁹

Ainsi, il ne s'agit pas seulement de promouvoir le train, mais aussi d'encourager le personnel et les patients à le promouvoir. Cela permet de donner une image positive du train via le bouche-à-oreille et de diminuer les éventuels freins psychologiques que les patients peuvent avoir à l'égard des services de santé.

La création de cette image positive se forme aussi de manière indirecte via le fait que Phelophepa emploie du personnel en station, et forme des personnes de la communauté. Cet engagement envers la communauté suscite alors la reconnaissance de plusieurs acteurs locaux qui sont ravis de voir que des membres de la communauté sont employés au sein du train ou formés aux soins via l'édu-clinique. Une patiente explique : « *Il y a beaucoup de gens qui cherchent du travail ici. (...) Le travail est si rare ici. Il n'y a pas de travail ici. C'est l'occasion*

³³⁶ Traduit de l'anglais : "If he did not come, I would not have any transport to come here."

³³⁷ Traduit de l'anglais : "I must do it [the job]. Because it is my responsibility inside the community"

³³⁸ Traduit de l'anglais : "I talk about the train, I say to the community the train is here, let's people know about the train, speak to people on the train, and tell people to come to the train."

³³⁹ Traduit de l'anglais : "I always tell the patients, they must go out and tell other people what kind of service they get so that we can get more people. [...] I tell the people: 'Don't you want to go the train? Don't go to the clinic, the service is not so good. Come to the train, the service is very good.' I promote it!"

de venir travailler pendant une semaine et de gagner de l'argent. »³⁴⁰ L'emploi d'un personnel temporaire issu de la communauté améliore donc l'image de Phelophepa auprès de la communauté locale et des acteurs locaux, ce qui constitue un moteur d'acceptation au sein de l'écosystème.

Ainsi, la cohésion des membres de la communauté et l'engagement de certains acteurs peut permettre de diminuer certaines barrières d'accessibilité. Néanmoins, les bienfaits de cet engagement sur l'image de Phelophepa sont liés à l'existence d'un certain sens communautaire et à la capacité de Phelophepa à le mobiliser au profit de l'accessibilité de ses services de soin et de la création de transformations positives durables auprès de plusieurs acteurs de l'écosystème.

5.3. Conclusion de l'étude de cas Phelophepa

Le BM de Phelophepa se caractérise par la mobilité de son initiative qui nécessite une adaptation aux différences socioculturelles interrégionales, une préparation logistique accrue et une forte implication du personnel. L'atteinte des objectifs du *Triple Aim* s'étant complexifié, Phelophepa se repose sur un grand nombre d'acteurs locaux qui lui permet de délivrer au mieux sa prestation de service. Afin d'étendre son impact et ne pas se limiter à sa présence ponctuelle en station, Phelophepa met l'accent sur l'éducation des communautés et sur la mobilisation de leur sens communautaire, ce qui contribue à pérenniser la valeur créée par et pour les communautés.

Conclusion du chapitre

Le chapitre 5 a présenté successivement nos quatre études de cas. L'adoption du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) a permis de cadrer nos analyses en fonction des dimensions de valeurs qui le composent. Pour chaque cas étudié, nous avons ainsi mis en avant plusieurs stratégies que les organisations déploient à chaque dimension de valeur de leur BM respectif. La référence à ces dimensions de valeur comme cadre d'analyse nous permet désormais de mener notre analyse inter-cas de manière rigoureuse.

³⁴⁰ Traduit de l'anglais : *“There is a lot of people who look for work here (...) The work is so scarce here. There is no job here. It is an opportunity to come and work for a week and get some money.”*

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

La deuxième partie dédiée à notre enquête empirique a mis en avant notre méthodologie de recherche et les analyses intra-cas de nos études de cas.

Ainsi, le **Chapitre 4** a justifié notre posture constructiviste pragmatique au regard de notre projet de connaissance actionnable. En accord avec la visée prescriptive et transformative de notre recherche, notre projet de connaissance implique la réalisation d'un *framework* qui puisse avoir un usage compréhensif et heuristique. L'adoption d'une méthodologie qualitative basée sur une étude cas multiples contrastés soutient notre projet de connaissance. Nous avons ainsi expliqué nos choix relatifs à la collecte et aux traitements des données.

Le **Chapitre 5** a présenté les analyses intra-cas de nos quatre études de cas au regard de notre problématique de recherche. Le BM d'Angeli et Jaiswal a été utilisé comme cadre configurationnel permettant d'organiser chaque analyse. Enrichi par nos appuis conceptuels présentés en première partie, ce BM a été mobilisé pour identifier les stratégies mises en place à chaque dimension de valeur des BM des organisations étudiées et pour comprendre leur influence sur la prestation de services de santé aux plus démunis.

Dès lors, il convient de mener une analyse inter-cas puis de la discuter au regard de notre conceptacle présenté en première partie. Cette confrontation nous permettra de proposer un cadre heuristique utile à la construction d'un BM dédié à la prestation de services de santé aux plus démunis.

TROISIEME PARTIE

CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 : Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION DE LA PARTIE 3

La troisième partie de cette thèse vise à proposer un produit de recherche : une modélisation exemplaire d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires et son système propositionnel. L'objectif est d'enrichir la connaissance de la littérature existante sur les BM dédiés à la prestation de santé aux plus démunis et plus particulièrement à la conceptualisation d'Angeli et Jaiswal (2016).

Au regard des appuis conceptuels et théoriques formulés en partie 1, nous avons comparé nos quatre cas. Nous générons ainsi un cadre conceptuel et théorique reformulé, nécessaire à la proposition d'un outil actionnable et d'un système propositionnel. Même si cette proposition est permise par la confrontation de nos études de cas à la littérature, elle détient un caractère provisoire qui vise à être améliorée par sa confrontation à d'autres cas.

Cette partie se compose donc de deux chapitres. Le premier chapitre étudie les convergences et divergences issues de l'analyse croisée de nos cas au regard du BM d'Angeli et Jaiwal. Le deuxième chapitre présente notre produit de recherche et formule un système de propositions théoriques et opérationnelles associée à l'outil proposé.

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des études de cas

Introduction du chapitre

En considération de notre enquête conceptuelle et de nos analyses intra-cas, nous comparons nos quatre études de cas et mettons en avant les principales convergences et divergences des stratégies qu'elles mobilisent respectivement à chaque dimension de valeur de leur BM. Nous utilisons ainsi le BM conceptualisé par Angeli et Jaiswal (2016) comme cadre d'analyse afin de conduire une comparaison rigoureuse de nos différents cas. Nous analysons ainsi les stratégies qui avaient été mises en avant dans les travaux d'Angeli et Jaiswal et celles qui ont émergés de nos analyses intra-cas. Quelles qu'elles soient, nous cherchons à comprendre les raisons qui poussent les organisations à les développer.

L'annexe 12 résume l'analyse croisée des cas pour chaque dimension de valeur de la conceptualisation du BM d'Angeli et Jaiswal et présente également la comparaison des cas à travers des thèmes ayant émergé de nos analyses intra-cas.

Annexe 12 : Analyse croisée des cas selon les composantes et les stratégies du BM d'Angeli & Jaiswal (2016)

SECTION 1 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « DECOUVERTE DE VALEUR »

La dimension découverte de valeur telle que la définissent Angeli et Jaiswal constitue une étape préalable et indispensable à la création d'une proposition de valeur adaptée aux besoins des patients locaux. Elle permet de mettre en place des processus de cocréation de valeur par laquelle le besoin de santé est co-identifié par les patients et l'organisation de manière conjointe (Angeli & Jaiswal, 2016). L'objectif est que les organisations puissent concevoir une proposition de valeur acceptable pour les patients. Les auteurs soulignent alors le succès de deux stratégies : la cocréation du besoin avec les patients et l'engagement de la communauté. Nos cas contribuent à illustrer ces stratégies, mais suggèrent aussi de les modifier et d'en créer de nouvelles. Ainsi, même si des activités de cocréation sont menées par les quatre organisations, elles ne concernent pas les seuls patients, mais aussi d'autres acteurs de l'écosystème. Engager plusieurs acteurs de l'écosystème s'avère alors plus pertinent que d'engager les seules communautés. Enfin, l'ambition entrepreneuriale du fondateur semble être un élément déterminant dans la construction de la proposition de valeur.

1.1. Cocréation du besoin avec les patients : une stratégie mineure

Même si les organisations étudiées cherchent à appréhender les besoins des patients locaux, elles ne semblent pas co-identifier le besoin avec les patients tel qu'Angeli et Jaiswal (2016) l'identifient. Elles mobilisent des méthodes d'étude de marché, mais la participation des patients est très limitée. Elles ne visent pas à éduquer les patients BoP sur l'existence d'un besoin en santé. Ceci s'explique notamment par le contexte des pays étudiés où les patients connaissent globalement l'intérêt d'un accompagnement médical. Cocréer avec les patients semble alors plus utile pour atteindre les autres objectifs associés à la découverte de valeur, c'est-à-dire la sensibilisation en amont des patients et la co-identification d'une solution acceptable.

Après la conduite d'une étude de marché globale réalisée par Unjani NPC, chaque infirmière entrepreneure effectue des études de marché intra communauté pour interagir directement avec les patients et évaluer leurs attentes. Le lancement de Dr.Consulta et CIES s'est aussi basé sur des études de marché appelant certaines interactions avec les patients. L'étude de marché, souvent perçue comme une méthode assez traditionnelle pour évaluer la demande, semble être la méthode la plus utilisée pour concevoir une proposition de valeur adaptée.

Les quatre organisations mènent également des campagnes de sensibilisation complémentaires. La participation du patient est alors variable selon le choix des actions menées. Elles peuvent par exemple prendre la forme d'actions de communication peu engageantes pour le patient ou d'actions de dépistage engageantes pour le patient. Quelle qu'elles soient, les premières interactions avec les patients permettent aux organisations de déceler les conditions médicales prévalentes qui orienteront le thème des programmes de sensibilisation.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que Dr.Consulta, Unjani et CIES ont chacune lancé des modèles pilotes pour tester leur proposition de valeur dans des conditions réelles. Cette dernière peut ainsi être ajustée et prendre en considération les retours de plusieurs acteurs impliqués tels que les patients ou le personnel. Le cas d'Unjani diffère sensiblement, car ce modèle pilote est à la seule initiative d'Unjani NPC alors que les études de marché locales et les actions de sensibilisation sont menées par chaque infirmière entrepreneure.

L'étude de marché semble être le moyen le plus mobilisé pour concevoir la proposition de valeur. Même si elle est parfois complétée par des activités plus engageantes pour les patients, la cocréation avec les patients s'avère limitée. Il semble donc qu'un fort

engagement des patients en amont de la proposition de valeur présente un intérêt modéré dans les cas étudiés. L'engagement d'autres acteurs locaux pourrait s'avérer bénéfique.

1.2. Engager les communautés et multiplier les interactions écosystémiques, pour appréhender les besoins locaux

Les quatre organisations s'efforcent de construire de multiples relations avec différents acteurs de l'écosystème sur qui elles peuvent compter pour appréhender le contexte local, comprendre les besoins des patients démunis et/ou identifier les acteurs locaux avec qui elles pourront potentiellement entrer dans des processus de cocréation, utile à la prestation de leurs services. Dr.Consulta s'est associée avec une agence de communication pour effectuer des actions de sensibilisation sur le cancer du sein. Les cliniques Unjani créent des partenariats isolés avec des cliniques locales ou des écoles de leur communauté, pour mener des campagnes de sensibilisation selon les besoins identifiés par ces mêmes acteurs. Elles améliorent ainsi leur connaissance des besoins des patients, et accèdent à des ressources humaines et matérielles utiles à mener ces actions de sensibilisation. Comme indiqué plus haut, le rôle des actions de sensibilisation semble davantage être une composante de la proposition de valeur, plutôt qu'une composante de la découverte de valeur pour cocréer le besoin avec les patients.

Cette collaboration multi acteurs semble donc être une source d'informations capitale aux organisations qui peuvent s'adapter aux besoins soulignés par les acteurs avec qui elles interagissent. Les infirmières Unjani se reposent beaucoup sur leurs liens avec les cliniques locales, les écoles et la communauté qui lui transmettent les besoins que ces organisations ont-elles-même identifié. Phelophepa applique la même démarche. Son caractère mobile implique cependant plus d'interactions. Dans chaque région Phelophepa s'appuie sur un mobilisateur social chargé de créer un comité d'organisation local formé par de multiples acteurs locaux : écoles, EHPAD, cliniques locales, ministère de la santé. Elle peut ainsi obtenir des informations sur les besoins dominants de chaque communauté, bien qu'elle ne puisse pas entrer elle-même dans des processus de cocréation en amont de son arrivée. Cela lui permet d'ajuster sa proposition de valeur selon les communautés. Ce sont surtout la teneur et les modalités des actions de sensibilisation hors des murs qui sont influencés, car elles doivent être accordées à la prévalence des problèmes médicaux locaux et aux acteurs disponibles pour soutenir leur mise en place. Dès lors, cet apprentissage est aussi un moyen d'identifier les ressources disponibles, ce qui affectera, de fait, les caractéristiques de proposition de valeur.

De manière similaire CIES mobilise des acteurs locaux pour appréhender les besoins locaux et préparer l'installation de ses structures amovibles. Néanmoins, la dépendance de son activité au gouvernement et au SUS fait qu'elle est tributaire des informations que ces dernières lui transmettent. Elle détient ainsi peu de marge de manœuvre pour entrer dans des processus de cocréation avec ses patients.

En définitive, interagir avec plusieurs acteurs locaux permet d'avoir une meilleure compréhension des besoins locaux tout en identifiant les ressources disponibles et arrangements institutionnels existants. Au travers de ce processus d'apprentissage, les organisations peuvent construire une proposition de valeur acceptable pour les patients et pour l'écosystème. Cependant, cet apprentissage local ne résulte pas seulement du besoin de comprendre les besoins et la structure de l'écosystème. Il semble en effet que l'intention et l'ambition stratégique des fondateurs et gérants des organisations soient un moteur d'impulsion essentiel.

1.3. Ambition stratégique des fondateurs, un moteur d'interactions écosystémiques

Pour chaque organisation, le contexte est évalué selon l'expérience du fondateur au sein de l'écosystème de services de santé. Il se repose alors sur son rôle de praticiens, enfants de praticien ou patients. Le choix de la proposition de valeur semble alors dépendre de l'expertise des fondateurs et de leur interprétation du contexte. Dr. Roberto Kikawa de CIES et Pr. Jannie Ferreira de Phelophepa se sont focalisés sur la construction de modèles mobiles pouvant toucher les personnes les plus isolées. Dr. Iain Barton d'Unjani et Thomas Srougi de Dr.Consulta, se sont focalisés sur la création d'un modèle de clinique pouvant être répliqué. C'est en fonction de cet objectif que les fondateurs ont défendu leur projet au sein de l'écosystème de service de soin et se sont entourés des partenaires qu'ils ont jugé utiles à la conception de leur proposition de valeur. Dr. Roberto Kikawa s'est associé à des entreprises d'équipements médicaux de haute technicité pour construire une infrastructure innovante ; l'enseignante initiatrice du projet Phelophepa a sollicité la compagnie de fret ferroviaire Transnet pour bénéficier de ressources et équipements; Thomas Srougi s'est entouré de médecins et d'infirmières locales pour gagner en connaissances du terrain ; et Iain Barton a défendu le projet Unjani pour s'assurer du maintien de l'initiative par Imperial Health Science suite au rachat de l'entreprise RTT au sein de laquelle Unjani avait d'abord été initiée. De cette façon, l'orientation stratégique de la proposition de valeur de chaque organisation a été impulsée par son fondateur et son expérience.

Les cas d'Unjani et de Phelophepa doivent cependant être considérés avec plus de recul. L'ambition stratégique du fondateur d'Unjani affecte surtout le choix d'un modèle pivot pour créer un réseau de clinique. Or, c'est l'ambition entrepreneuriale et l'expérience de chaque infirmière entrepreneure qui permet ensuite l'ajustement de la proposition de valeur. C'est d'ailleurs pour cela, qu'Unjani NPC évalue la motivation des infirmières à entreprendre en fonction de leur capacité à réaliser une étude de marché intra-communauté. Il s'agit d'un moyen pour juger leur volonté entrepreneuriale dont dépendra leur activité. Le cas de Phelophepa est aussi spécifique du fait de son lien avec l'entreprise d'Etat Transnet. Le projet a rapidement été soutenu par l'entreprise puis repris par la fondation Transnet. L'ambition stratégique initiale portée par le Pr. Ferreira s'est ainsi vue substituée à l'intention stratégique de Transnet et sa fondation. De plus, les choix sont à la fois du ressort des coordinateurs des opérations de Phelophepa au sein de la fondation, et du ressort du manager général de chaque train.

Dans les cas de CIES et Dr.Consulta, le BM des organisations, semble s'être construit en accord avec l'ambition respective de leur fondateur. Cette dernière influence de fait sa capacité et sa volonté à interagir avec son écosystème pour construire sa proposition de valeur. Ainsi, R. Kiwawa de Cies et T.Srougi présentent tous deux un certain goût du terrain, une philosophie entrepreneuriale marquée et un engagement personnel envers l'accessibilité à la santé pour tous. Ils apparaissent aussi comme des leaders charismatiques au sein de leur organisation et dans l'écosystème local, voire international. Dans une perspective similaire, les infirmières Unjani agissent comme représentantes de leur propre clinique par le leur rôle d'entrepreneur et infirmière. Elles peuvent ainsi interagir au nom du réseau Unjani et de leur clinique et porter leur propre ambition stratégique au sein de leur clinique.

L'intention stratégique des organisations semble dépendante de l'ambition stratégique de leur fondateur. En effet, le fondateur semble être un moteur clé dans la conception de la proposition de valeur et du BM entier qu'il influence via son l'expérience, ses capacités et ses valeurs.

1.4. Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « découverte de valeur » : interactions écosystémiques et intention stratégique

Il semble que l'appréhension des besoins patients et la conception d'une proposition de valeur ne reposent pas seulement sur une cocréation des besoins avec les patients, mais impliquent le développement d'activités de cocréation avec plusieurs acteurs de l'écosystème. La mise en

place d'interactions avec des institutions locales permet alors à l'organisation d'obtenir des informations sur les besoins locaux et les ressources disponibles, afin de concevoir une proposition de valeur en conséquence. Dans le même temps, ces interactions conduisent l'organisation à faire accepter son activité auprès des acteurs locaux et à gagner en légitimité. Il ne s'agit pas de cocréer avec le patient pour qu'il soit sensibilisé à son besoin en santé, mais de cocréer avec plusieurs acteurs pour qu'ils puissent accueillir positivement l'initiative, et aider à sa construction et son acceptation. Outre l'information qu'ils peuvent apporter à l'organisation, ces acteurs peuvent agir comme des relais de sensibilisation auprès des patients et peuvent accroître la légitimité de l'organisation au sein de l'écosystème. Interagir avec des acteurs variés, des institutions publiques comme privées, dans le secteur médical ou non, peut alors entraîner une cohésion autour de la solution proposée, ce qui facilitera son acceptation auprès des patients. La condition serait qu'elle soit portée et défendue par une certaine ambition stratégique du fondateur et/ou de ses représentants auprès des acteurs de l'écosystème.

SECTION 2 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « PROPOSITION DE VALEUR »

Dans un BM destiné à délivrer des soins de santé à la base de la pyramide (Angeli & Jaiswal, 2016), la dimension « proposition de valeur » vise à concevoir une solution de santé qui soit financièrement, socialement et culturellement acceptable pour les populations démunies. Pour ce faire, Angeli et Jaiswal (2016) suggèrent l'implication continue des clients comme moteur d'adaptation aux besoins locaux. L'étude de nos cas supporte cette stratégie qui stimule des retours patients pour une amélioration continue de la proposition de valeur. Néanmoins, elle souligne aussi l'intérêt d'impliquer d'autres acteurs de l'écosystème, et particulièrement le personnel et les populations vulnérables.

2.1. Favoriser l'implication continue des patients

Les organisations que nous avons étudiées tentent toutes de créer un lien direct ou indirect avec leurs patients afin de pouvoir s'adapter et ajuster continuellement une proposition de valeur qui soit acceptable pour les patients locaux. CIES, Unjani et Phelophepa utilisent des « boîtes à idées » et des questionnaires de satisfaction pour collecter les retours patients. CIES se différencie par sa collaboration avec le gouvernement au travers de laquelle elle bénéficie de la hotline mise en place par le SUS. Dans un objectif identique, Dr.Consulta récolte des informations en utilisant les nouvelles technologies. Elle cherche à former une base de données

patients sur laquelle capitaliser pour améliorer la satisfaction des patients à moindres coûts. Elle utilise aussi cette technologie comme un canal permettant de développer une communication directe et personnalisée avec le client : SMS de satisfaction et note du praticien. Le patient est ainsi encouragé à entrer dans des activités de cocréation plus engageantes qui permettent à Dr.Consulta de récolter des informations utiles à l'amélioration continue de sa proposition de valeur.

En définitive, les organisations récoltent les retours des patients pour améliorer l'acceptabilité de leur proposition de valeur et encouragent en même temps la création d'interactions avec les patients. Néanmoins, ces interactions dépendent surtout de la motivation du patient à s'impliquer. Il semble alors pertinent de se reposer sur le personnel pour les inciter à entrer dans des activités de cocréation.

2.2. ... mais aussi du personnel pour affiner la proposition de valeur

Le patient n'étant pas toujours à même de s'impliquer, affiner la proposition de valeur selon les retours terrain du personnel peut s'avérer utile. En tant que prestataire de service, les membres du personnel expérimentent eux-mêmes le service et peuvent rendre compte des potentiels dysfonctionnements selon leur expertise. Que ce soit à leur initiative ou non, ils récoltent aussi des retours directement auprès des patients avec qui ils interagissent pendant la prestation de service. Les organisations peuvent alors mettre en place des mécanismes qui encouragent le personnel à communiquer ce type d'informations. Des réunions régulières sont par exemple organisées entre les membres des équipes médicales de CIES, Dr.Consulta et Phelophepa. En plus de discuter les retours patients, ces réunions permettent au personnel de s'impliquer, de partager sa propre expérience et de renforcer ses compétences en conséquence. De manière similaire, la NPC encourage la communication des cliniques entre elles et avec la NPC. Le but est que le personnel échange des informations au niveau de chaque clinique, du réseau entier et de la NPC. La communication intra-clinique permet un ajustement propre à chaque clinique selon la communauté ciblée, celle inter-clinique favorise l'échange d'expériences dont les infirmières peuvent tirer parti pour ajuster leur proposition de valeur ; et les retours des infirmières à la NPC constituent un levier d'ajustement de la proposition de valeur commune à l'ensemble du réseau. Ainsi, la communication interne permet d'adapter la proposition de valeur selon les besoins des patients mais aussi de faire accepter ces ajustements à la NPC dont les cliniques dépendent.

Parmi les organisations étudiées, Dr.Consulta et Unjani semblent être celles qui cherchent le plus à communiquer sur l'expérience du service que vit leur personnel. Ceci peut s'expliquer par leur système franchises qui appelle l'uniformité des services fournis et d'une satisfaction des patients globale quelque soient les cliniques. Alors, la proposition de valeur a besoin d'être unifiée à un niveau global. De plus, leur modèle économique repose sur la viabilité de leur activité, qui est elle-même dépendante de la satisfaction des patients envers le service. Les organisations ont donc tout intérêt à faire des ajustements réguliers qui satisfassent les acteurs principaux d'une prestation de soin, c'est-à-dire le personnel et les patients.

Par ailleurs, la centralisation des décisions semble plus marquée dans le réseau de Dr.Consulta, alors qu'Unjani laisse plus d'indépendance aux infirmières. Cette marge de manœuvre implique une transparence accrue envers la NPC ; et doit tout de même être validée par la NPC. Dès lors, la communication est aussi mobilisée pour faire valoir leur suggestion auprès de la NPC. Par analogie, Dr.Consulta pourrait être considéré comme un réseau composé de cliniques, alors qu'Unjani serait considéré comme des cliniques regroupées en réseau.

Que ce soit par l'usage des technologies ou de la communication interne, les organisations cherchent à obtenir des retours terrain utiles à l'ajustement de leur proposition de valeur et la satisfaction des patients. Les organisations à but lucratif semblent multiplier les moyens pour y parvenir, car leur viabilité dépend directement de l'utilisation du service et de la satisfaction des patients. Le cas des réseaux franchisés appelle aussi une uniformité de la proposition de valeur et implique de satisfaire le franchiseur.

2.3. Considérer les acteurs locaux pour ajuster la proposition de valeur

En plus de satisfaire les patients, il peut s'avérer nécessaire de satisfaire d'autres acteurs de l'écosystème. Ainsi, CIES et Phelophepa intègrent les retours des patients pour ajuster leur proposition de valeur, mais doivent aussi faire accepter ces modifications par les parties prenantes dont elles dépendent. CIES dépend de sa relation avec le gouvernement à qui elle vend ses services, et Phelophepa est tributaire de l'entreprise ferroviaire d'état Transnet qui finance la fondation dont elle est issue. Il ne se s'agit pas d'avoir l'autorisation, mais d'avoir le soutien de ces parties prenantes qui sont influentes sur l'activité des organisations. Les rallier à l'ajustement de la proposition de valeur s'avère ainsi pertinent.

Par ailleurs, Unjani et Phelophepa collaborent avec des institutions locales, principalement des écoles et cliniques, afin d'obtenir des informations sur les besoins locaux. Cette stratégie s'inscrit dans le prolongement de celle de l'engagement des acteurs de l'écosystème de la

découverte de valeur. Néanmoins, elle se focalise sur les retours que les acteurs locaux peuvent transmettre à la suite des activités menées. Ces derniers communiquent ainsi des retours que les patients ne sont pas toujours en mesure d'exprimer, parce qu'ils ne le désirent pas ou qu'ils ne peuvent pas le faire. Ce dernier cas de figure est le plus probable lors qu'il s'agit d'initiatives où il n'y a pas de suivi patient à long terme. C'est ainsi le cas pour toutes les activités de proximité réalisées hors les murs et pour les trains mobiles de Phelophepa et les structures mobiles ou amovibles de CIES. En définitive, les informations fournies par les acteurs locaux s'avèrent cruciales pour adapter la proposition de valeur.

Les acteurs locaux sont ainsi une source d'informations importante pour ajuster la proposition de valeur selon leur perception de la satisfaction des patients et selon les retours qu'ils captent eux-mêmes auprès des patients. Quelle que soit la nature de l'organisation, les acteurs locaux semblent agir tels des relais de communication, rôle qui apparaît d'autant plus accru dans le cas d'activité ponctuelle.

2.4. Engager les communautés vulnérables pour leurs rôles multiples

En plus des impacts liés à la prestation de soins aux plus démunis, les quatre organisations semblent influencer le bien-être économique et social de populations vulnérables. Dr.Consulta recrute des jeunes travailleurs, CIES recrute des infirmières peu expérimentées, Unjani favorise l'entrepreneuriat des infirmières issues de la communauté noire et Phelophepa engage des employés locaux à court terme, des étudiants en stage, et des retraités. En employant des personnes habituellement exclues du marché de l'emploi, elles peuvent accroître l'envergure de leur impact. De cette manière, leur activité ne se limite pas à la prestation de soins, et vise aussi à créer des opportunités pouvant être moteur de bien-être économique et social pour des populations vulnérables. La comparaison des cas témoigne d'un niveau d'engagement variable envers les communautés démunies, c'est-à-dire qu'elles peuvent :

- (1) Créer un emploi qui sera principalement une source de revenus à court terme (Phelophepa) ou à moyen et long terme (Dr.Consulta, CIES et Unjani) ;
- (2) Éduquer les acteurs locaux vulnérables via des formations ponctuelles (Phelophepa) ;
- (3) Autonomiser des personnes vulnérables via des formations et un soutien à long terme (CIES et Unjani).

Le déploiement de pratiques inclusives ayant un engagement variable pourrait en fait être lié à la mission sociale de l'organisation. Alors qu'Unjani et Phelophepa exposent clairement un objectif de développement inclusif ; CIES et Dr.Consulta n'évoque que la mission sociale

liée à leur activité de soin. Ces différences peuvent s'expliquer par la B-BBEE³⁴¹ d'Afrique du Sud par laquelle les entreprises sont habituées à communiquer sur l'intégration des populations historiquement discriminées. Cependant, les organisations qui déploient des pratiques ayant un fort niveau d'inclusivité sont aussi celles qui ont clairement exposé leur intention de développement inclusif (Unjani et Phelophepa).

Par ailleurs, le caractère mobile paraît aussi être une source d'influence dans l'adoption de certaines pratiques inclusives. Phelophepa emploie et forme la communauté locale dans chaque station où elle s'arrête. Ces pratiques inclusives permettent de maximiser son impact dans des zones où elle ne reste que deux semaines. Elle compense ainsi sa présence limitée. Dans le cas de structures plus stables, ce type de pratiques inclusives peut conduire à des effets à plus long terme. CIES dispensent des soins sur des périodes de plusieurs mois qui appellent à recruter du personnel à plus long terme, ce qui implique, de fait, des transformations plus durables.

Enfin, l'inclusivité aspirationnelle liée à la formalisation d'une mission sociale semble être une source d'influence majeure dans la conduite de pratiques inclusives. Unjani NPC affiche clairement sa mission d'autonomiser les infirmières et déploie des pratiques inclusives très engageantes tel que l'accompagnement des infirmières. A l'inverse, Dr.Consulta n'a pas formulé de mission sociale allant au-delà de sa prestation de service, et elle déploie des pratiques peu inclusives.

Engager les populations vulnérables peut alors être perçu comme un moyen de créer des opportunités sources de bien-être économique et social pour ces mêmes populations. Dans le cas où cet objectif est formalisé par l'organisation, il pourrait être considéré comme une partie de la proposition de valeur.

2.5. Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension proposition de valeur : engager et satisfaire plusieurs acteurs de l'écosystème

Favoriser la communication interne permet donc un ajustement régulier de la proposition de valeur via les retours patients, mais aussi du personnel quant à sa propre expérience du service en tant que prestataire et cocréateur avec les patients. L'orientation lucrative semble impliquer la mise en place de mécanismes formels au profit de la satisfaction patient, alors que

³⁴¹ « *Broad-Based Black Economic Empowerment* »

l'orientation non lucrative semble se concentrer sur la satisfaction d'autres acteurs par la conformité aux obligations de transparence.

Enfin, il semble que le développement inclusif puisse être intégré à la proposition de valeur d'une organisation, même si le niveau d'inclusivité des pratiques utilisées et l'engagement de l'entreprise peuvent varier. Ces deux aspects semblent en fait dépendre de l'orientation court ou long terme de l'organisation, mais aussi de la formalisation de son inclusivité aspirationnelle.

SECTION 3 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « CREATION DE VALEUR »

La dimension « création de valeur » souligne la manière dont l'organisation mobilise ses ressources internes et externes pour créer de la valeur et ainsi délivrer une prestation de soins acceptable. Pour ce faire, Angeli et Jaiswal soulignent la pertinence de s'appuyer sur des technologies médicales innovantes et des ressources humaines médicales. Dans la continuité de ces résultats, l'analyse de nos cas met en avant l'intérêt de considérer le bénéfice associé à l'utilisation des TIC, de tirer profit d'un management de ressources humaines dans une approche centrée patient et de collaborer avec plusieurs acteurs de l'écosystème local et international. Le cas Phelophepa se différencie distinctement par l'attention portée à une équité culturelle et le besoin exacerbé d'une cohésion interne entre les membres du personnel.

3.1. Mobiliser des technologies médicales innovantes et des TIC pour délivrer la proposition de valeur

L'usage de technologies médicales innovantes facilite la livraison d'une prestation de services adaptée aux besoins des patients à moindre coût. L'ensemble des organisations étudiées utilisent des machines médicales innovantes. Si ces équipements sont indispensables à une prestation de soin de qualité, il semble que l'usage des TIC puisse améliorer l'expérience patients et les coûts associés. Ainsi, CIES, Dr.Consulta et Unjani se reposent sur des systèmes EMR assurant le suivi des patients et sur des PGI permettant une gestion optimisée des processus internes. Dr.Consulta se différencie par l'utilisation d'un système *lean data* pour collecter les données des patients et proposer un service en accord avec la demande. Unjani a développé son propre logiciel de gestion alors que CIES dépend de celui du gouvernement. A l'inverse, Phelophepa n'utilise pas ce type d'outil numérique dont l'intérêt apparaît limité du fait de son caractère ponctuel et mobile. Elle n'a ainsi pas l'intention de suivre le patient sur du long terme, et se base alors sur le principe du « 1^{er} arrivé, 1^{er} servi ». Ainsi, elle mobilise surtout

des technologies pour développer des moyens logistiques permettant l'optimisation de ses coûts d'approvisionnement et de transport.

L'usage des TIC semble être un levier peu coûteux pour récolter des informations utiles à la gestion du service et à un suivi patient dans le temps. Il peut ainsi faciliter les interactions avec les patients et la transmission d'informations au sein de l'organisation. Néanmoins, son intérêt apparaît plus limité dans le cas des initiatives mobiles qui ne suivent pas les patients sur le long terme.

3.2. Tirer parti de la gestion des ressources humaines pour encourager la cocréation dans les expériences de soin

En accord avec les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016^o), les organisations étudiées prêtent une attention particulière au recrutement du personnel médical comme levier d'acceptabilité auprès des plus démunis. Néanmoins, l'étude de nos cas montre que les organisations se soucient aussi du personnel non médical qui influence l'expérience du service. Le management des ressources humaines semble alors agir comme un levier clé de la création de valeur.

L'ensemble des organisations se focalise sur le recrutement de médecins qualifiés et expérimentés pour assurer la qualité des soins fournis. Alors que Dr.Consulta s'appuie sur des processus de suivi et d'incitations pour garantir les pratiques de leur personnel médical, CIES recrute les médecins sur recommandation. Les deux organisations s'assurent néanmoins que les médecins recrutés adhèrent à leur philosophie. Unjani rejoint cette approche en se focalisant sur la sélection d'infirmières expérimentées tout en s'assurant du profil entrepreneurial des candidates. Dans une moindre mesure, Phelophepa valorise l'expérience professionnelle du personnel médical permanent pour les postes de managers de clinique ; mais, elle juge surtout la capacité des candidats à vivre et travailler en communauté au sein du train de manière quotidienne. **Quelle que soit l'organisation, elles semblent toutes s'assurer d'une certaine adéquation culturelle du personnel médical avec la culture interne. Cette préoccupation ne se restreint pas au seul personnel médical, et considère aussi le personnel non médical.**

Les activités menées par le personnel non médical visent à faciliter la prestation des soins délivrés par le personnel médical aux patients. Moteur de la relation avec les patients par des interactions amont et aval de la prestation de soin, le personnel administratif encourage les patients à entrer dans des activités de cocréation. Dans toutes les organisations étudiées, ils accompagnent et orientent le patient le long de l'expérience du service. Conjointement à leur objectif d'inclusivité, Phelophepa et Unjani privilégient le recrutement d'un personnel issu de

la communauté locale. Son appartenance à la communauté permet ainsi de faciliter les échanges et de nouer une relation de confiance avec les patients locaux. Dans le cas de Phelophepa, cette pratique permet aussi de surmonter les barrières de langage. En effet, la mobilité du train apporte une mixité culturelle entre le personnel permanent du train qui provient de différentes régions, et avec les patients des différentes régions desservies, qui peut être difficile à gérer. Les organisations ayant formalisé leur inclusivité aspirationnelle, c'est-à-dire Phelophepa et Unjani, tendent à recruter davantage de personnes issues des communautés locales. Cette pratique semble alors renforcer leur acceptation locale.

En dehors des politiques de recrutement, les pratiques de développement des compétences, d'intégration et de rétention des ressources humaines semblent aussi affecter les processus de cocréation. Dans les quatre cas étudiés, le personnel est guidé et évalué selon ses résultats. Les médecins de CIES doivent recevoir un nombre de patients correspondant aux objectifs imposés par le gouvernement envers qui l'ONG est engagée. Les managers des cliniques de Phelophepa se fixent des quotas de patients à traiter par jour et doivent transmettre leurs résultats à la fondation Transnet. L'ensemble des employés permanents est aussi régulièrement évalué. De manière plus prononcée, les employés de Dr.Consulta sont soumis à des processus de contrôle et de récompense. Enfin, les infirmières Unjani doivent respecter les règles du réseau. La conformité de leur clinique et de leur pratique sont régulièrement évaluées par la NPC.

Dr.Consulta cherche avant tout à s'assurer de l'implication de ses employés au service d'une prestation uniforme et de qualité. Sa politique de contrôle peut s'expliquer par son modèle de profit. Reposant sur sa seule viabilité financière, elle doit satisfaire ses patients, au risque de perdre sa clientèle. Son appartenance à un réseau de franchises renforce aussi un besoin d'uniformité qui peut être géré via ces processus de contrôle. C'est aussi pour cette raison que les infirmières sont soumises à des comptes rendus d'activités réguliers. La différence réside surtout dans le système de récompenses associé. Alors, que les médecins de Dr.Consulta reçoivent des primes, les infirmières Unjani n'ont aucun bonus financier. Elles peuvent néanmoins recevoir des formations ciblées en fonction de leur lacune en gestion. Au sein de leur clinique, les infirmières gèrent leurs employés comme elles l'entendent et certaines d'entre elles octroient par exemple des bonus à leur personnel. Les employés de Phelophepa reçoivent aussi des primes selon l'atteinte de leurs objectifs, mais ce sont eux qui les fixent. Enfin, les médecins de CIES sont payés en fonction de leur présence et de leur efficacité, mais aucun d'entre eux n'a évoqué l'existence de prime de résultats.

Quelle que soit la méthode utilisée, l'engagement du personnel s'avère nécessaire à la prestation d'un service de santé de qualité centré sur le bien-être du patient. La différence entre ces études de cas réside surtout dans la manière de stimuler cet engagement, qui semble en fait lié au niveau d'inclusivité de l'organisation. En effet, Unjani et Phelophepa formalisent leur inclusivité aspirationnelle et mettent en place des activités très inclusives. Unjani cherche l'autonomisation des infirmières et la création d'emplois pour les membres de la communauté. Phelophepa forme des étudiants stagiaires et emploie et forme ponctuellement les membres de la communauté. Ces pratiques requièrent un fort engagement des ressources humaines des organisations, qu'elles soient la cible des activités inclusives ou non. En effet, le personnel permanent de Phelophepa s'engage à former et à orienter les employés de la communauté, ainsi que les étudiants stagiaires ; et le personnel permanent d'Unjani NPC fournit un soutien régulier aux infirmières du réseau. Ainsi, les ressources humaines médicales et non médicales peuvent agir comme un levier de cocréation au profit d'une prestation qui est source d'opportunités pour le bien-être social et économique de la communauté. CIES n'a pas formalisé son inclusivité aspirationnelle et ne semble pas s'appuyer sur de forts processus de contrôle. Néanmoins, les employés semblent présenter un certain dévouement pour l'ONG. Il semble qu'un recrutement basé sur le bouche-à-oreille et l'adéquation culturelle, puisse aussi conduire à un certain engagement de la part des employés.

Les organisations les plus inclusives sont celles dont les employés s'engagent personnellement et dont le management des ressources humaines repose sur une logique de transparence. A l'inverse, l'organisation la moins inclusive est celle ayant de nombreux processus de contrôle et d'incitations. Ainsi, il semble que la mise en place de pratiques inclusives ou du moins la formalisation d'une inclusivité aspirationnelle puisse améliorer l'engagement des ressources humaines et diminuer le besoin de contrôle.

En définitive, les organisations dont l'inclusivité aspirationnelle est formalisée semblent se reposer sur un engagement professionnel et personnel de ses employés. Ces derniers semblent alors naturellement investis pour délivrer une prestation de qualité aux plus démunis. À l'inverse, les organisations n'ayant pas formalisé une inclusivité aspirationnelle stimulent l'implication du personnel par des processus de contrôle et de récompenses. Néanmoins, ces suggestions sont à modérer dans le cas des initiatives mobiles dont les systèmes d'incitations semblent plus exacerbés. Ils peuvent ainsi compenser les contraintes personnelles et professionnelles vécues par les employés du fait de la mobilité de l'activité.

3.3. Créer un réseau de valeur national et international

Chaque organisation étudiée tire un intérêt des collaborations qu'elle crée avec des acteurs externes. Même si les collaborations n'ont pas la même intention selon les organisations, elles contribuent toutes à faciliter la création de valeur dans la prestation de service. Ainsi, CIES s'engage auprès de plusieurs types d'acteurs : le gouvernement pour qui elle agit en tant que sous-traitant, plusieurs entreprises locales auprès desquelles elle s'équipe, et des organisations internationales auprès desquelles elle reçoit des subventions et gagne en notoriété internationale. Dr.Consulta s'appuie sur son réseau d'acteurs internationaux auprès desquels elle a pu par exemple prendre conseil et lever des fonds. Elle crée aussi des partenariats ponctuels avec des organisations locales dans la conduite d'action de sensibilisation. Unjani NPC collabore avec des filiales sud-africaines d'entreprises de renom international pour assurer le financement de ses cliniques. De plus, les cliniques Unjani interagissent beaucoup avec les institutions locales pour mener des programmes de proximité. La participation financière des entreprises partenaires peut s'expliquer par le programme B-BBEE auquel elles doivent se soumettre. Enfin, Phelophepa collabore avec deux FMN qui financent l'équipement de certaines cliniques du train et s'entoure d'un comité d'organisation local composé de multiples acteurs locaux à chaque station. Quelle que soit l'orientation lucrative des organisations, les collaborations internationales semblent surtout avoir un motif financier. Elles permettent aussi d'avoir une exposition internationale bénéfique à la création de nouveaux partenariats. À un niveau opérationnel, les organisations semblent davantage se tourner vers des acteurs locaux qui ont une connaissance locale et avec qui il semble plus facile de collaborer du fait de leur proximité géographique et culturelle. Néanmoins, Dr.Consulta, seule organisation à but lucratif, semble moins se reposer sur des acteurs locaux pour mener son activité de service de soin.

En définitive, le rôle du management des ressources humaines et des collaborations semblent renforcer la pertinence d'interagir avec des acteurs issus de l'écosystème local. Ces derniers facilitent la conduite de leurs activités et renforcent l'acceptabilité locale de l'organisation. La collaboration avec des acteurs internationaux peut aussi contribuer à une meilleure acceptation locale puisqu'une reconnaissance internationale peut être source de légitimité.

3.4. Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « création de valeur » : encourager les activités de cocréation multi acteurs

Encourager la multiplication des activités de cocréation de valeur avec plusieurs acteurs de l'écosystème est un levier indispensable à la livraison d'une prestation de soin. Pour ce faire, les organisations peuvent s'appuyer sur des technologies médicales et des TIC, mobiliser des ressources humaines locales médicales et non médicales et collaborer avec des acteurs locaux et internationaux. L'objectif pour l'organisation est de faciliter les interactions avec plusieurs types d'acteurs ayant différents rôles et étant situés à différentes strates de l'écosystème de service. Ce faisant les organisations s'intègrent à l'écosystème et contribuent à son évolution, gagnent en légitimité et accroissent leur acceptation locale auprès de différents acteurs, qu'ils soient directement impliqués dans la cocréation de valeur ou non. Néanmoins, une dépendance envers certains acteurs peut se créer et ainsi détériorer la qualité des activités de cocréation déployées au sein de l'écosystème. Un objectif de productivité imposé par un collaborateur peut par exemple réduire la qualité et le temps accordé aux interactions avec les patients. Même si ce type de phénomène peut nuire à l'acceptabilité du service, une gestion adaptée des ressources humaines semble pouvoir contrer ces effets négatifs, à condition qu'elle assure une approche centrée patient. De plus, l'appartenance du personnel à la communauté locale tend à créer un engagement professionnel et personnel de la part du personnel et à faciliter la communication avec le patient. Enfin, la collaboration avec des acteurs connus de l'écosystème et/ou reconnus mondialement peut contribuer à une meilleure acceptation auprès des patients, et des institutions locales.

En définitive, interagir et cocréer avec des ressources humaines locales et des partenaires locaux et internationaux permet de gagner en légitimité au sein de l'écosystème. Diminuant ainsi les réticences psychologiques et cognitives des patients, ces derniers seront plus à même de s'impliquer dans des activités de cocréation engageantes avec le prestataire, et d'en faire la promotion dans leur propre réseau de valeur. S'appuyant sur un effet boule de neige, la cohésion formée autour de l'organisation et son initiative pourrait attirer de potentiels patients, employés et autres parties prenantes dont la participation serait susceptible de faciliter l'opérationnalisation et l'acceptation de l'organisation.

SECTION 4 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « APPROPRIATION DE VALEUR »

La dimension « appropriation de valeur » regroupe les diverses stratégies qu'une organisation met en place pour partager la valeur créée avec ses parties prenantes. Selon l'objectif associé au BM BoP dédié à la prestation de services de soin, les caractéristiques de la dimension « appropriation de valeur » sont directement liée au niveau d'accessibilité et d'inclusivité de la proposition de valeur.

4.1. Entretenir les relations écosystémiques

Les organisations dont l'activité repose en partie sur un ou plusieurs collaborateurs s'attachent à entretenir des bonnes relations écosystémiques, et notamment avec leurs partenaires clés.

CIES entretient donc les relations avec le gouvernement pour qui elle agit en tant que sous-traitant et dont la majeure partie de son activité dépend. La valeur créée ne repose donc pas sur la seule satisfaction des patients, mais aussi sur celle du gouvernement qui veut désengorger le SUS et redorer son image auprès de la population. Dans une perspective similaire, Unjani et Phelophepa répondent aux besoins de transparence exprimés par leurs donateurs qui peuvent ainsi s'approprier la valeur créée. Elles cherchent ainsi à maintenir l'engagement des donateurs utile à la viabilité des initiatives. Alors que ces relations sont gérées au niveau de la NPC pour Unjani et de Transnet pour Phelophepa, des relations méso-systémiques sont gérées au niveau de leurs cliniques respectives. Chaque clinique Unjani gère son intégration au sein de la communauté et ses relations avec des acteurs locaux, telles que les cliniques et les écoles. Pendant que les organisations partenaires bénéficient de l'activité menée, chaque clinique accroît l'étendue de ses opérations tout en gagnant une meilleure acceptation auprès des acteurs locaux. La même approche s'applique à Phelophepa via ses mobilisateurs sociaux. Ces derniers entretiennent des relations avec les organisations membres du comité local d'organisation de chaque station : écoles, maisons de retraite, centres correctionnels, cliniques locales, département du travail et de la santé, afin d'opérationnaliser les activités de santé dans de bonnes conditions et dans un climat de confiance. La multiplication des interactions permet d'obtenir un soutien extérieur pour mobiliser les communautés et compenser ainsi l'absence de Phelophepa en amont de la proposition de valeur due à la mobilité de son initiative. Ces acteurs, quant à eux, bénéficient de l'intervention de Phelophepa dans leur structure, et orientent même le choix des programmes de proximité du grâce à leur connaissance des communautés.

À l'inverse, Dr.Consulta ne semble pas avoir ce type de préoccupation puisque son modèle dépend principalement de la satisfaction de ses clients et non d'autres acteurs locaux externes à l'entreprise envers qui elle ne semble avoir aucune dépendance. Ces efforts se concentrent surtout sur le maintien et la satisfaction de ses patients et de son personnel. Néanmoins, la satisfaction de ces deux parties prenantes semble interdépendante, à travers l'expérience du service et des mécanismes de contrôle et de motivation associés. Elle s'efforce ainsi d'encourager leurs interactions par un climat favorable.

En définitive, la nécessité pour une organisation de maintenir des relations avec ses partenaires et/ou d'être transparent semble surtout liée à sa dépendance financière ou opérationnelle envers les partenaires sans qui elle ne pourrait pas exercer son activité.

4.2. Construire des modèles répliquables pour dupliquer son impact

L'objectif des organisations est de faire bénéficier leur activité à un maximum de patients. Ainsi, elles cherchent à créer des modèles répliquables. Dr.Consulta et Unjani se basent sur un système de franchises qui, grâce à la reproduction de cliniques dans plusieurs lieux, permet d'atteindre des patients de différentes communautés en favorisant la proximité physique de leur clinique à un plus grand nombre de patients. Si Unjani et Dr.Consulta développent un concept de franchises pour élargir la zone de leurs activités. CIES alterne la localisation de ses arènes amovibles de soins pour couvrir plusieurs zones par intermittence. Phelophepa a, quant à elle, reproduit un deuxième train identique desservant différentes zones géographiques.

Quoi qu'il en soit, toutes les organisations cherchent à accroître leur impact via une couverture géographique plus étendue. Il semble néanmoins possible de distinguer, d'une part les organisations aux modèles mobiles et/ou amovibles implantées pour du court ou moyen terme, et d'autre part les organisations aux modèles fixes implantées sur du long terme. Alors qu'Unjani et Dr.Consulta cherchent à répliquer leur modèle pour maximiser le nombre de cliniques leur permettant d'étendre leur présence sur le territoire, CIES et Phelophepa élargissent leur couverture géographique en alternant leurs zones d'action. Chacune des initiatives accroît sa couverture géographique pour toucher de nouveaux patients, néanmoins, le système de CIES et Phelophepa limitent la duplication de certains bénéfiques. Puisque le principe de leur activité ne repose pas sur leur capacité à répliquer à l'infini leur modèle, il ne permet pas de répliquer les bénéfiques associés comme la création d'emplois supplémentaires à chaque modèle créé. Même si elle recrute des employés locaux temporaires, le bénéfice perçu par les employés et même par les patients de la zone n'est pas durable.

Le cas de Dr.Consulta se différencie par sa capacité à réaliser des économies d'échelle à travers la réplique de ses cliniques. Similairement, la réplique des cliniques Unjani permet au NPC de gagner en viabilité via les charges de réseaux que les cliniques leur transmettent.

Dans tous les cas, les organisations recherchent la standardisation de leur service au profit d'une expérience du service de qualité tout en couvrant une plus grande partie du territoire. En définitive, cela contribue à être accessible physiquement pour un plus grand nombre de personnes. Répliquer son modèle semble ainsi pertinent.

4.3. L'autonomisation comme levier de développement inclusif

Ayant formalisé leur intention stratégique, Phelophepa et Unjani s'efforcent d'étendre leur impact à d'autres acteurs de l'écosystème, en cherchant à créer des leviers d'autonomisation pour les populations dites vulnérables. Ainsi, les infirmières d'Unjani et leurs employés peuvent s'approprier les opportunités créées, tout comme peuvent le faire les employés locaux temporaires, les étudiants stagiaires et les élèves de l'édu-clinique de Phelophepa. L'appropriation de la valeur par d'autres parties prenantes de CIES et Dr.Consulta s'avère plus limitée. Néanmoins, leurs activités s'avèrent créatrices d'opportunités pour les infirmières inexpérimentées de CIES et les jeunes employés de Dr.Consulta.

Le fait de formaliser l'inclusivité aspirationnelle semble donc influencer l'appropriation de valeur et les parties prenantes impliquées, car la formalisation peut engendrer la mise en place de processus dédiés au déploiement d'activités inclusives bénéficiant aux populations vulnérables clairement identifiées.

4.4. Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « appropriation de valeur »: interagir, dupliquer et formaliser en faveur du *Triple Aim*

L'ensemble des stratégies déployées au niveau de la dimension appropriation de valeur peut affecter l'atteinte du *Triple Aim* puisqu'elles détiennent une influence sur l'expérience de soin, le coût induit et la santé globale de la population. Dès lors, il semble nécessaire de mettre en perspective ce *Triple Aim* avec les objectifs de création de valeur et de développement inclusif des stratégies BoP. La création d'opportunités et/ou de transformations économiques et sociales semble pouvoir influencer l'atteinte du *Triple Aim*. Néanmoins, il semble nécessaire d'intégrer la notion d'équité pour encourager l'accessibilité équitable des services de santé aux plus démunis et la création équitable d'opportunités à leur égard. En effet, il semble que le maintien

des relations écosystémiques, la réplication standardisée et l'autonomisation puissent accroître la proximité géographique et sociale de l'organisation envers les patients potentiels, ce qui de fait accroît l'équité d'accès entre les différents patients. Quelles que soient l'orientation lucrative et la mobilité de l'initiative, l'équité de soin contribue à une meilleure accessibilité du service au plus grand nombre. Il semble aussi que la formalisation de l'inclusivité aspirationnelle puisse encourager l'accès équitable des populations locales aux pratiques de cocréation inclusives. La seule différence réside surtout dans la manière de mobiliser ces leviers pour pallier le manque de ressources lié au caractère lucratif ou ponctuel de l'initiative.

SECTION 5 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES EMERGENTES

Nous avons analysé les stratégies que déploient les organisations à chaque dimension de leur BM pour permettre l'accessibilité de leurs services de santé aux plus démunis. Néanmoins, certaines d'entre elles n'ont pas pu être rattachées aux dimensions de valeur du BM telles que les ont conceptualisées Angeli et Jaiswal (2016). Ainsi, nous comparons ces stratégies qui suggèrent la création d'une nouvelle dimension de valeur au BM BoP de santé primaires.

5.1. Une infrastructure et une localisation physiquement accessible

Toutes les organisations étudiées s'efforcent de faciliter l'accessibilité géographique de leur service de santé. Pour cela, elles développent des infrastructures innovantes et/ou se positionnent à des endroits stratégiques. Dans le cas de structures fixes, le choix d'une localisation réduit de fait l'accessibilité physique du service proposé. Alors, Dr.Consulta et Unjani prêtent attention à la disponibilité des transports aux alentours de leur structure. Dr.Consulta préfère une localisation centrale en zone urbaine et périurbaine où les transports en commun sont disponibles et Unjani s'assure que ses cliniques soient visibles au cœur des communautés et accessibles en taxi-brousse.

Les organisations mobiles ou amovible détiennent plus de flexibilité quant au choix de leurs emplacements. Afin, d'élargir son périmètre d'action, CIES modifie régulièrement l'emplacement de ses différentes arènes de santé amovibles, mais se positionne toujours près d'un hub de transport. Elle complète aussi son offre avec des structures mobiles (vans de santé) pour atteindre des endroits plus isolés comme les favelas. Phelophepa se distingue des autres organisations du fait de son infrastructure entièrement mobile. Paradoxalement, cette mobilité lui impose tout de même des contraintes de localisation, car elle dépend de la présence d'infrastructures ferroviaires et de leur capacité à recevoir un train si imposant. Avec une

logique similaire à celle de CIES, Phelophepa joue sur la complémentarité de ses deux trains qui empruntent des routes différentes et élargissent la zone géographique couverte même si elle reste tributaire des infrastructures ferroviaires publiques.

Alors, l'infrastructure elle-même peut améliorer l'accessibilité du service pour les patients. Les cliniques Unjani sont de taille réduite, peu coûteuses, faciles à installer et prêtes à l'emploi. Elles peuvent ainsi être placées au cœur des communautés. Intégrées aux communautés, elles sont progressivement acceptées et gagnent alors en proximité sociale avec les membres de la communauté. L'amovibilité de ses containers et la mobilité de ses vans de santé offrent à CIES lui une flexibilité pour choisir sa localisation. À l'inverse, le caractère fixe des cliniques Dr.Consulta limite le choix des lieux d'implantation.

Quelle que soit l'organisation, la conduite de programmes de proximité semble être un complément intéressant pour étendre son activité et ainsi surpasser certaines limites liées à sa localisation et/ou de son infrastructure. CIES développe son programme PMP³⁴² en se rendant directement dans les entreprises. Dr.Consulta organise des actions de sensibilisations ponctuelles dans des lieux publics fréquentés. Unjani met en place des programmes de proximité chez des acteurs partenaires (cliniques locales et écoles), et Phelophepa conduit des programmes de proximité réguliers avec les membres du comité d'organisation local dans leur structure respective. Ces programmes permettent d'aller au plus près des patients sans qu'ils aient à se déplacer. Cela peut donc réduire la barrière organisationnelle de l'accessibilité physique. Cela permet aussi d'interagir directement avec les patients grâce à une réduction du biais lié au cadre institutionnel de l'organisation. L'organisation peut ainsi paraître plus accessible socialement pour le patient. Néanmoins, il semble que tous ces programmes de proximité impliquent la collaboration d'acteurs extérieurs à l'organisations. Souvent familiers des patients, ces acteurs peuvent agir comme des « facilitateurs physiques » par la mise à disposition de leurs locaux, et comme des « facilitateurs sociaux » par le confort psychologique et émotionnel qu'ils offrent aux patients.

En définitive, l'objectif n'est pas forcément d'être au plus proche des patients, mais au plus accessible physiquement, psychologiquement et socialement. Le choix de la localisation et des infrastructures peut alors agir dans ce sens.

³⁴² Programme de médecine préventive

5.2. Design interne et processus de services soignés et standardisés

L'ensemble des organisations adopte des processus internes très organisés visant à améliorer l'expérience du service. Les procédures internes et les processus d'accompagnement le long du service de soin permettent d'optimiser le temps tout en guidant le patient. Le but est de collecter en amont les informations des patients qui seront utiles au médecin (CIES, Dr.Consulta et Phelophepa) ou à l'infirmière professionnelle (Unjani et Phelophepa) qui pourra se dédier totalement aux procédures de diagnostic et soins. Ainsi, Dr.Consulta a mis en place un parcours de soin en plusieurs étapes guidé par une signalétique visible et un personnel dédié. CIES détient aussi un parcours précis, néanmoins, la signalétique envers les patients est réduite. Alors que CIES et Dr.Consulta gèrent le flux des patients via des prises de rendez-vous, Unjani et Phelophepa se base sur le principe du « 1^{er} arrivé, 1^{er} servi ». Même si la raison semble avant tout culturelle, la prise de rendez-vous peut s'avérer très difficile pour une initiative mobile comme Phelophepa et pour une petite structure comme les cliniques Unjani. Ainsi, cela évite certaines lourdeurs administratives et réduit le risque d'annulation ou d'absentéisme des patients qui serait plus fatal à ce type de structures. Conscient que cette organisation détient ses limites lorsque l'affluence est importante, Phelophepa régule le nombre de patients en déterminant un nombre précis de patients à recevoir par jour, chacun se voyant attribuer un sticker. À l'inverse, les cliniques Unjani n'ont pas recours à ce type d'organisation, car l'affluence n'est pas si importante. Le risque pour les patients est d'attendre dans la file, et que l'infirmière ne puisse pas les recevoir le jour même. Pour éviter ce problème, l'assistante de l'infirmière gère progressivement la file d'attente pour jauger si les patients peuvent être reçus ce jour. Les différents processus sont gérés au regard du personnel présent, si bien que chaque membre du personnel détient un rôle précis au sein de ce processus.

Quelle que soit l'organisation adoptée, la mise en place de processus internes contribue à diminuer certaines barrières organisationnelles utiles à la prestation d'une expérience de soin de qualité pour les patients, mais aussi pour les professionnels de santé.

Par ailleurs, le design interne de l'infrastructure où est délivré le service semble aussi jouer un rôle dans l'expérience du service. Les patients prêtent une attention particulière à la propreté, et ce quelle que soit l'organisation. Néanmoins, il semble que ce soit encore plus important dans le cadre d'infrastructures inhabituelles comme les containers de santé d'Unjani ou de CIES. Surpris par ces infrastructures, les patients perçoivent la propreté comme un gage de sérieux et de qualité sur lequel s'appuyer pour réduire d'éventuelles réticences envers le service. De plus, des éléments plus superflus comme la décoration ou le mobilier peuvent être valorisés, car ils

contribuent à créer une atmosphère agréable. Néanmoins, cet aspect semble surtout être valorisé par le personnel, qui évolue quotidiennement dans cet environnement de travail, plus que par les patients. Cela est exacerbé dans le cas de Phelophepa où le personnel permanent vit à bord du train ou dans les cas de CIES et Unjani dont les structures en container sont peu accueillantes de nature. Afin de contraster avec l'aspect extérieur, CIES et Unjani s'appliquent en effet à créer un intérieur cosy et chaleureux.

Dans le cas d'Unjani et Dr.Consulta, la standardisation du design interne est aussi un moyen d'unifier les cliniques de leur réseau. Néanmoins, la liberté laissée aux infirmières Unjani leur permet de customiser leur intérieur selon leur désir. Cela contribue à donner une identité liée à leur personnalité. Ces deux organisations semblent être celles qui donne le plus d'importance à l'aspect physique de leur clinique. Cela peut s'expliquer par leur appartenance à un réseau standardisé, mais aussi par leur volonté de créer une relation suivie avec les patients. À l'inverse des autres initiatives, elles cherchent à fidéliser les patients pour qu'ils reviennent dans leur clinique et soient prêts à payer le prix du service. En effet, les patients semblent plus exigeants envers ces initiatives payantes envers lesquelles ils attendent un service plus développé (à l'exception de Phelophepa où seuls quelques services sont payants et ce, à un prix dérisoire).

Enfin, les processus de service et le design interne visent à optimiser le fonctionnement des cliniques, tout en maximisant la satisfaction des patients et du personnel. En dehors de l'hygiène indispensable à la prestation de service de santé, un intérieur soigné et des processus précis facilitent la conduite d'activités de cocreation le long de l'expérience du service. Ces derniers semblent agir comme des leviers pour moduler l'expérience service, et encourager la cocreation. De cette manière les organisations peuvent se différencier des services publics peu soignés avec un temps d'attente long et des services privés aux prix très importants. Enfin, ces éléments influencent l'image perçue des cliniques qui peut être unifiée selon leur standardisation.

5.3. Créer des aspirations

L'ensemble des organisations étudiées tente de créer des aspirations positives auprès des populations locales. Ainsi, elles combinent le développement de stratégies promotionnelles à la construction d'une identité de marque afin de gagner en notoriété et de se forger une image positive au sein de l'écosystème.

Dr.Consulta construit une forte identité de marque grâce à sa promotion média et une identité visuelle portée par ses cliniques franchisées. De manière similaire, Unjani forge sa notoriété

par la communication institutionnelle du réseau Unjani Clinics, par le marketing local des cliniques et par la particularité de ses cliniques en containers. Contrairement à Dr.Consulta, chaque clinique fait son propre marketing local à la guise de l'infirmière professionnelle entrepreneure qui devient l'étendard de sa propre clinique. Dans les deux cas, la création d'un réseau uniforme de cliniques renforce l'identité de l'organisation. Cela lui permet de se faire accepter auprès des patients, du personnel et des partenaires commerciaux potentiels et ainsi de créer des relations à long terme. Néanmoins, l'acceptation des cliniques Unjani semble surtout reposer sur l'acceptation des infirmières qui personnifient la marque Unjani dans leur communauté respective.

Afin de gagner en notoriété, Phelophepa mène aussi des actions promotionnelles au sein de l'écosystème. Néanmoins, son caractère ponctuel complique sa capacité à créer des relations à long terme avec les patients. Alors, Phelophepa communique en amont de son arrivée en station pour promouvoir ses services via les leaders de communauté, des journaux locaux ou des annonces par mégaphone. Au fil des années, le train s'est forgé une identité basée sur la symbolique du « train de l'espoir » qui lui permet de créer des aspirations positives auprès des patients, mais aussi de collaborateurs potentiels. Phelophepa attire ainsi du personnel permanent et temporaire, des collaborateurs locaux et des patients qui contribuent à délivrer sa prestation et à transmettre cette image positive au sein de l'écosystème. La création progressive de cette forte identité lui permet de se détacher de son appartenance à la fondation de l'entreprise d'État Transnet, si bien que les patients ont rarement connaissance du lien entre Transnet et Phelophepa.

Du fait de son partenariat avec le gouvernement qui lui transmet les patients du SUS, CIES ne cherche pas à promouvoir ses services. Néanmoins, l'organisation cherche à créer une identité qui lui est propre par ses valeurs incarnées dans ce qu'elle dénomme « l'ADN de l'amour ». Si cela lui permet de rassembler le personnel autour d'une vision commune, cela ne lui permet pas de se distinguer du gouvernement auprès des patients. Contrairement à Phelophepa, CIES n'a pas réussi à se créer sa propre identité, qui est associée à celle du gouvernement qui lui impose d'apposer le logo des municipalités dans lesquelles elle opère. Ainsi, son image auprès des patients tend à souffrir de la mauvaise réputation du système de santé publique. Cependant, elle réussit à communiquer sur ses valeurs sociales et se faire accepter auprès des acteurs nationaux et internationaux dans le milieu médical et en entrepreneuriat social. Cette exposition l'aide à s'entourer d'acteurs de confiance, et notamment d'un personnel médical en ligne avec sa vision sociale.

Ainsi, l'usage de stratégie de communication, de promotion ou de personnification peut permettre à l'organisation de se forger une image de marque utile pour attirer plusieurs membres de l'écosystème. En gagnant en légitimité, elle développe aussi sa place au sein de l'écosystème. Alors que l'appartenance à un réseau peut faciliter son acceptation locale, la collaboration avec le gouvernement peut s'avérer plus risquée si l'organisation ne parvient pas à se créer une identité distincte.

5.4. Mobiliser le sens communautaire

Contrairement aux autres initiatives, l'accessibilité des services de Phelophepa semble fortement dépendante de la mobilisation de la communauté. Outre son engagement pour préparer l'arrivée du train et le promouvoir, les membres de la communauté semblent s'entraider pour accéder aux services. La mutualisation du transport en est la preuve puisqu'elle surmonte le manque de transports reliant certaines stations, et diminue les risques sécuritaires. Même si ces arrangements sont à l'initiative des communautés, ils sont aussi insufflés par Phelophepa qui collabore notamment avec le département de l'agriculture pour encourager les fermiers à amener leurs employés au train.

Le sens communautaire peut ainsi être un levier d'accessibilité quand les organisations ne parviennent pas à ajuster l'ensemble de leur proposition de valeur visant à diminuer les barrières d'accès auxquelles se confrontent les plus démunis.

Conclusion du chapitre

Les différentes stratégies émergentes de l'analyse de nos cas et non mentionnées dans les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016) soulignent la nécessité pour les organisations de gagner en légitimité au sein de l'écosystème local et auprès de ses différents acteurs. Une localisation stratégique, un design et des processus soignés, le développement de stratégies promotionnelles et d'une identité de marque, peuvent encourager l'émergence d'activités de cocréation avec plusieurs acteurs locaux. En définitive, ces mécanismes peuvent permettre une meilleure acceptation de l'organisation au sein de son écosystème, ce qui contribue à son acceptation locale.

Alors que les organisations en réseaux peuvent bénéficier d'une image unifiée auprès des patients, celles qui collaborent avec le gouvernement peuvent souffrir de la mauvaise image de celui-ci. Alors, la création d'une identité distincte semble indispensable. Enfin, il semble que les organisations puissent diminuer certaines barrières à l'accès de leurs services en encourageant la mobilisation de la communauté dans des pratiques de mutualisation des moyens d'accès aux services.

Chapitre 7 : Un outil, concepts et propositions génériques

Introduction du chapitre

La prestation de services de santé aux plus démunis est un défi important dans les régions en développement où les systèmes de santé sont souvent inexistantes ou inefficients. Même si l'intérêt d'étudier l'accessibilité de ce type de service dans ces régions est reconnu, le sujet est peu traité dans la littérature (Angeli & Jaiswal, 2016 ; Bhattacharyya et al., 2010 ; Esposito, Kapoor, & Goyal, 2012). Dès lors, notre travail doctoral contribue à enrichir la littérature par une analyse de cas contrastés. L'intérêt est d'analyser des cas ayant cet objectif commun de rendre accessibles des services de santé aux plus démunis, mais ayant des manières différentes d'y parvenir. La mise en avant de convergences parmi ces divergences nous permet alors de proposer un outil générique : un BM BoP dédié à la prestation de service de santé primaires dans les régions en développement.

Les analyses inter et intra de nos cas fournissent des éléments de réponse à la question de recherche et incitent à affiner le cadre d'analyse mobilisé. Nous reformulons alors notre conceptacle initial, c'est à dire les appuis conceptuels et théoriques mis en avant en partie 1, à la lumière de notre analyse inter-cas. Ayant effectué cette analyse au regard de « *la conceptualisation de BM pour la prestation de soins de santé inclusifs à la base de la pyramide* » proposée par Angeli et Jaiswal (2016), nous proposons une reformulation de cette grille de lecture par l'ajustement des dimensions qui la composent.

Ainsi, la section 1 présente un cadre conceptuel reformulé à l'essentiel afin de proposer un outil générique « un BM BoP dédié à la prestation de service de santé dans les régions en développement ». Les sections suivantes détaillent le jeu propositionnel auquel l'outil est associé : la section 2 présente les propositions fondatrices et la section 3 les propositions opératoires.

SECTION 1 : UN BUSINESS MODEL BoP DEDIE A LA PRESTATION DE SERVICE DE SANTE PRIMAIRES

Nos analyses intra-cas et inter-cas ont mis en avant plusieurs stratégies pouvant être déployées pour délivrer des services de santé aux plus démunis. En accord avec les travaux d'Angeli et Jaiswal (2016), nous mobilisons le terme stratégie dans son sens générique pour représenter des activités ou des actions visant à atteindre un objectif.

Notre objectif était d'observer les stratégies mises en place par les entreprises pour donner accès à leur service de santé aux plus démunis. La comparaison des stratégies entre les cas, mais aussi avec les stratégies déjà soulignées dans les travaux d'Angeli et Jaiswal, nous permet de comprendre le rôle des différentes stratégies dans la construction d'un BM BoP dédié aux soins primaires. Nous discutons désormais ces analyses au regard de la littérature afin de proposer un cadre conceptuel affiné. Nous pourrions ensuite présenter notre produit de recherche : un outil générique prenant la forme d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires dans les régions en développement.

1.1. Le besoin d'un business model adapté

En adéquation avec les travaux d'Angeli et Jaiswal, nos analyses intra-cas et inter-cas confirment le besoin de créer des BM adaptés aux conditions de vie spécifiques des populations BoP (Pels & Kidd, 2015) et de mobiliser des approches basées sur le marché afin d'appréhender au mieux le besoin des populations locales (Bhattacharyya et al., 2010). Si la plupart des stratégies d'Angeli et Jaiswal sont effectivement déployées dans nos études de cas, d'autres ne le sont pas. Quelles qu'elles soient, elles soulignent la nécessité pour les organisations d'interagir avec plusieurs acteurs de l'écosystème et de construire leur BM en conséquence.

Les interactions que les stratégies soulignent, permettent le développement d'activités de cocréation bénéfiques à la prestation d'un service de santé primaire et à la construction d'un écosystème. Ceci est d'autant plus intéressant que la littérature BoP met souvent en avant la nécessité de créer un écosystème (Prahalad, 2004) ou un réseau inclusif (Márquez et al., 2010), mais donne finalement peu d'éléments sur la manière d'agir. La littérature préconise néanmoins d'adopter un BM dit interactif grâce auquel l'organisation peut entrer dans des processus d'exploration dans son écosystème (Sánchez & Ricart, 2010). Si ce BM est recommandé sur les marchés à bas revenu, il ne semble pas être une condition de réussite pour délivrer une prestation de soin aux plus démunis. Ainsi, l'interactivité du BM paraît bénéfique à la

construction du BM alors que l'interactivité de la dimension « découverte de valeur apparaît indispensable à la construction d'un BM BoP dédié à la santé. Dès lors, la prestation de soins aux plus démunis appelle incontestablement à créer de nouveaux BM, quelle que soit l'interactivité des dimensions de valeur.

La mise en avant d'objectifs convergents parmi les stratégies identifiées pour déployer chaque dimension de valeur du BM, nous permet de proposer des modifications au BM d'Angeli et Jaiwal (2016). Ainsi, nous suggérons d'ajuster les dimensions de valeur de leur conceptualisation avec la prise en compte de nouvelles caractéristiques, et d'ajouter une nouvelle dimension de valeur. Ces adaptations traduisent l'intégration du besoin accru d'interactions et d'activités de cocréation engageantes avec les patients et d'autres acteurs locaux.

1.2. Ajuster les dimensions de valeur d'Angeli et Jaiswal

Nos résultats confirment le besoin de considérer les différentes acceptions de l'accès des stratégies BoP en considérant ses dimensions financières, physiques et socioculturelles (Perrot, 2010). Ils mettent aussi en avant la présence de différentes barrières à l'accès propres au service de santé (Gulliford et al., 2002; Peters et al., 2008). Nos cas soulignent surtout le rôle accru des barrières personnelles dans l'accès à la santé (Gulliford et al., 2002). Des barrières psychologiques peuvent en effet freiner l'accessibilité des patients au soin, ce qui appelle les organisations à adapter les dimensions de valeur de leur BM. Confirmant l'intérêt d'une perspective multi acteurs pour échanger des ressources utiles à la prestation de soin (Pinho et al., 2014), l'organisation doit favoriser le développement d'activités de cocréation au sein de l'écosystème, et surtout avec des acteurs variés. Ce besoin d'interactions multi acteurs pour délivrer une prestation de services aux plus démunis nécessite alors l'adaptation de ses dimensions de valeur et justifie l'adoption d'une forme interactive de la dimension « découverte de valeur ».

1.2.1. La découverte de valeur – appréhender le contexte local

1.2.1.1. Interagir en amont pour appréhender les ressources disponibles

En accord avec la littérature, les organisations doivent former leur proposition de valeur via une approche *bottom-up* qui prenne en considération la voix des patients locaux (Agarwal et al., 2017; Nobre & Morais-da-Silva, 2018). L'objectif est ainsi de créer une proposition de valeur sur mesure en fonction des besoins des patients (Pels & Kids, 2015). Supportant une approche

multi acteurs dans les services de santé (Frow et al., 2016), nous préconisons d'entrer dans des activités de cocréation variées, en amont de la proposition de valeur. La littérature met en avant l'importance d'intégrer les consommateurs dès la conception de la proposition de valeur (Prahalad & Ramaswamy, 2004), et ce, même dans la conception d'un service de santé pourtant complexe (Peters et al., 2008). Cependant, elle n'indique pas l'intérêt d'entrer dans des processus de cocréation avec d'autres acteurs. En effet, la littérature montre que les acteurs sont reliés par des propositions de valeur en fonction des ressources qu'ils partagent (Frow et al., 2016) alors que la proposition de valeur doit être pensée en amont et en fonction de ces potentielles ressources. Il est donc nécessaire d'interagir avant de concevoir la proposition de valeur. Comme la chaîne d'approvisionnement est composée de multiples acteurs qui influencent l'acceptabilité des services et leur accessibilité financière (Fawcett & Waller, 2015), les organisations doivent chercher à créer un réseau social qui facilite la coopération et réduise les coûts de transaction afin de délivrer une proposition de valeur accessible aux plus démunis. Elles doivent ainsi identifier les acteurs qui pourront éventuellement constituer leur réseau inclusif.

1.2.1.2. Interagir en amont pour apprendre et comprendre le contexte local

Même si le patient est impliqué dans la plupart des activités de cocréation, les organisations interagissent avec d'autres acteurs auprès desquels elles appréhendent le contexte local dans son ensemble. Ainsi, elle ne se limite pas à la compréhension du besoin en santé et cherchent à comprendre le contexte social dans lequel elles opèrent. Il s'agit notamment d'identifier les vides institutionnels qui sont perçus comme des sources d'exclusion de marché et freinent le développement des populations (Mair, Martí, & Ventresca, 2012). En accord avec Mair et al. (2012), il ne s'agit pas d'identifier l'absence d'institutions en particulier, mais le manque voire l'absence de coordination entre elles. Le but est ainsi de comprendre les conflits et la contradiction entre ces institutions pouvant diminuer l'accessibilité des services santé au niveau local. L'organisation doit alors construire son réseau inclusif en connaissance de cette structure institutionnelle qui s'avère particulièrement importante dans un contexte de santé où les activités de cocréation sont primordiales. Les organisations doivent donc identifier et comprendre les arrangements institutionnels qui cadrent et conditionnent l'échange des ressources au sein de l'écosystème (Vargo & Lusch, 2016). Cet apprentissage peut s'effectuer par des interactions régulières avec les acteurs de l'écosystème. Il ne s'agit pas forcément de mener des actions de cocréation très engageantes, mais de faire ses premiers pas dans un

écosystème complexe. En ce sens, l'interactivité de la dimension de valeur s'avère primordiale pour appréhender le contexte local, les acteurs présents, et les besoins locaux.

L'étude du contexte donne aussi un moyen aux organisations d'évaluer les ressources disponibles et d'évaluer en conséquence l'intérêt de créer un BM interactif qui encourage les processus d'exploration et les interactions avec l'écosystème (Sánchez et Ricart, 2010). Quelle que soit la décision de l'organisation, l'interactivité de la dimension « découverte de valeur » semble indispensable à la construction d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires.

1.2.2. La proposition de valeur – Eduquer et créer des opportunités

La littérature montre que les stratégies BoP visent à rendre les produits et services accessibles aux populations démunies (Anderson & Billou, 2007 ; London & Hart, 2004), mais aussi à créer de la valeur économique et sociale à ces mêmes populations (Hart & Casado Caneque, 2015 ; Payaud, 2014). S'il est nécessaire de construire une offre adaptée aux conditions de vie des populations démunies (Anderson & Billou, 2007), elle doit aussi s'adapter aux caractéristiques du service, ici, les services de santé primaires. En référence à la définition de services de santé primaires de l'OMS, la prévention est une partie intégrante de ces soins. Elle ne doit pas se réduire à des actions ponctuelles de sensibilisation, mais elle doit être intégrée à chaque prestation de soin. Il est aussi important que les organisations prennent en considération les barrières auxquels se confrontent les patients (Gulliford et al., 2002; Peters et al., 2008) afin d'ajuster l'ensemble de la proposition de valeur en fonction de l'expérience des patients, et d'évaluer les raisons qui poussent ceux-ci à ne pas utiliser leur service.

Par ailleurs, la vocation sociale naturelle liée à l'industrie de la santé peut amener les organisations à se focaliser sur leur objectif d'accessibilité des services de soins en omettant leur objectif d'inclusivité supposé être associé aux stratégies BoP. Par conséquent, nous suggérons à ces organisations d'incorporer cet objectif d'inclusivité dans leur proposition de valeur, en formalisant leur inclusivité aspirationnelle (George et al., 2012). L'important est d'assurer un équilibre entre l'accessibilité et l'inclusivité de la proposition de valeur.

1.2.3. La création de valeur – Encourager la création d’arrangements institutionnels pour délivrer la prestation de services de santé inclusifs

Si la proposition de valeur se compose de la prestation de soin et de la création d’opportunités aux plus démunis, elle influence directement la manière dont l’organisation peut la délivrer.

Les services de santé sont connus pour leur haut niveau d'intangibilité et d'asymétrie d'informations qui les rendent difficiles à évaluer pour les consommateurs (Barile et al., 2014 ; Bloom et al., 2008). Cette asymétrie est exacerbée pour les patients BoP qui ont un accès limité à l'éducation et détiennent une alphabétisation santé limitée (Angeli & Jaiswal, 2016; Esposito et al., 2012). De plus, les patients se confrontent à des barrières d'ordre culturel et psychologique. Il est donc nécessaire d'encourager l'échange d'informations avec les patients pour mieux s'adapter à leurs attentes. Si la technologie est surtout vue comme un levier pour optimiser les ressources médicales (Akter, Ray, & D'Ambra, 2012; Dwivedi, 2015), elle peut être un bon levier de cocréation avec le patient par l'utilisation des TIC comme moyen de communication. L'engagement d'un personnel local peut aussi agir dans ce sens. En effet, la cocréation peut être facilitée avec les patients ayant le même cadre culturel, et l'intégration de la communauté locale peut agir comme un moteur d'inclusivité. Le personnel détient ainsi un rôle important dans l'acceptation du service auprès des patients, et dans l'inclusivité de la prestation si l'organisation intègre des communautés vulnérables.

Les membres du personnel permettent aussi de donner confiance aux acteurs de l'écosystème. Voir que des locaux se sont investis dans l'initiative peut encourager d'autres acteurs à s'investir. S'appuyant sur un effet boule de neige, l'unité autour de l'organisation peut attirer des patients, des employés locaux et d'autres acteurs dont la participation aux activités de l'organisation serait bénéfique. Cette mobilisation permettrait d'accroître la légitimité de l'organisation dans l'écosystème et de diminuer la rupture psychologique et cognitive que les patients ont tendance à avoir avec le service. La collaboration avec plusieurs acteurs locaux peut alors accroître l'acceptation de l'entreprise au cœur de l'écosystème, et ainsi faciliter la prestation de ses services aux plus démunis.

Ce constat renforce la pertinence d'adopter une perspective multi acteurs dans la prestation de service envers les plus démunis (Ben Letaifa & Reynoso, 2015). Néanmoins, elle doit prendre en compte le rôle social de chaque acteur dans l'écosystème et son influence dans la cocréation de valeur du service de santé. L'important est alors de manager les ressources humaines internes

à l'organisation autour d'une idéologie et de valeurs communes pour une expérience de santé de qualité. Ce principe doit en fait être adopté au niveau de l'écosystème où il s'agit de créer des arrangements institutionnels bénéfiques à la prestation de service et au bien-être de l'écosystème. La création de ces arrangements encourage en effet la collaboration des acteurs au sein de l'écosystème, qui permet une création de valeur économique et sociale durable, à laquelle les plus démunis peuvent être associés directement ou indirectement.

1.2.4.L'appropriation de valeur – Favoriser la réplication

Si la mise en place de mécanismes d'accessibilité de l'offre s'avère assez intuitive, la mise en place de mécanisme d'inclusivité ne l'est pas. L'intégration de l'inclusivité comme partie intégrante de la proposition de valeur est un moyen d'y prêter une plus grande attention. Les organisations doivent ainsi s'assurer d'une création de valeur économique et sociale indissociable (Maucuer, 2013), qui soit source de développement inclusif selon les besoins locaux. L'appropriation de valeur doit ainsi être pensée en contexte et selon les valeurs des différentes parties prenantes. En outre, elle doit se focaliser sur l'atteinte du *Triple Aim – Care, Health, Cost* –(Berwick et al., 2008) au regard du développement inclusif envisagé localement. L'ensemble de ces préoccupations nécessite d'être géré au regard de plusieurs acteurs qu'il faut satisfaire. Dès lors, le maintien des relations écosystémique et la réplication des modèles peuvent renforcer la proximité de l'organisation avec les patients, et ainsi rendre le service équitablement accessible.

1.2.5.Ajouter des caractéristiques aux dimensions de valeur du business model d'Angeli et Jaiswal

Les services de santé requièrent un fort niveau d'interactions et la mise en place d'activités de cocréation (McColl-Kennedy et al., 2012). Dès lors, il s'avère primordial d'intégrer cette spécificité dans la construction de BM dédiés à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis. Dans cette optique, nous suggérons de modifier les dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) afin qu'il intègre les caractéristiques suivantes :

- (1) Comprendre le cadre social dans la dimension « découverte de la valeur » ;
- (2) Satisfaire les besoins des acteurs de l'écosystème, sensibiliser les patients et les acteurs locaux et offrir des opportunités aux populations à faibles revenus dans la dimension « proposition de valeur » ;

- (3) Se concentrer sur les partenariats avec les acteurs locaux et encourager la mise en place d'activités de cocréation dans la dimension « création de valeur » ;
- (4) Encourager la réplication des modèles, l'émancipation des acteurs locaux, et l'atteinte du *Triple Aim* dans la dimension « appropriation de valeur ».

L'intégration de ces nouvelles caractéristiques vise à favoriser la mise en place de stratégies sources d'interactions et d'activités de cocréation bénéfiques à la gestion des différentes dimensions de l'accès des services de santé aux plus démunis.

Chaque modification a été suggérée en fonction des stratégies analysées à chaque dimension de valeur. Les stratégies n'étant associées à aucune dimension de valeur nous ont poussés à suggérer l'ajout d'une nouvelle dimension de valeur : « Valeur écosystémique de la marque ».

1.3. La dimension « valeur écosystémique de la marque » comme nouvelle dimension de valeur du business model

Nos analyses intra-cas et inter-cas ont fait émerger de nouveaux thèmes, ou plus précisément des stratégies déployées, en dehors du cadre des dimensions de valeur d'Angeli et Jaiswal (2016). La convergence des objectifs liés à ces stratégies nous permet de suggérer l'ajout d'une nouvelle dimension de valeur au BM d'Angeli et Jaiswal (2016).

Ainsi, les stratégies émergentes soulignent la nécessité pour les organisations de gagner en acceptation et en légitimité locale. Dans l'atteinte de cet objectif, les organisations cherchent à soigner leur identité, leur processus de services, et le design de leurs infrastructures. Ainsi, nous suggérons de considérer ces caractéristiques par la dimension « Valeur écosystémique de la marque ».

1.3.1. Améliorer les interactions et l'accès grâce à un design interne soigné et à des processus minutieux

La prestation de soin requiert de fortes interactions entre le praticien et le patient (Damali et al., 2016). Ces interactions jouent un rôle important pour rassurer le patient lors de la prestation de santé. Les barrières personnelles et psychologiques des patients BoP à l'égard d'un service qu'ils connaissent peu, appellent à renforcer ces interactions. Il s'agit de les guider et les rassurer le long de l'expérience du service. Si la mobilisation du personnel à cet égard s'avère nécessaire (cf. création de valeur), il d'adopter une infrastructure adaptée qui incitent les patients et différents acteurs locaux à interagir. Les organisations doivent aussi considérer le

manque d'infrastructures sanitaires (Audibert & Mathonnat, 2013) et la répartition des communautés sur le territoire afin d'améliorer la proximité géographique et sociale de l'organisation (Mason & Chakrabarti, 2016) avec les communautés locales. Nos résultats suggèrent ainsi que la création d'une infrastructure aux processus structurés puisse agir en ce sens en optimisant ses coûts et en construisant des conditions propices aux interactions écosystémiques. Elle constitue aussi un moyen de s'encaster socialement dans l'écosystème, d'où la nécessité prêter attention au choix de son implantation. L'infrastructure et les processus de service doivent ainsi être considérés comme des caractéristiques de la dimension « *Valeur écosystémique de la marque* ».

1.3.2. Créer une identité fiable et significative pour attirer les membres de l'écosystème

Informé voire éduqué les patients à certaines conditions de santé permet d'améliorer leur « alphabétisation santé » qui peut être une barrière importante de l'acceptation du service (Saurman, 2015). Ainsi, et en accord avec l'importance de sensibiliser les populations BoP, la sensibilisation constitue un élément essentiel pour accroître l'accessibilité des services de santé et permettre aux populations d'améliorer leur capacité sur le sujet. Néanmoins, nos analyses suggèrent que les pratiques de communication promotionnelle et institutionnelle d'une organisation sont toutes aussi importantes. Elles permettent de faire connaître le service et l'organisation tout en se forgeant une image de marque bénéfique à leur acceptation auprès des patients et des acteurs locaux.

Les services de santé étant très engageants pour les patients (Brandon-Jones et al., 2016 ; Dobrzykowski et al., 2016 ; Lewis & Brown, 2012), l'organisation qui les fournit doit donner confiance aux patients et les inciter à participer aux activités de cocréation nécessaires à la prestation de service. La création d'une identité peut alors agir dans ce sens. Si elle permet à l'organisation de se faire connaître, elle vise aussi à créer des aspirations au sein de l'écosystème pour attirer plusieurs acteurs locaux. L'objectif est de les inciter à entrer dans des activités de cocréation bénéfiques à la prestation de soin, et au développement inclusif local. Pour cette raison, il semble utile pour les organisations de considérer l'identité organisationnelle comme une caractéristique de la dimension « *Valeur écosystémique de la marque* ».

1.4. Proposition d'un outil générique

Dans la continuité du travail d'Angeli et Jaiswal, et sur la base de nos analyses intra-cas et inter-cas, nous avons suggéré d'ajuster le BM qu'ils proposent par la modification des caractéristiques de ses dimensions de valeur et l'ajout d'une nouvelle dimension. Nous sommes désormais en mesure de proposer un outil générique prenant la forme d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires. Nous présentons ainsi cet outil accompagné de ses propositions fondatrices et opératoires.

Les caractéristiques des composante écrites en caractères **gras** sont celles que nous proposons, celles en caractère fin sont celles initialement proposées par Angeli et Jaiswal (2016).

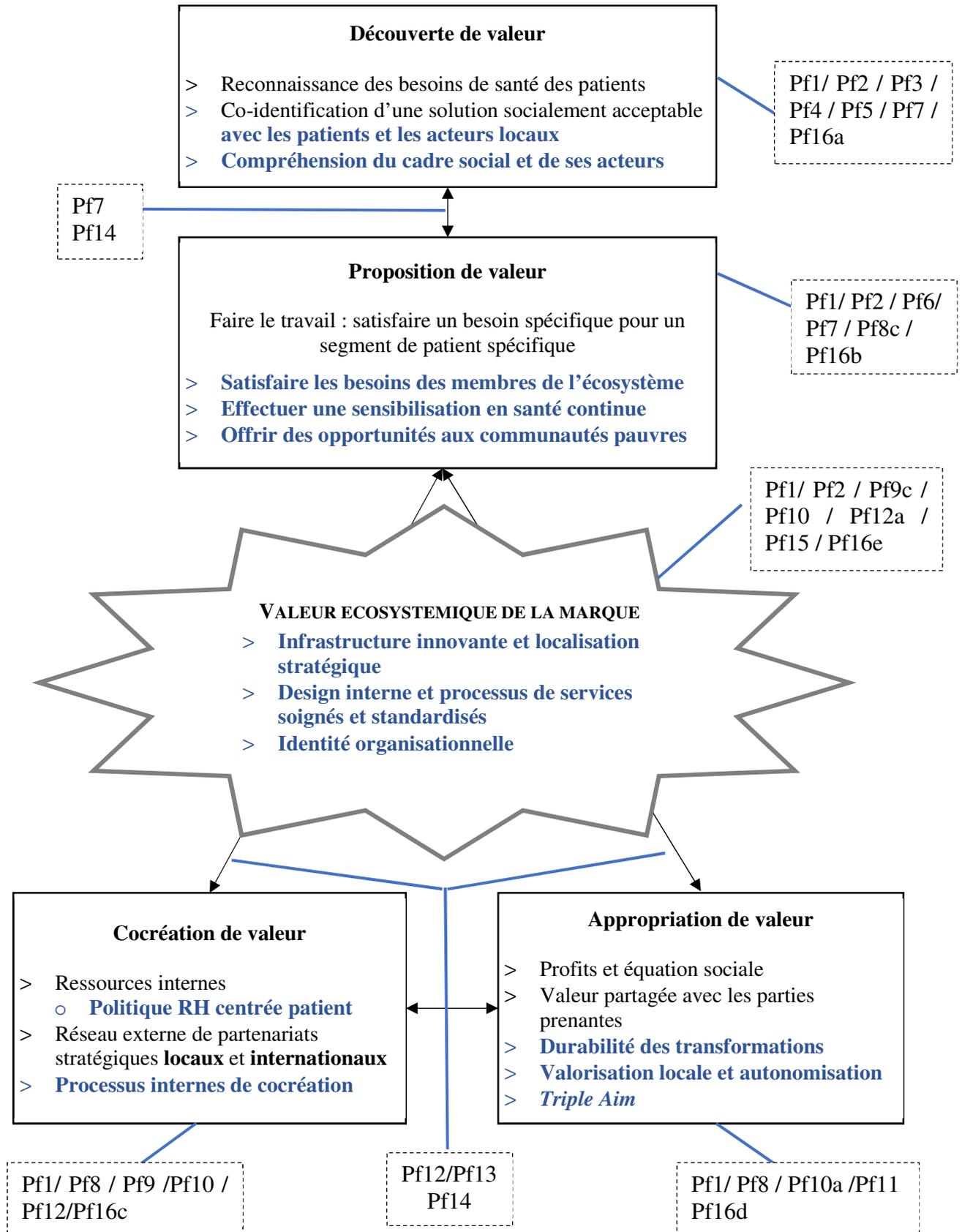


Figure 17 : L'outil générique et ses propositions fondatrices

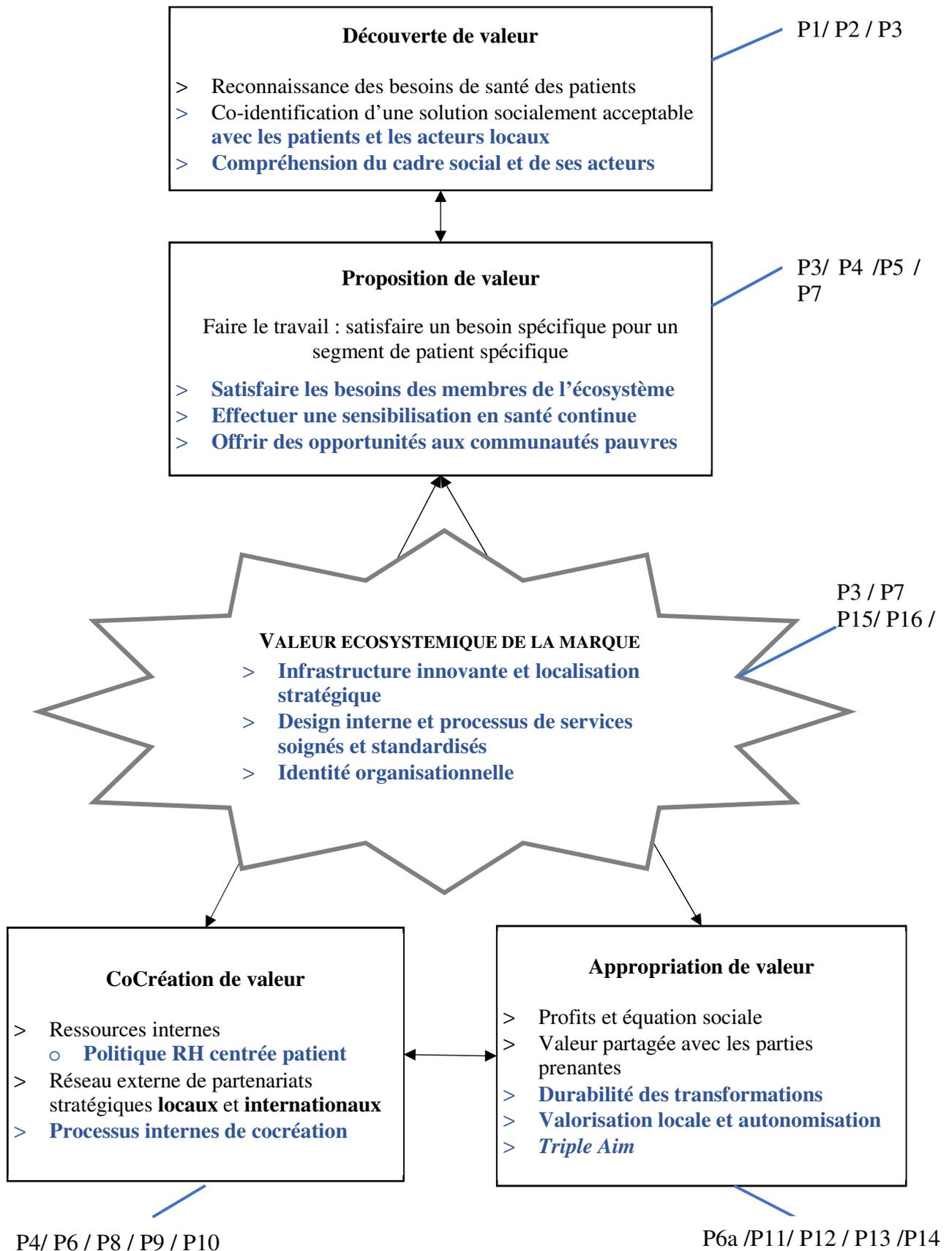


Figure 18 L'outil générique et ses propositions opératoires

2.1. Ajuster les dimensions de valeur du business model d'Angeli et Jaiswal

Proposition fondatrice 1 : Délivrer une prestation de service aux plus démunis requiert l'adoption d'une perspective multi acteurs à chaque dimension de valeur du BM.

1a. Adopter une approche bottom-up multi acteurs est nécessaire.

Nos résultats confirment le besoin d'une approche *bottom-up* qui prenne en considération la voix des patients locaux (Agarwal et al., 2017; Nobre & Morais-da-Silva, 2018). Ils soulignent aussi l'intérêt d'interagir avec plusieurs acteurs de l'écosystème aux différentes dimensions de valeur d'un BM. Les organisations ont alors tout intérêt à interagir avec (1) les populations locales, soit les individus d'une même communauté³⁴³, c'est-à-dire vivant sur un même territoire, mais aussi (2) avec des acteurs locaux, soit des organisations implantées sur ce même territoire.

1b. Relier de multiples acteurs locaux aux activités de l'organisation permet de créer de la valeur pour l'ensemble de l'écosystème.

Chaque dimension de valeur du BM doit permettre la mise en place d'interactions avec différents acteurs locaux. Le but est que l'organisation puisse gagner en connaissance et en expérience locale bénéfique à la prestation de service aux plus démunis. Ces interactions impliquent la mise en place d'activités de cocréation qui puissent être bénéfiques à l'écosystème entier et non aux seuls patients. C'est pourquoi les interactions écosystémiques sont encore plus cruciales dans un objectif de développement inclusif.

³⁴³ Communauté au sens de Peredo et Chrisman (2006) soit « l'agrégation de personnes qui n'est pas définie initialement par le partage d'objectifs ou d'activités productives de l'entreprise, mais plutôt par une situation géographique commune, généralement accompagnée d'une culture et/ou d'une ethnicité collective et potentiellement d'autres caractéristiques relationnelles communes (Molinari, Ahern, & Hendryx, 1998). » (p. 315)

2.2. Propositions fondatrices relatives à la dimension « découverte de valeur »

Proposition fondatrice 2 : La construction d'une proposition de valeur adaptée résulte d'un processus d'apprentissage multi acteurs via la découverte de valeur.

2a. La dimension découverte de valeur est indispensable à la conception de la proposition de valeur.

La découverte de valeur permet de gagner en connaissance et expérience locale et d'identifier des appuis potentiels utiles à la conception de la proposition de valeur d'une organisation et au développement de son activité. Elle doit ainsi comprendre le contexte social dans lequel elle opère et doit identifier les acteurs locaux avec lesquels elle peut collaborer. C'est en connaissance de ces éléments que l'entreprise focale peut penser la conception de sa proposition de valeur.

2b. Les interactions écosystémiques sont source d'apprentissage.

Si la reconnaissance du besoin de santé avec le patient n'est pas toujours nécessaire, il semble que cette reconnaissance avec les acteurs locaux le soit. Ces derniers aident à appréhender le contexte local et à co-identifier une solution socialement acceptable pour l'ensemble de l'écosystème, dont les patients.

2c. Les organisations doivent appréhender la structure sociale de l'écosystème pour identifier les membres potentiels d'un réseau inclusif.

Les organisations doivent identifier les différents acteurs de l'écosystème, le rôle qu'ils détiennent et les arrangements institutionnels qui les relient. Il s'agit d'une première reconnaissance pour envisager la création d'un réseau inclusif utile à l'opérationnalisation de ses activités. Les acteurs identifiés doivent leur permettre d'entrer dans des processus de cocréation utiles à une prestation de qualité et à la réduction de leurs coûts de transaction. Il s'agit d'une première approche à la création d'un réseau inclusif indispensable pour opérer avec les populations à bas revenu.

Proposition fondatrice 3 : Les interactions écosystémiques menées à la découverte de valeur constituent un levier d'encastrement pour tout type d'organisation.

Interagir avec les autres acteurs de l'écosystème constitue une première étape pour rallier des acteurs locaux autour de l'initiative et se faire accepter en tant que prestataire de services de santé. Dès lors, la découverte de valeur constitue la première phase de l'encastrement local

d'une organisation et influence la constitution globale de son BM, et ce quelle que soit son orientation lucrative.

Proposition fondatrice 4 : Créer une dimension découverte de valeur interactive permet d'appréhender le contexte social de l'écosystème et de participer à sa construction.

4a. Le caractère interactif ou isolé d'un BM peut se restreindre à une seule des dimensions de valeur qui le composent.

Le besoin d'interaction des organisations semble pouvoir varier sensiblement au fil du temps, et influencer le BM en conséquence. Alors que Sánchez et Ricart (2010) recommandent l'adoption d'une forme interactive de BM, c'est-à-dire en interaction avec son écosystème, sur les marchés à bas revenus, il semble que l'adoption d'une forme isolée ne soit pas vouée à l'échec. La condition serait d'introduire une phase interactive en amont de la proposition de valeur. Dès lors, il semble que le caractère interactif puisse s'attacher à une seule des dimensions de valeur d'un BM sans que le BM entier soit dit d'interactif.

4b. L'interactivité de la dimension découverte de valeur s'avère indispensable au succès d'un BM envers les plus démunis.

La dimension découverte de valeur est une étape indispensable à création d'une proposition de valeur adaptée via laquelle elle peut appréhender les besoins des patients et le contexte local. Pour cela, l'organisation focale doit encourager les interactions auprès d'acteurs locaux qui ont une bonne connaissance de l'écosystème. Il lui permet de construire sa proposition de valeur et son réseau inclusif. C'est pourquoi le caractère interactif de la dimension découverte de valeur paraît indispensable au succès d'un BM envers les plus démunis.

4c. L'importance de l'interactivité de la dimension découverte de valeur est amplifiée dans les cas d'organisations mobiles dont la présence physique est limitée dans le temps.

L'interactivité de la dimension de valeur permet d'appréhender l'écosystème local et de commencer un processus d'encastrement utile à la conception et au déploiement de la proposition de valeur (cf. Proposition fondatrice 3). Alors, les organisations mobiles n'étant présentes qu'un temps limité auprès d'une communauté voient leur chance d'encastrement diminuer. L'interactivité de la dimension découverte de valeur peut pallier cette contrainte liée à un éloignement physique, car elle permet à l'organisation d'interagir avec son écosystème en amont de son arrivée au sein d'une communauté. Elle peut ainsi ajuster sa proposition de valeur

en fonction des spécificités et des besoins en santé des communautés. La découverte de valeur est donc cruciale pour une organisation dont la mobilité implique de cibler régulièrement de nouvelles communautés dont les besoins diffèrent.

Proposition fondatrice 5 : L'ambition stratégique influence le choix d'un BM de forme isolée ou interactive.

5a. La formalisation de l'inclusivité aspirationnelle influence l'intensité des interactions écosystémiques.

Les cas d'organisation dont l'inclusivité aspirationnelle a été formalisée sont ceux dont les interactions avec leur écosystème sont les plus fréquentes et les plus intenses. La formalisation de l'inclusivité aspirationnelle semble encourager la mise en place d'interactions écosystémiques. En effet, le fait de formaliser cet objectif agit comme un signal auprès des parties prenantes internes de l'organisation et des acteurs de l'écosystème qui pourront s'associer à la démarche. La formalisation de l'inclusivité aspirationnelle peut alors faciliter l'adoption d'un BM interactif qui accroît la capacité d'une organisation à interagir avec son écosystème.

5b. L'ambition stratégique du dirigeant influence le choix d'un modèle interactif ou isolé (via son inclusivité aspirationnelle).

La conception d'un BM prend source dans l'ambition de son fondateur. Il impulse ainsi la création d'un BM dédié à rendre accessibles des services de santé aux plus démunis. La volonté de créer des opportunités économiques et sociales pour les plus démunis dépend aussi de sa volonté à agir en ce sens. Dès lors, l'ambition stratégique du fondateur conditionne la construction d'un réseau inclusif utile à l'accessibilité d'une offre de santé, mais surtout nécessaire à l'inclusivité de son activité. L'ambition stratégique du fondateur exerce ainsi une influence sur l'adoption d'un modèle isolé ou interactif dont la création d'un réseau inclusif dépend. En ce sens, l'intention stratégique ne conditionne pas seulement l'adoption d'un modèle de profit (Itami & Nishino, 2010; Tantely Ranjatoelina, 2018), mais aussi l'adoption d'une forme interactive ou isolée.

2.3. Propositions fondatrices relatives à la dimension « proposition de valeur »

Proposition fondatrice 6 : La proposition de valeur doit satisfaire un besoin de santé, de prévention et d'inclusivité.

6a. Les services de sensibilisation et d'alphabétisation santé doivent être considérés comme des parties intégrantes de la proposition de valeur.

Déterminer la proposition de valeur s'attache à préciser les clients ciblés, l'offre proposée et les modes d'accès (Demil et al., 2013). La proposition de valeur doit alors prendre en considération les caractéristiques propres aux populations BoP en proposant un système d'offres adéquat qui puisse être intelligible sans entraver les territoires (Payaud & Martinet, 2010). Dans le cas des services de santé, l'offre proposée ne doit pas se limiter à la prestation d'un service de santé aux patients, mais à un travail d'éducation et de prévention. Nous suggérons en fait d'intégrer certains principes directeurs de la santé intégrée telle que l'OMS les a présentés lors des conférences d'Alma-Ata et d'Astana. La proposition de valeur doit alors se concentrer sur la prestation de soins primaires dans lesquels la prévention doit être considérée comme un élément clé. En ce sens, l'effort de sensibilisation qu'Angeli et Jaiswal (2016) préconisent en amont de la proposition de valeur doit en fait être un élément de la proposition de valeur, car il peut maximiser la valeur créée avec les patients, et ce, de manière durable.

6b. Considérer l'amélioration du bien-être économique et social des populations démunies dans la proposition de valeur facilite l'adoption de pratiques inclusives

Les populations BoP sont souvent perçues comme bénéficiaires de soins (Esposito et al., 2012). Néanmoins, leur intégration dans des pratiques de cocréation variées leur permet de détenir plusieurs rôles sociaux utiles à l'amélioration de leur bien-être économique et social. Il semble alors essentiel d'intégrer un objectif d'inclusivité dans la proposition de valeur pour encourager le rôle multiple de l'individu BoP et pour déterminer l'allocation des ressources en conséquence.

6c. Formuler une intention inclusive permet d'équilibrer le niveau d'accessibilité et d'inclusivité de la proposition de valeur

La vocation sociale naturelle d'une prestation de service de santé semble pouvoir amener les organisations à minimiser leur implication envers le développement inclusif des populations démunies. Au même titre que les organisations hybrides détiennent un risque de dérive de

mission entre leur objectif social et leur objectif économique (Ebrahim et al., 2014), une organisation dont la stratégie BoP est dédiée à la prestation de santé pourrait souffrir d'un risque de déséquilibre entre son objectif d'accessibilité et son objectif d'inclusivité. Dès lors, ancrer le développement inclusif comme une partie de la proposition de valeur et formuler une aspiration inclusive formelle pourrait contribuer à assurer l'équilibre.

6d. La formalisation de l'inclusivité aspirationnelle est primordiale pour les organisations à but lucratif.

Si l'inclusivité aspirationnelle d'une organisation est dépendante de son intention stratégique; une organisation ayant une vocation sociale a de fait une forte inclusivité aspirationnelle. Puisqu'un modèle non lucratif détient une vocation sociale par nature, son inclusivité aspirationnelle est naturellement plus marquée. Suivant cette logique, un modèle lucratif a une inclusivité aspirationnelle moins forte par nature. Alors, le besoin de formaliser son inclusivité aspirationnelle peut s'avérer plus important pour les organisations à but lucratif. Le rôle de la formalisation de l'inclusivité aspirationnelle dans la construction d'un BM BoP dédié aux services de santé semble aussi être renforcé.

Proposition fondatrice 7 : Le développement inclusif est contextuel.

Le revenu ne pouvant pas être le seul moteur de création de valeur économique et sociale, les aspects sociaux, politiques, émotionnels et culturels de la pauvreté doivent être pris en considération (Chmielewski et al., 2018; Hart & Casado Cañeque, 2015). C'est pourquoi les organisations doivent considérer leur objectif d'inclusivité au regard de leur écosystème et plus précisément au regard de la communauté ciblée. Dès lors, appréhender le contexte en amont de la proposition de valeur prend tout son sens. Si l'inclusivité est partie intégrante de la proposition de valeur, elle doit être considérée selon les spécificités de chaque communauté. Ainsi, les processus de cocréation nécessaires à la prestation d'un service de santé pourront être adaptés selon l'inclusivité aspirationnelle associée à la proposition de valeur. Il est donc nécessaire de contextualiser le développement inclusif et d'adapter les pratiques inclusives selon les contextes. Les organisations doivent prendre en compte la prépondérance de l'économie informelle (Reynoso, Kandampully, et al., 2015) et le manque de support institutionnel (London et al., 2010) des contextes BoP tout en intégrant la culture et les spécificités liées à chaque communauté. Elles doivent aussi considérer les différents acteurs encastrés localement, comprendre leur rôle au sein de l'écosystème et le rôle qu'ils peuvent adopter dans le déploiement des activités de l'organisation.

2.4. Propositions fondatrices relatives à la dimension « création de valeur »

Proposition fondatrice 8 : La gestion des ressources humaines permet de renforcer la cocréation de valeur dans une prestation de service de santé BoP.

8a. Remplacer l'appellation de la dimension « création de valeur » par l'appellation « cocréation de valeur » semble pertinent.

Les services de santé nécessitent la conduite d'activité de cocréation par lesquelles de multiples acteurs s'engagent afin de délivrer une prestation de service (Beirão et al., 2017; McColl-Kennedy et al., 2012). Au vu du rôle exacerbé de la cocréation de valeur dans la prestation de santé aux plus démunis, nous suggérons de renommer « cocréation de valeur » la dimension création de valeur du BM. L'objectif est de souligner la place centrale des activités de cocréation via lesquels l'organisation échange des ressources avec de multiples acteurs pour délivrer sa proposition de valeur aux plus démunis.

8b. La cocréation de valeur doit être un moteur de la gestion des ressources humaines.

Si les activités de cocréation sont indispensables à la prestation d'un service professionnel comme un service de santé, elles ne concernent pas les seules interactions avec les patients. Les activités de cocréation doivent donc être incitées à tous les niveaux de l'écosystème, et ce avec plusieurs acteurs. Ainsi, le management des ressources humaines peut influencer le comportement du personnel dans l'organisation et porter une approche de cocréation multi acteurs.

8c. Recruter des personnes issues de la communauté permet de renforcer la satisfaction des patients.

Encourager la cocréation est d'autant plus nécessaire avec les patients pauvres qui ont souvent des difficultés à entrer dans des processus de cocréation du fait de leur niveau d'éducation et leur manque d'expérience avec des services de santé. En recrutant du personnel local, l'organisation peut améliorer la qualité des interactions effectuées avec les patients, et ainsi diminuer les freins psychologiques et cognitifs des patients à l'égard du service. Le cadre de référence culturel commun peut faciliter la communication et le sens communautaire peut renforcer la satisfaction du personnel et des patients. En effet, servir la communauté peut être une source d'implication pour le personnel qui souhaite être utile à la communauté ; et être servi par un membre de la communauté peut être une source de satisfaction pour les patients qui

voient que l'organisation donne des opportunités à des membres de leur communauté. Ainsi, la satisfaction du patient repose sur le personnel aussi bien pour le service qu'il propose que pour la communauté qu'il représente.

Proposition fondatrice 9 : La capacité sociale d'une organisation est un levier de cocréation de valeur contextualisée avec les communautés utile à son encastrement.

9a. La multiplication des interactions écosystémiques accroît la capacité sociale d'une organisation en contexte.

La multiplication des interactions écosystémiques agit comme une source d'apprentissage pour les organisations qui peuvent développer leur capacité sociale³⁴⁴ au contact des acteurs locaux. Néanmoins, l'acquisition d'une capacité sociale semble être contextualisée, si bien qu'elle doit être ajustée et enrichie selon les territoires et les communautés ciblées. Une capacité sociale contextualisée permet alors à l'organisation de gérer ses relations avec différentes parties prenantes locales et ainsi mobiliser son réseau inclusif à bon escient selon les territoires.

9b. Le capital social constitue un vecteur de cocréation nécessaire à la prestation d'un service de santé et à l'encastrement de l'organisation.

Afin de s'adapter aux caractéristiques locales et d'adopter une approche basée sur la communauté, l'organisation peut se reposer sur le capital social des communautés (Ansari, Munir, & Gregg, 2012). Elle doit alors interagir avec des acteurs locaux et appréhender le capital social propre à la communauté ciblée. L'organisation doit alors considérer le capital social structurel, relationnel et cognitif de la communauté pour enrichir sa capacité sociale et adapter son comportement. Elle peut ainsi développer des activités de cocréation et des pratiques inclusives utiles à sa prestation de soin et ce, dans le respect des territoires. L'objectif est qu'elle puisse s'encaster sans entraver le capital social des communautés locales.

9c. La capacité sociale de l'organisation détermine sa capacité à s'encaster localement.

La capacité sociale que l'organisation acquiert au contact des acteurs locaux lui permet d'améliorer sa connaissance de l'écosystème local et d'accroître son expérience auprès des acteurs locaux. Ainsi, elle influence la capacité de l'organisation à interagir dans son

³⁴⁴ Au sens de Tate et Bals (2016) : « la capacité de tirer parti des relations avec les intervenants internes ou externes dans le but d'un échange réciproque. L'échange peut concerner non seulement l'information, les produits, la main-d'œuvre et/ou les moyens financiers, mais aussi des éléments plus intangibles comme la compassion, l'éducation et les soins » (p. 6)

écosystème et à être acceptée localement. C'est en ce sens la capacité sociale d'une organisation doit considérer sa capacité à s'encaster au sein de l'écosystème.

Proposition fondatrice 10 : Etendre le périmètre de l'inclusivité à l'écosystème entier permet d'assurer une transformation sociétale durable.

10a. Mobiliser les acteurs locaux comme relai d'inclusivité peut favoriser la suppression durable des barrières de l'inclusivité.

Toute pratique inclusive doit être pensée dans le temps pour assurer une création de valeur continue. Nous suggérons alors de mobiliser le réseau inclusif des organisations comme relai d'inclusivité. C'est par l'engagement de plusieurs acteurs que les barrières aux opportunités peuvent être supprimées durablement. L'objectif est ainsi de contribuer à l'instauration de transformations sociétales durables et bénéfiques à l'ensemble de l'écosystème. Dès lors, la suppression durable de ces barrières doit permettre la création de nouvelles opportunités qui ne soient pas associées à la seule organisation focale, et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'initiatives mobiles ponctuelles.

10b. L'inclusivité d'une initiative ne se résume pas à la conduite d'une pratique inclusive, et doit considérer le comportement global de l'organisation.

En accord avec notre suggestion d'ancrer le développement inclusif dans sa proposition de valeur et de formaliser son inclusivité aspirationnelle, l'organisation doit veiller à la cohérence de ses pratiques selon cette inclusivité inspirationnelle. En dehors des impacts que son comportement engendre sur l'écosystème, il influence la perception des acteurs locaux et leur volonté à cocréer avec l'organisation. Dès, lors il convient d'adopter un comportement qui puisse donner confiance ou être attractif pour des acteurs locaux. De ce fait, il peut s'avérer plus pertinent pour l'organisation de s'engager dans des pratiques inclusives qui soient liées à l'industrie de la santé. Elle pourra gagner sa reconnaissance sur ce secteur, encourager l'accessibilité de son offre de santé et influencer le bien-être de l'écosystème de santé.

2.5. Propositions fondatrices relatives à la dimension « appropriation de valeur »

Proposition fondatrice 11 : Considérer le triptyque du *Triple Aim* – *Care, Health, Cost* – et l'équité comme levier d'appropriation de la valeur.

11a. L'ambition stratégique et l'expérience du fondateur et/ou de l'équipe de direction influence le modèle d'appropriation développé.

L'ambition du fondateur et des dirigeants influence la construction de la proposition de valeur, et par conséquent l'ensemble de son BM associé. Par sa volonté à faire croître l'organisation et sa capacité à le faire, le fondateur influence l'ampleur donnée à l'initiative, et la valeur qu'elle peut ainsi engendrer. Son ambition et son expérience influencent alors les mécanismes de partage de la valeur et leur implication dans l'atteinte du *Triple Aim*, c'est-à-dire dans l'amélioration de l'expérience du soin, l'amélioration de la santé des populations, et la réduction des coûts liés au soin.

11b. L'équité d'accessibilité et d'inclusivité détermine la capacité des acteurs locaux à s'approprier la valeur créée.

L'équité d'accès (Gulliford, 2002) des patients démunis envers le service influence la perception qu'ils ont du service et leur motivation à entrer dans des processus de cocréation. S'ils n'entrent pas dans les processus de cocréation, ils ne peuvent pas s'approprier la valeur. En définitive, cela affecte leur capacité à s'approprier la valeur créée. Le processus est similaire dans le cas de l'inclusivité. Si les personnes vulnérables considèrent qu'elles n'ont aucune chance d'être associées à l'activité de l'organisation, elles n'essayeront pas d'intégrer des pratiques inclusives. De ce fait, il semble que les pratiques ayant un niveau d'inclusivité élevé soient celles qui donnent accès à des opportunités de bien-être économique et social de manière équitable. L'objectif d'émancipation des populations vulnérables constitue ainsi un levier d'équité permettant d'accroître le développement inclusif au sein d'une communauté.

2.6. Propositions fondatrices relatives à la gestion des barrières de l'accès

Proposition fondatrice 12 : Les activités de cocréation constituent des leviers d'accessibilité et de développement inclusif.

12a. La mobilisation du capital social pour insuffler le développement d'activités de cocréation intracommunautaires est une source de développement inclusif.

La conduite d'activités de cocréation dans le cadre d'une pratique inclusive permet à l'individu vulnérable de capter des ressources utiles au développement de son bien-être économique et social. Alors, il est nécessaire de considérer le rôle social de l'individu comme une ressource au service du développement inclusif des populations locales. La mobilisation du capital social constitue ainsi un levier important pour créer des opportunités au sein d'une communauté. Les membres doivent donc entrer dans des activités de cocréation permettant l'échange de ressources utiles à leur développement. Alors, l'objectif de l'organisation est d'inciter ces activités de cocréation intra-communautés et avec l'organisation.

12b. Les activités de cocréation peuvent réduire des barrières à l'accessibilité du service de santé.

Qu'elles soient intracommunautaires ou avec l'organisation, les activités de cocréation favorisent l'échange de ressources utiles à la création et l'ajustement continu de la proposition de valeur. Elles permettent aussi une meilleure allocation des ressources en faveur d'une prestation de santé de qualité. Enfin, elles sont directement associées aux mécanismes d'appropriation de valeur dans lesquels les acteurs de l'écosystème, dont l'organisation, s'intègrent. En ce sens, elles agissent aux différentes dimensions de valeur d'un BM et peuvent influencer la capacité de l'organisation à rendre disponibles ses services, et ce, de manière acceptable et équitable. Elles diminuent ainsi les barrières financières, organisationnelles et personnelles auxquelles se confrontent les patients pour accéder à un service de santé. Les barrières à l'accès sont donc relatives à un contexte, une organisation, une communauté, et un individu.

Proposition fondatrice 13 : Supprimer des barrières aux opportunités économiques et sociales permet de renforcer l'accessibilité d'un service de santé aux plus démunis.

13a. La suppression de barrières d'inclusivité entraîne la suppression de barrières d'accès.

La suppression de barrières géographiques, économiques, sociales, et structurelles constitue un levier d'inclusivité (George et al., 2012). Si cela n'est pas suffisant à supprimer les barrières organisationnelles d'accès au service, c'est-à-dire les barrières liées à l'inefficience de l'offre, cela peut engendrer la suppression des barrières personnelles et financières auxquels les individus se confrontent pour accéder à un service de santé. Grâce à de nouvelles opportunités sources de bien-être économique et social, l'individu vulnérable gagne des ressources et des compétences qui lui permettent d'entrer dans des activités de cocréation utiles à la prestation d'un service de santé. Il détient ainsi des leviers pour diminuer les barrières personnelles et financières qu'il peut avoir envers les services de soin.

13b. Les barrières à l'accès et l'inclusivité sont contextuelles et le bénéfice de leur suppression varie selon les individus.

La gestion des barrières d'inclusivité et d'accès est dépendante du contexte et des communautés qui interagissent avec l'organisation de santé. Néanmoins, la perception de ces barrières est propre à chaque individu. Dès lors, la suppression d'une d'entre elles renforce l'équité d'accès à une opportunité, mais n'assure en rien la manière dont l'individu peut en bénéficier. Puisque les personnes n'ont pas les mêmes capacités de cocréation, l'organisation doit s'efforcer de proposer des conditions de prestation équitables pour tous afin de diminuer une iniquité naturelle. Elle doit alors guider les communautés BoP et leur donner des moyens de tirer parti des opportunités qui leur sont offertes.

13c. Cocréer avec le plus démuné permet d'améliorer le bien-être de l'écosystème.

L'écosystème de santé est composé de plusieurs niveaux vis-à-vis desquels les acteurs sont interdépendants par l'échange de ressources qu'ils établissent (Beirão et al., 2017). Puisque l'écosystème se construit sur la base d'un échange de ressources entre les acteurs, si un acteur participe peu ou pas, les relations d'échanges sont déséquilibrées et affectent négativement l'écosystème. La difficulté réside alors dans la gestion de cette inégalité qui influence de fait le bien-être global de l'écosystème. Au vu des difficultés auxquelles le patient BoP se confronte pour mener des activités de cocréation nécessaires à la prestation d'un service de soin, son implication doit être favorisée. L'organisation doit alors accompagner le patient BoP dans des

activités engageantes et l'encourager à cocréer. Les activités de cocréation impliquant des individus BoP peuvent donc permettre de rétablir un équilibre au sein de l'écosystème et ainsi améliorer son bien-être.

Proposition fondatrice 14 : La gestion de l'inclusivité semble être une condition nécessaire à la gestion de l'accessibilité des services de santé aux plus démunis.

14a. Les interactions locales et les pratiques inclusives permettent de construire une capacité d'encastrement social utile à renforcer la capacité sociale d'une organisation.

La multiplication des interactions de l'organisation avec l'écosystème influence son intégration sociale, ce qui influence alors la capacité de l'organisation à échanger des ressources et ainsi fournir un accès aux services de santé aux populations à faible revenu. Le défi pour les organisations est ainsi d'atteindre un encastrement social local, ce qui appelle les organisations à développer des « capacités d'encastrement social » (Granovetter, 1985 ; Goyal et al., 2014). Nous suggérons que les organisations développent leur « capacité d'encastrement social » lorsqu'elles interagissent avec leur écosystème et mettent en œuvre des approches inclusives. Dès lors, cette capacité à s'encastrenter doit être considérée comme un élément clé de la capacité sociale d'une organisation.

14b. Interagir avec les acteurs locaux et créer des pratiques inclusives sont des activités interdépendantes et contextuelles.

Les interactions avec l'écosystème augmentent la mise en œuvre de pratiques inclusives ; et réciproquement, l'utilisation de pratiques inclusives implique des interactions plus profondes et plus nombreuses avec l'écosystème. Grâce à la répétition de ces processus réciproques, les organisations acquièrent une meilleure compréhension de l'écosystème, une plus grande légitimité et un meilleur réseau. Elles se forment ainsi une expérience locale et améliorent leur capacité à être socialement acceptées et intégrées. Une fois encadrées, elles ont plus de facilité à interagir avec les acteurs locaux et mener des pratiques de cocréation utile à délivrer sa prestation de service.

14c. La gestion de l'accessibilité des services de santé aux plus démunis repose sur la gestion des parties prenantes de l'organisation focale.

Puisque les interactions locales et les pratiques inclusives sont une source d'accessibilité des services de santé, l'entreprise doit gérer ses relations avec les acteurs avec qui elle entre dans

ces activités de cocréation. Il s'agit de gérer ses parties prenantes de manière à ce qu'elles agissent en faveur de l'accessibilité des services de santé, mais aussi du développement inclusif local.

Proposition fondatrice 15 : Ajouter une dimension de valeur « Valeur écosystémique de la marque » permet d'encourager les interactions écosystémiques et l'acceptation de l'organisation au niveau local.

15a. La dimension de valeur « Valeur écosystémique de la marque » permet l'acceptation locale des organisations.

Cette nouvelle dimension vise à encourager la création d'interactions écosystémiques tout en aidant les organisations à considérer les multiples dimensions de l'accès des services de santé aux plus démunis. Elle permet aux organisations de s'intégrer localement, ce qui contribue à renforcer l'accessibilité de leurs services de santé.

15b. L'infrastructure et les processus de soins influencent l'accessibilité des services de santé pour les populations à faible revenu.

La conception des infrastructures et des processus internes influence les interactions et l'échange de ressources entre plusieurs acteurs impliqués dans la prestation de service. Ainsi, elle contribue à former l'expérience vécue par les acteurs impliqués dans la prestation du service, et notamment les patients.

15c. Attirer les membres de l'écosystème permet d'être acceptée localement.

Impliquer plusieurs acteurs locaux peut alors faciliter la conduite d'activité de cocréation de valeur nécessaire à la prestation du service, mais aussi à son acceptation au sein de l'écosystème. De plus, la perception des acteurs locaux influence la construction de barrières à l'accès pour les patients. Alors, si le service souffre d'une mauvaise image, son accessibilité peut être réduite par des barrières personnelles issues de la perception des patients et autres acteurs locaux.

15d. La dimension « valeur écosystémique de la marque » favorise l'accessibilité durable des services de santé aux plus démunis.

Créer des interactions locales et se construire une image positive au sein de l'écosystème permet de créer un attachement émotionnel de la part de plusieurs parties prenantes. En s'associant, à la conduite d'activités de cocréation nécessaires à la prestation d'un service de santé de qualité,

l'organisation peut garantir son accessibilité de manière durable. En effet, l'accessibilité est à la fois constituée de barrières « fonctionnelles » liées au système d'offres proposée, mais aussi de barrières « émotionnelles » liées à la perception des individus. En ce sens, l'accessibilité d'un service de santé doit donc être considérée selon ces deux dimensions pour être durable.

Proposition fondatrice 16 : La gestion des composantes de l'accès aux services de santé peut être attribuée à une dimension de valeur du BM.

L'accès d'un service dépend de plusieurs critères dont la gestion peut être particulièrement attribuée à une dimension de valeur de l'écosystème.

16a. Evaluer la disponibilité du service à la découverte de valeur permet de construire une proposition de valeur adéquate.

L'objectif est d'évaluer la disponibilité des offres actuelles proposées au sein de l'écosystème et de comprendre les barrières auxquelles les patients se confrontent pour atteindre ce service afin de s'y adapter.

16b. Evaluer l'utilisation du service permet d'ajuster la proposition de valeur.

Une fois la proposition de valeur créée et délivrée, les organisations doivent évaluer la manière dont leurs services sont utilisés et la satisfaction que les patients en retirent. L'organisation pourra alors effectuer les ajustements nécessaires permettant de minimiser les barrières limitant l'usage du service.

16c. Evaluer la pertinence et l'efficacité du service de santé permet d'ajuster l'allocation des ressources et le choix des partenaires.

Au vu de l'usage du service et de la satisfaction des patients, l'organisation doit évaluer si ses ressources sont pertinemment allouées et si elles sont suffisantes à la prestation d'un service de qualité. Dès lors, elle peut ajuster son comportement et entrer dans de nouvelles activités de cocréation utiles à l'acquisition de nouvelles ressources.

16d. Evaluer l'équité d'accès permet d'assurer une cocréation de valeur partagée et équitable pour les différentes parties prenantes.

L'objectif est d'assurer que l'accessibilité de la prestation de service de soins soit équitable pour les plus démunis et puisse générer de la valeur pour plusieurs parties prenantes internes et externes à l'organisation.

16e. Evaluer les barrières personnelles d'accès permet d'ajuster la valeur écosystémique de la marque.

Il s'agit d'évaluer les barrières personnelles que détiennent les patients à l'égard du service, afin de s'adapter.

SECTION 3 : LES PROPOSITIONS D'ORDRE OPERATOIRE

Ce jeu de propositions vise à rendre opératoires les propositions théoriques présentées précédemment.

3.1. Propositions opératoires relatives à la dimension « découverte de valeur »

Proposition opératoire 1 : Les organisations doivent créer un réseau inclusif composé de patients et d'acteurs locaux en amont de la proposition de valeur pour identifier le besoin de santé des patients, les barrières à l'accès et les sujets de sensibilisation à traiter.

1a. Les organisations doivent interagir avec les acteurs locaux pour appréhender le contexte local et ses spécificités.

L'objectif est de cibler des acteurs de l'écosystème qui seront susceptibles d'aider l'organisation à appréhender les besoins des patients et toute contrainte, difficulté ou tendance connues dans la communauté. Interagir avec des institutions ou des leaders de communautés peut s'avérer pertinent, car ils sont ancrés localement et généralement acceptés. La collaboration avec des acteurs de santé peut aussi être utile pour bénéficier de leur expertise en santé. La richesse de ces interactions repose alors sur la faculté de l'organisation à échanger avec des acteurs variés. La multiplication de ces interactions est aussi un moyen d'appréhender les arrangements institutionnels existants et de pouvoir en tirer parti pour la conception et la livraison de la proposition de valeur. Cette immersion lui permet d'évaluer si la culture locale est orientée sur la communauté (Peredo & Chrisman, 2006), auquel cas le sens communautaire des populations pourra être pris en considération dans la gestion des barrières à l'accès et des choix relatifs au BM.

1b. Les organisations doivent interagir avec les acteurs locaux et les patients pour appréhender les besoins en santé et cibler la sensibilisation à mener.

Les organisations doivent comprendre les besoins locaux en matière de soins primaires et de prévention. Du fait de leur encastrement social, les acteurs locaux peuvent fournir aux organisations une information juste et contextualisée bénéfique à la création d'une proposition de valeur adaptée aux besoins locaux. Leur rôle est d'autant plus important qu'ils complètent des informations que les patients ne sont pas toujours en mesure de fournir. Ainsi, ces interactions s'avèrent particulièrement pertinentes pour déterminer les sujets de sensibilisation que les patients ne peuvent pas identifier eux même. Ces informations viennent alors s'ajouter à celles que les organisations peuvent collecter elles-mêmes au contact des populations locales.

1c. Les organisations doivent aller sur le terrain lors de la « découverte de valeur » pour identifier les barrières à l'accessibilité des services de santé locaux.

Propres à chaque organisation dans son contexte, les barrières personnelles, financières et organisationnelles à l'accès des soins (Gulliford et al., 2002) nécessitent d'être appréhendées pour construire une proposition de valeur adaptée. Les organisations doivent se concentrer sur l'évaluation de la disponibilité actuelle des services de santé et sur la disponibilité potentielle de leur service. Il s'agit en fait d'évaluer l'offre existante au vu de la demande puis d'identifier les potentielles barrières à l'accès. Les organisations doivent comprendre si les patients sont en mesure d'accéder aux services de santé dans le contexte actuel, et comment ils peuvent l'être. Le but est de pouvoir construire une proposition de valeur en fonction de la situation actuelle des patients par rapport au service. Cet élément est d'autant plus important que les expériences connues dans les services de santé contribuent à forger les barrières personnelles d'accès aux services de santé. Les études de marché et les discussions informelles peuvent ainsi être de bons moyens de récolter ces informations. Quel que soit le moyen utilisé, les organisations doivent interagir avec les patients, mais aussi avec des acteurs locaux, de la sphère médicale ou non. Elles doivent interagir en priorité avec des institutions locales qui reçoivent du public.

Proposition opératoire 2 : Les organisations doivent créer un réseau inclusif dans chaque communauté où elles opèrent pour pouvoir s'adapter localement.

Comme Schuster et Holtbrügge (2012) le soulignent, les besoins des populations ne sont pas propres à un pays et peuvent varier d'une communauté à l'autre, d'un territoire à l'autre. Selon

la distance physique et culturelle existante entre les communautés desservies, la création d'un réseau de valeur dans chaque communauté ciblée peut s'avérer nécessaire. C'est pourquoi une organisation mobile dont les services sont délivrés de territoire en territoire doit anticiper son arrivée. La création amont d'un réseau de valeur inclusif peut alors compenser son absence physique au sein de la communauté. Les acteurs locaux peuvent agir comme relai temporaire entre l'organisation et les patients potentiels : ils fournissent les informations locales que l'organisation ne peut collecter elle-même et tiennent les patients informés de l'arrivée de ladite organisation. Alors, l'organisation peut créer un réseau à distance ou se reposer sur un collaborateur de confiance, un représentant, pour effectuer cette phase d'immersion et de découverte en amont de son arrivée.

Proposition opératoire 3 : Les organisations doivent interagir avec les acteurs locaux pour apprendre et construire leur proposition de valeur.

Les organisations doivent créer leur proposition de valeur sur la base de leurs interactions avec les patients et les acteurs locaux.

3a. Identifier les ressources disponibles dans l'écosystème pour concevoir une proposition de valeur en conséquence.

La constitution du réseau inclusif et la capacité à cocréer des acteurs qui le composent doivent être anticipées dans la conception d'une proposition de valeur adaptée. Pour cibler une communauté donnée, l'organisation doit évaluer en amont les ressources disponibles au sein de l'écosystème local qui pourront être mobilisées pour délivrer la proposition de valeur. Dès lors, il convient de comprendre le rôle des acteurs de santé dans l'écosystème, et d'évaluer dans quelle mesure ils pourront être alliés à la livraison de la proposition de valeur. Cela permet de proposer une offre de soin en phase avec un parcours de soin local et/ou qui permette une approche de santé intégrée comme le prône la convention des soins primaires de l'OMS³⁴⁵.

3b. Impliquer les acteurs locaux permet de composer un système d'offres adapté aux besoins des populations locales et à l'écosystème entier.

L'évaluation de l'offre en santé existante est bénéfique pour ne pas concurrencer d'éventuels praticiens ayant une offre adaptée aux plus démunis et/ou pour mettre en place des pratiques de

³⁴⁵ L'OMS désigne trois principaux axes comme noyau de la santé intégrée : l'autonomie des personnes et les communautés ; les politiques et actions multisectorielles ; et les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique

mutualisation. Il s'agit aussi d'identifier les commerces aux alentours qui pourront bénéficier du trafic généré par une offre de santé. Montrer les bénéfices de l'activité aux acteurs peut ainsi aider la clinique à avoir leur soutien. Le recrutement d'employés locaux reconnus au sein de la communauté peut aussi agir en ce sens.

Une phase pilote où la proposition de valeur est testée et ajustée peut être bénéfique. Afin de s'ajuster, l'organisation peut analyser le comportement du patient et des acteurs de l'écosystème l'égard du service, notamment dans leur capacité et volonté à entrer dans des processus de cocréation.

3.2. Propositions opératoires relatives à la dimension « proposition de valeur »

Proposition opératoire 4 : Les organisations doivent mettre en place un processus de veille continue pour ajuster la proposition de valeur.

4a. Les organisations doivent mobiliser les acteurs locaux comme une source d'informations utile à ajuster la proposition de valeur.

Les organisations peuvent mobiliser les acteurs qui composent leur réseau inclusif formé en amont de la découverte de valeur. Si ces acteurs sont en constantes interactions avec les patients, ils peuvent être de bonnes sources d'informations. Ils apportent leur expertise sur les besoins locaux et évaluent la capacité des organisations à y répondre. En continuité de leur rôle d'informateur dans la découverte de valeur, ils peuvent fournir leur propre évaluation de la proposition de valeur et transmettre celles des patients. Ainsi, ils agissent comme relai entre les patients et l'organisation et peuvent émettre leur propre suggestion d'amélioration selon leur expertise. La collaboration avec des écoles, des cliniques locales ou lieux communautaires s'avère pertinents, car ces acteurs sont ancrés localement auprès des patients. Maintenir de bonnes relations et instaurer des processus d'échanges d'information réguliers s'avère bénéfique à l'ajustement de la proposition de valeur.

4b. Les organisations doivent encourager les retours des patients et du personnel sur l'expérience qu'ils ont du service pour l'ajuster.

Chaque acteur peut contribuer à échanger des ressources opérantes au sein de l'écosystème de services (Vargo & Lusch, 2004, 2016). Dans le cas d'un service de santé, ces ressources prennent surtout la forme d'information sur la satisfaction des besoins des patients. La réalisation d'enquête de satisfaction peut par exemple être un moyen d'y parvenir. Néanmoins,

le patient peut être réticent ou dans l'incapacité d'entrer dans des activités de cocréation de ce type. Le personnel peut alors constituer une autre source d'informations. Ainsi, les organisations doivent encourager le personnel à faire remonter les informations que les clients leur donnent, et à exprimer leur propre ressenti quant à l'expérience du service. La mise en place d'espaces et/ou supports de communication formels et informels peut être une solution.

Proposition opératoire 5 : Les organisations doivent considérer le développement inclusif comme une partie intégrante leur proposition de valeur pour s'assurer de créer des opportunités économiques et sociales pour les plus démunis.

5a. L'aspiration à créer des opportunités pour les plus démunis doit être pensée dans la conception de la proposition de valeur.

Il est conseillé de formaliser une inclusivité aspirationnelle, notamment par l'énoncé de la mission de l'organisation. Ainsi, elle peut être communiquée aux parties prenantes internes et externes de l'organisation qui peuvent s'impliquer dans ce sens.

5b. Les organisations doivent s'entourer d'acteurs locaux pour les aider à mettre en place des pratiques inclusives.

Intégré à la chaîne de valeur des organisations, l'individu pauvre peut améliorer son bien-être économique et social via le revenu et la sociabilité qu'il génère par l'activité. Pour développer ce type de pratiques inclusives, il est préférable que l'organisation s'entoure d'acteurs locaux qui puissent l'accompagner dans la démarche. Collaborer avec le département du travail peut être une voie, mais elle implique une formalisation de la recherche d'emplois qui est assez rare dans les régions en développement. Dès lors, la mobilisation du capital social des communautés s'avère pertinente. Elle permet ainsi d'interagir avec des personnes susceptibles d'être intéressées par ce que l'organisation a à proposer, par des canaux plus informels. Aussi, c'est un moyen pour l'organisation d'affiner les opportunités qu'elles proposent selon les profils des communautés. Ainsi, la vulnérabilité peut varier selon les régions. L'intégration du plus démunis est donc une pratique inclusive qui doit être adaptée selon les régions où la vulnérabilité a une signification variable.

5c. La formation et l'éducation santé des plus démunis constituent des sources de développement inclusif dans l'écosystème de santé.

Dans le cas des services de santé, il semble nécessaire de former et d'éduquer les populations pauvres aux soins primaires afin d'accroître leur alphabétisation santé et de leur donner la capacité à fournir les premiers soins. Même si cette pratique n'est pas génératrice de revenus ou de bien-être direct, l'individu ayant accru son alphabétisation santé peut transmettre sa connaissance à ses proches et prévenir d'éventuelles conditions médicales qui nécessiteraient une consultation. La prévention contribue ainsi à diminuer les dépenses en santé qui pourront être allouées à d'autres postes de dépenses, tout en leur permettant d'adopter des modes de vies plus sains utiles à leur bien-être global. Aussi, leur donner la capacité de soigner des maux du quotidien peut empêcher le développement de conditions plus graves. Il est donc nécessaire d'intégrer la démarche dans la conception de la proposition de valeur.

3.3. Propositions opératoires relatives à la dimension « cocréation de valeur »

Proposition opératoire 6 : Les organisations doivent donner les moyens aux populations locales de valoriser les pratiques inclusives.

6a. Intégrer le « pauvre » dans la chaîne de valeur est bénéfique au développement inclusif à condition de lui donner des moyens de valoriser son expérience.

L'intégration du « pauvre » comme employé dans la chaîne de valeur de l'entreprise lui permet de bénéficier d'un revenu qui pourra améliorer sa condition économique. Néanmoins, ils doivent pouvoir valoriser leur expérience. Il est nécessaire qu'ils aient conscience de pouvoir mobiliser cette expérience dans un autre contexte que celui de l'organisation, au sein d'une autre organisation ou de leur communauté. Ceci semble d'autant plus crucial pour les initiatives mobiles où les plus démunis sont souvent employés à court terme. Les organisations doivent alors les sensibiliser aux bénéfices qu'une expérience de ce type peut leur apporter à l'avenir et leur donner des conseils précis, voire de les accompagner dans des démarches de valorisation.

6b. Les organisations doivent former et accompagner leurs employés et partenaires pour encourager l'accompagnement des populations pauvres.

Les organisations doivent former et assurer un suivi des compétences de leurs employés. Au-delà des compétences médicales et non médicales associées à la prestation de services, ils doivent

être formé à l'accompagnement des plus démunis. Ainsi, ils doivent intégrer que leur rôle ne se limite pas à la seule prestation de soin, mais à améliorer le bien-être global des populations, notamment par la création d'opportunités économiques et sociales.

Proposition opératoire 7 : Les organisations doivent considérer les valeurs du personnel.

En référence à une approche basée sur les ressources culturellement informées ou au BM basé sur les valeurs (Breuer & Lüdeke-Freund, 2017), considérer les valeurs des différentes parties prenantes d'une organisation peut permettre la construction d'un BM durable. Nous suggérons de considérer en priorité les valeurs du personnel impliqué dans la livraison de la proposition de valeur. Étant directement impliqué dans la prestation de service, le personnel influence directement l'expérience du patient. Il est préférable qu'il existe une adéquation entre les valeurs du personnel et celle que l'organisation porte. Ainsi, l'organisation doit s'assurer de l'adéquation culturelle des employés avec les valeurs portées par l'organisation. Cette proposition fait écho de la proposition 5 qui invite les organisations à formaliser leur inclusivité aspirationnelle.

Proposition opératoire 8 : Les organisations doivent réduire le risque d'asymétrie d'information dans l'expérience de service de santé afin de délivrer une prestation de qualité.

8a. Les organisations doivent mobiliser les TIC pour faciliter la récolte d'information des patients et la transmission d'informations entre les membres du personnel.

L'asymétrie d'information connue dans les services de santé (Dobrzykowski et al., 2016) est nocive à la conduite d'activités de cocréation pendant l'expérience du service de santé. Alors, l'usage des TIC peut être vu comme un moyen de récolter et d'organiser les informations relatives aux patients et ce à moindre coût. L'intérêt est de fluidifier l'expérience du service le long du parcours de soin pour le patient, mais aussi pour le personnel. Ces outils sont d'autant plus utiles pour assurer un suivi à long terme. C'est pourquoi l'intérêt de leur usage semble être plus limité dans le cas de services mobiles.

8b. Les organisations doivent encourager la cohésion interne entre les membres du personnel pour faciliter leur coopération.

La mise en place d'espace de discussions formelles et informelles permet d'encourager l'échange d'informations en faveur d'une meilleure expérience de soin. L'usage des TIC ou l'organisation de réunions peuvent ainsi être préconisés. La coopération étant essentielle le long de la chaîne de soin, la communication doit être fluide. C'est aussi un moyen de favoriser la cohésion interne qui peut améliorer la qualité de la prestation offerte. Indirectement, cela contribue au bien-être social du personnel et du patient.

8c. Les organisations doivent se focaliser sur un recrutement local pour faciliter la communication avec les patients et améliorer l'expérience de service.

Le référentiel culturel commun entre patient et personnel peut diminuer le risque d'asymétrie d'informations. De plus, la proximité sociale de personne d'une même communauté peut diminuer le frein psychologique du patient à l'égard du service de soin. Il est important de ne pas négliger le rôle du personnel non médical qui agit comme point de contact avec le patient et contribue à donner confiance et à faciliter l'acceptation de l'organisation auprès des communautés. Le personnel se doit d'être à l'écoute et d'être empathique pour fournir les informations nécessaires à guider et rassurer le patient. Alors qu'il peut être difficile de recruter du personnel médical qualifié au sein d'une communauté pauvre, il est plus aisé de recruter du personnel non médical. Les organisations doivent alors se focaliser sur le recrutement du personnel non médical auprès des communautés locales vulnérables. Cet élément s'avère d'autant plus important pour les initiatives mobiles, où l'organisation n'a pas le temps de créer une relation à long terme avec les patients.

Proposition opératoire 9 : Les organisations doivent maintenir l'engagement du personnel pour assurer la prestation d'un service de qualité.

9a. Les organisations doivent communiquer leurs valeurs au sein de leur réseau de valeur pour attirer un personnel aux valeurs similaires.

Afin de recruter des personnes ayant un profil en adéquation avec sa philosophie et ses valeurs, l'organisation peut essayer de créer des aspirations positives. Il s'agit de communiquer sur les valeurs qui constituent sa culture organisationnelle et de mettre en avant sa mission. C'est dans cette optique que la formalisation d'une inclusivité aspirationnelle peut s'avérer utile. Elle peut faciliter le recrutement d'un personnel en accord avec cette intention. Par ailleurs, recruter par

son réseau de valeur est un moyen de recruter des personnes de confiance dont les valeurs sont plus susceptibles d'être similaires à celles de l'organisation. Cette proposition s'accorde avec la nécessité de considérer les valeurs des parties prenantes, et notamment du personnel dans la construction de la proposition de valeur (cf. Propositions opératoires 5b et 7).

9b. Les organisations doivent établir un suivi et un accompagnement du personnel pour les maintenir motivés et qualifiés.

Assurer un suivi des compétences du personnel peut être un moyen de maintenir le personnel engagé. La mise en place de systèmes d'incitations et de contrôle constitue un autre moyen. Ce type de méthodes est néanmoins coûteux et peut porter préjudice à la proposition d'un service à un prix très abordable. Le choix des pratiques dépend surtout de la culture organisationnelle et du style de management adopté. Quel qu'il soit, il doit permettre le développement des compétences des ressources humaines pour encourager leur développement inclusif.

9c. Les organisations doivent recruter un personnel local pour créer un attachement moral et/ou émotionnel utile à leur engagement.

Il semble avant tout nécessaire de susciter un attachement émotionnel du personnel envers l'organisation ou envers la communauté qu'il sert. Pour cela, les organisations peuvent s'appuyer sur l'orientation communautaire de certaines régions, d'où l'intérêt d'y prêter attention dans la découverte de valeur (cf. Proposition opératoire 1). Le recrutement d'employés locaux évoqué précédemment s'avère pertinent si l'entreprise peut compter sur leur engagement communautaire et la mobilisation de leur capital social pour encourager l'acceptation de l'initiative au niveau local. L'adéquation de leurs valeurs à celle de l'organisation agit aussi dans ce sens.

Proposition opératoire 10 : Créer des partenariats locaux et internationaux permet de faciliter la conduite des activités de santé par l'accès à des ressources clés et par une meilleure visibilité au sein de l'écosystème.

Créer des partenariats avec des organisations locales permet de s'entourer de ressources humaines qualifiées, d'accéder à des infrastructures et de gagner en connaissance locale. Au-delà des avantages opérationnels qu'ils procurent, ces partenariats encouragent l'acceptation des organisations et réduit la distance sociale qu'elle peut avoir avec les acteurs locaux de l'écosystème. Il en est de même pour les partenariats internationaux. Même s'ils permettent surtout d'avoir un soutien financier, ils donnent aussi une exposition internationale à l'initiative.

La légitimité de l'organisation est alors renforcée sur la scène internationale, et par effet rebond, elle le devient sur la scène locale. En définitive, la mobilisation de plusieurs partenaires locaux et internationaux renforce la crédibilité et la légitimité de l'organisation, ce qui lui permet d'être mieux intégrée localement. De ce fait, l'organisation doit choisir ses partenaires selon les ressources qu'ils peuvent lui apporter, leurs valeurs, et leur réputation au sein de l'écosystème.

3.4. Propositions opératoires relatives à la dimension « appropriation de valeur »

Proposition opératoire 11 : L'organisation doit répliquer son modèle pour que son service soit équitablement accessible et créateur d'opportunités à un plus grand nombre de personnes.

Il est nécessaire de créer un modèle répliquable pour permettre une accessibilité équitable et encourager la création de valeur pour l'écosystème et les populations vulnérables. Puisque l'objectif des organisations de soins de santé est à la fois de fournir des soins de santé et de créer des opportunités, un modèle répliquable devrait être développé dans le but d'atteindre le plus grand nombre de patients et d'étendre la valeur créée à un plus grand nombre de personnes. L'objectif est de créer plus de valeur en améliorant la proximité géographique de l'organisation envers plusieurs acteurs répartis sur le territoire. La réplication agit comme un levier d'équité dans l'accessibilité du service et dans la création d'opportunités pour les populations vulnérables.

Proposition opératoire 12 : L'organisation doit se déployer physiquement pour encourager son accessibilité physique.

12a. L'organisation doit standardiser l'expérience de soin offert pour faciliter sa réplication.

Afin d'accroître son accessibilité physique, il est recommandé que l'entreprise se déploie géographiquement au sein d'un territoire. Il s'agit de standardiser le système d'offres, mais aussi le processus de soin. L'objectif est que les patients puissent adopter les mêmes comportements et entrer dans des activités de cocréation similaires, quel que soit le lieu où le soin est proposé. Pour cela, il est recommandé de mettre en place des processus et procédures communes à l'ensemble des cliniques et aux programmes de proximité. L'adoption d'un système de franchise peut faciliter cette standardisation et son déploiement sur le territoire.

12b. Une disponibilité intermittente du service peut pallier les contraintes financières induites par la réplication d'une initiative.

Du fait de contraintes financières, il peut être difficile pour une organisation de répliquer physiquement son modèle. Lorsque les infrastructures sont mobiles et/ou amovibles, les organisations peuvent accroître l'étendue de l'accessibilité physique en modifiant leur zone d'implantation. Il s'agit en fait d'alterner les zones d'installation afin de couvrir un plus grand territoire, même si l'accessibilité au service n'est pas continue. Cette méthode implique aussi la standardisation des processus de service pour faciliter la mise en place de l'activité et le rôle adopté par le personnel.

12c. L'organisation doit se reposer sur les acteurs locaux pour assurer la durabilité de la valeur créée.

Encourager les populations à participer à des activités de cocréation leur permet d'être acteurs et bénéficiaires de la valeur créée. Ainsi, il ne s'agit pas d'intégrer les seules communautés vulnérables, mais plusieurs acteurs de l'écosystème afin qu'ils puissent bénéficier d'une création de valeur commune. Encourager la cohésion autour de l'initiative facilite ainsi la mise en place d'activités de cocréation durable dans le temps. Le but est que ces activités soient ensuite déployées au sein de la communauté sans que l'entreprise n'intervienne. Ainsi, les acteurs locaux assurent le relai pour assurer le développement inclusif durable des populations.

Proposition opératoire 13 : Les organisations doivent sensibiliser l'écosystème de santé à plusieurs niveaux pour insuffler des transformations sociétales positives.

13a. Les organisations doivent sensibiliser et former les communautés aux soins primaires pour favoriser l'alphabétisation santé des communautés locales.

Les organisations doivent sensibiliser la population locale aux soins primaires pour assurer la durabilité de son impact sur l'écosystème. Ces démarches sont d'autant plus pertinentes dans le cas d'initiative ponctuelle ou mobile, où la création de valeur ne peut plus être initiée par l'organisation après son départ. La sensibilisation des populations permet d'accroître leur alphabétisation santé et de leur donner les moyens d'améliorer leur propre santé.

Les organisations peuvent aussi former les leaders de communauté aux gestes de premiers secours et à la conduite des soins primaires. Les organisations mobilisent ainsi les acteurs locaux comme vecteurs de connaissances et de compétences auprès des acteurs de l'écosystème, et surtout des communautés vulnérables. Après les avoir formés, les

organisations doivent les encourager à mobiliser leurs connaissances auprès de leur communauté, de manière à ce que la valeur créée puisse bénéficier à un plus grand nombre de personnes. Pour cela les organisations peuvent mener des campagnes de sensibilisation.

Cette proposition fait écho à la proposition opératoire 5c. Elles diffèrent néanmoins dans son intention. Il ne s'agit pas seulement d'éduquer les population (5c) mais d'encourager la transmission de cette formation au sein la communauté, ce qui accroît le caractère durable des bienfaits créés.

13b. Les organisations doivent rassembler des acteurs locaux autour de l'initiative pour créer une voix légitime auprès des institutions gouvernementales régionales et nationales.

Rassembler différents acteurs locaux autour de l'initiative est un moyen de créer une cohésion locale pour influencer certaines politiques régionales voire nationales.

Proposition opératoire 14 : Les organisations doivent entretenir de bonnes relations écosystémiques pour d'accroître l'accessibilité de l'initiative et créer durablement de la valeur.

14a. Les organisations doivent maintenir l'engagement des partenaires financiers pour créer une valeur durable.

Les organisations dont l'activité est dépendante de donations doivent répondre au besoin de transparence envers leurs donateurs. Il n'est pas seulement question de rendre des comptes, mais aussi de prouver l'intérêt qu'ont ces organisations à collaborer. L'organisation d'évènements ou la création de supports institutionnels de communication est une bonne manière de le faire. Néanmoins, la construction de relations plus intimes semble plus bénéfique, mais elle s'acquiert surtout au fil du temps. Les organisations doivent néanmoins se munir contre les risques de corruption qui sont forts dans les régions en développement en s'assurant de la fiabilité de ses partenaires et de leurs intentions. La mobilisation du réseau inclusif préalablement créée au niveau local peut permettre de se renseigner sur le sujet. Pour atténuer le risque de dépendance envers certains partenaires et ainsi assurer la viabilité de la valeur créée, il peut aussi être recommandé de diversifier les sources de revenus, et de développer des modèles auto-suffisants.

14b. Les organisations doivent maintenir l'engagement des partenaires locaux opérationnels dans la poursuite du Triple Aim.

La mobilisation de plusieurs acteurs de l'écosystème local permet à l'initiative de gagner en ampleur au niveau local et ainsi d'attirer l'intérêt d'acteurs à un niveau méso et macro. Il semble cependant important d'identifier les acteurs qui facilitent l'atteinte du *Triple Aim* – *Care, Health, Cost* – chaque acteur pouvant aider à la réalisation d'un seul des trois objectifs pourront en effet influencer l'accessibilité des services de santé à un niveau national.

3.5. Propositions opératoires relatives à la dimension « valeur écosystémique de la marque »

Proposition opératoire 15 : Les organisations doivent encourager leurs interactions locales pour améliorer leur encastrement local et ainsi accroître l'accessibilité de leurs services de santé.

15a. Les organisations doivent s'installer dans des zones géographiques facilement accessibles et visibles.

Le choix de la localisation est un levier d'accessibilité physique important. S'il est bénéfique d'être au plus près des patients, il est surtout nécessaire d'être au plus accessible. Ainsi, les organisations doivent s'installer dans des endroits stratégiques de manière à être accessibles en transport public ou taxi-brousse et à être visibles. L'objectif est ainsi de diminuer les barrières organisationnelles liées aux coûts de transport, mais aussi de réduire les barrières personnelles liées à l'effort psychologique que la difficulté d'accès peut provoquer. La visibilité et l'exposition physique de l'infrastructure peuvent ainsi aider l'organisation à s'intégrer dans le paysage local et à gagner l'acceptation des communautés.

15b. Les organisations doivent créer des infrastructures innovantes pour assurer une meilleure intégration auprès des communautés.

Les infrastructures mobiles et amovibles permettent de s'installer au cœur des communautés et de couvrir un plus large territoire. De plus, le design extérieur de l'infrastructure peut agir comme un moyen de reconnaissance au sein de l'écosystème. Enfin, le choix de l'infrastructure affecte directement les coûts fixes d'une organisation. Elle peut donc permettre de proposer un prix plus abordable aux patients à faibles revenus.

15c. Les organisations doivent créer un processus de service soigné pour améliorer l'expérience du service.

En permettant un processus de service fluide, l'organisation peut faciliter les interactions avec les patients. Ces interactions étant cruciales à la conduite d'activité de cocréation, elles sont nécessaires à la conduite d'un service de qualité. Dès lors, le patient doit pouvoir accéder à des informations et solliciter le personnel le long de l'expérience de soin. Le but est de faciliter ces interactions pour que les patients n'aient pas à fournir d'efforts pour s'engager dans des activités de cocréation. Cela permet aussi de réguler les flux de patients et d'organiser la prestation de service pour minimiser l'attente. Un parcours de service doit ainsi être précisément déterminé pour gagner en efficacité et améliorer la satisfaction des patients. Il peut être bénéfique de l'enrichir par une signalétique visible et basée sur des pictogrammes compréhensibles de tous.

15d. Les organisations doivent conduire des programmes de proximité pour renforcer la proximité géographique avec les patients.

La couverture géographique est un problème important de l'accessibilité des services de santé au plus démunis. Malgré la localisation stratégique des services de santé, ils ne sont pas toujours accessibles pour tous. Dès lors, la proposition de programmes de proximité complémentaires peut combler cette lacune et permettre une meilleure équité d'accès aux services proposés. Il convient alors d'effectuer des programmes auprès de personnes isolées géographiquement ou socialement.

Proposition opératoire 16 : Les organisations doivent créer une image positive pour gagner en légitimité au sein de l'écosystème.

16a. Les organisations doivent créer un intérieur propre et accueillant pour mettre en confiance le patient, le personnel et les acteurs locaux.

Instaurer un intérieur chaleureux peut permettre de mettre en confiance le patient et pallier certains freins psychologiques liés à la prestation de soin. Si, cet aspect n'est pas toujours valorisé par le patient, la propreté est une condition indispensable à l'acceptation du service par le patient et le personnel. Aussi cela permet de crédibiliser le service et contribue à construire une image positive de l'organisation, notamment auprès des personnes n'ayant pas encore reçu de soin. L'objectif est d'assurer un contraste certain avec le système public qui est souvent perçu comme non entretenu. Le design interne peut aussi être une source de différenciation par rapport à d'autres initiatives privées. Néanmoins, les organisations ne doivent pas développer

un intérieur trop sophistiqué qui pourrait laisser penser que le service est cher, et ainsi freiner son acceptation auprès des plus démunis.

16b. Les organisations doivent créer une identité fiable et significative pour attirer les membres de l'écosystème.

Le développement d'une identité de marque et la création d'aspirations positives peut faciliter l'intégration locale de l'organisation. Ainsi, les organisations doivent être reconnues et acceptées auprès de plusieurs acteurs. L'organisation doit alors communiquer sur son système d'offres, sur la qualité de la relation proposée à ses patients et sur ses valeurs. Elle doit faire connaître son offre, accroître sa notoriété et gagner la confiance des patients et acteurs locaux. La création d'une identité visuelle et d'actions promotionnelles peut agir en ce sens. L'objectif de l'organisation est d'être attractive pour des parties prenantes telles que ses patients et employés potentiels pour qu'ils aient envie d'entrer dans des activités de cocréation avec l'organisation. Convaincre des acteurs intégrés et légitimes localement peut aussi accélérer l'acceptation de l'organisation au sein de l'écosystème, notamment par le bouche-à-oreille ou par effet boule de neige. L'identité organisationnelle doit alors être pensée comme un levier d'acceptation au sein de l'écosystème.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons présenté notre produit de recherche, un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires aux plus démunis, accompagné d'un jeu de propositions théoriques et opérationnelles. Ce *framework* détient ainsi une visée prescriptive et transformative rendue possible par son utilisation compréhensive et heuristique.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Cette troisième partie présentait le produit de recherche de la thèse, c'est-à-dire, un outil générique et ses propositions théoriques et opératoires.

Le chapitre 6 a présenté une analyse croisée de nos études de cas. Cette comparaison cadrée par les dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) a permis de mettre en avant les convergences et divergences des stratégies déployées au sein de chaque dimension de valeur des BM des cas étudiés. Dès lors, nous avons pu en tirer les enseignements clés de notre enquête empirique.

Le chapitre 7 s'est focalisé sur la discussion de l'analyse inter-cas à la lumière de notre cadre conceptuel. L'objectif était de retenir un cadre conceptuel resserré à l'essentiel afin de proposer un outil générique. Ainsi, nous avons pu identifier les éléments qu'une organisation doit posséder pour délivrer des services de santé primaires inclusifs au plus démunis. Cette prise de recul a constitué une phase clé dans la construction de notre outil générique. Nous avons donc pu proposer un business model BoP dédié à la prestation de services de santé primaires accompagné de propositions théoriques et opératoires.

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUIS CONCEPTUELS ET THEORIQUES

Chapitre 1 : Les stratégies BoP, une voie pour diminuer la pauvreté

Chapitre 2 : L'accessibilité et l'inclusivité des stratégies BoP dédiées aux services de santé

Chapitre 3 : L'approche du business model comme cadre conceptuel

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE EMPIRIQUE

Chapitre 4 : Epistémologie et méthodes de recueil et de traitement des données empiriques

Chapitre 5 : Analyses intra-cas des études de cas

TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL

Chapitre 6 : Analyses inter-cas et discussion des cas

Chapitre 7 : Outil et propositions génériques

CONCLUSION GENERALE

« Sur les 7,3 milliards d'habitants que compte notre planète, la moitié au moins n'est toujours pas complètement couverte par les services de santé essentiels. » (OMS, Octobre 2018)

Nous avons analysé la manière dont les organisations peuvent donner accès à des services de santé primaires aux populations démunies des régions en développement. La conduite d'une étude de cas multiples contrastés a permis de mettre en avant différentes manières par lesquelles cette problématique peut être traitée. Nous nous sommes focalisés sur l'analyse des stratégies menées par quatre organisations, pour rendre leur offre de service de santé accessibles aux plus démunis. En nous concentrant sur les stratégies menées, nous avons pu comprendre la manière dont ces stratégies avaient été mobilisées par les organisations pour construire leur business model respectif. Le but était d'analyser les convergences et les divergences des stratégies utilisées pour traiter cette problématique commune d'accessibilité. L'étude des différents chemins de construction adoptés par les organisations nous a permis de mettre en avant des caractéristiques qu'un BM BoP dédié aux services de santé primaires devrait posséder pour rendre accessible son offre de soins primaires aux plus démunis des régions en développement.

Cette démarche reflète ainsi notre utilisation du BM à des fins à la fois compréhensive et heuristique. La « *conceptualisation du BM pour la prestation des services de santé à la base de la pyramide (BoP)* » d'Angeli et Jaiswal (2016), enrichie par d'autres concepts de la littérature, nous a guidé dans la compréhension de nos études de cas sur le terrain et dans la conduite de nos analyses inter-cas et intra-cas. C'est grâce à la connaissance générée que nous avons pu fournir une heuristique pour la construction d'un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires.

Cette recherche visait à répondre à la problématique et aux questions de recherche suivantes :
Comment les organisations peuvent-elles construire leur business model pour délivrer des services de santé primaires inclusifs aux plus démunis dans les régions en développement ?

QR 1 : Quelles stratégies les organisations peuvent-elles mettre en place pour renforcer l'accessibilité de leurs services de santé primaires aux plus démunis ?

QR 2 : Quels éléments une organisation doit-elle intégrer à son business model pour délivrer une prestation de services de santé primaires accessibles aux plus démunis ?

QR 3 : Comment les organisations peuvent-elles favoriser l'accessibilité de leur offre de services de santé primaires aux plus démunis ?

Nous nous attachons à répondre à cette problématique lors de la prochaine section en répondant à chaque sous question de recherche. Puis, nous présentons les contributions théoriques et managériales avant de discuter de la validité de la connaissance produite et des limites méthodologiques et empiriques de la recherche. Enfin, nous proposons des voies futures de recherche.

SECTION 1 : LES REPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE

Nous répondons synthétiquement à chacune des questions de recherche.

Comment les organisations peuvent-elles construire leur business model pour délivrer des services de santé primaires inclusifs aux plus démunis dans les régions en développement ?

QR 1 : Quelles stratégies les organisations peuvent-elles mettre en place pour renforcer l’accessibilité de leurs services de santé primaires aux plus démunis ?

Afin de favoriser l’accessibilité des services de santé inclusifs, les organisations peuvent développer différentes stratégies qu’il est possible d’associer aux dimensions de valeur de leur BM.

❖ L’engagement des acteurs locaux comme stratégie centrale

Engager les acteurs de l’écosystème local est l’une des stratégies déployées. Elle occupe une place particulière dans le BM car elle concerne toutes ses dimensions de valeur. Pour les organisations focales, l’objectif de cette stratégie est d’échanger des ressources utiles au développement de leur BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires. Ainsi, elles peuvent mobiliser les institutions locales et les patients comme sources d’informations, et comme partenaires. Elles peuvent accéder à des connaissances, des ressources humaines et des infrastructures utiles à l’adaptation et au déploiement de leur proposition de valeur. Considérer plusieurs acteurs permet de mener davantage d’activités de cocréation ; et par conséquent, d’intégrer davantage d’acteurs aux processus d’appropriation de valeur, dont ils peuvent tirer parti pour améliorer leur bien-être.

❖ Des stratégies associées à des dimensions de valeur spécifiques

Dans la dimension « découverte de valeur », l’implication des fondateurs et/ou des membres décisionnaires dans des activités de cocréation écosystémiques est un moyen pour les

organisations de bénéficier de l'expérience et du réseau que ces derniers développent. Ils peuvent ainsi agir comme des moteurs, voire des accélérateurs, pour appréhender le contexte local et encourager l'intégration de leur organisation.

Dans la dimension « proposition de valeur », les organisations doivent encourager les retours réguliers des patients et du personnel afin d'ajuster leur proposition de valeur. Ainsi, l'intégration d'acteurs locaux et des communautés vulnérables dans les activités de l'entreprise est un moyen pour faciliter la communication en interne et avec les patients. L'intérêt de cette stratégie est qu'elle peut aussi être une source de développement inclusif.

Dans la dimension « (Co)création de valeur », l'organisation doit chercher à développer les mécanismes de cocréation de valeur avec les patients et entre les membres de son personnel. Pour cela, les organisations peuvent utiliser les TIC. Elles peuvent aussi se reposer sur leur politique de ressources humaines. C'est pourquoi le recrutement et la gestion du personnel médical et non médical sont des leviers que les organisations peuvent mobiliser pour favoriser le déploiement d'activités de cocréation.

Dans la dimension « appropriation de valeur », l'organisation doit chercher à étendre et partager la valeur créée avec ses parties prenantes, tout en prêtant attention à ses objectifs liés au *Triple Aim* et au développement inclusif. Alors, des stratégies de réplication, notamment par des systèmes de franchises, peuvent être mobilisées. L'entrepreneuriat et la formation des acteurs vulnérables peuvent aussi être vus comme des moyens d'émancipation pouvant agir dans ce sens.

Par ailleurs, les organisations doivent donner confiance aux acteurs de l'écosystème et aux membres de la communauté locale. Puisque les interactions écosystémiques sont bénéfiques à leur légitimité, les organisations peuvent les encourager par des infrastructures et des processus internes propices à leur création. La conduite de stratégies promotionnelles et de marque peut aussi être bénéfique. Ces différentes stratégies s'attachent alors à la dimension « valeur écosystémique de la marque » que nous proposons d'ajouter au BM d'Angeli et Jaiswal (2016).

Engager plusieurs acteurs, encourager la conduite d'activité de cocréation et gagner la confiance de l'écosystème permet à l'organisation de créer une cohésion autour de l'initiative. Elle peut ainsi gagner en acceptation et en légitimité, attirer de nouvelles parties prenantes et encourager l'expansion de son activité. Cette unité permet d'améliorer la proximité de l'organisation avec les communautés BoP et ainsi fournir une prestation de services de santé primaires accessibles et créatrices de valeur économique et sociale pour les plus démunis.

QR 2 : Quels éléments une organisation doit-elle intégrer à son business model pour délivrer une prestation de services de santé primaires accessibles aux plus démunis ?

Afin de stimuler les interactions écosystémiques et d'encourager leur encastrement nécessaire à délivrer des services de santé aux plus démunis, les organisations doivent adapter les caractéristiques des dimensions de valeur de leur BM BoP dédié aux services de santé primaires.

En référence à la « *Conceptualisation du BM pour la prestation des services de santé à la base de la pyramide (BoP)* » d'Angeli et Jaiswal (2016), les organisations doivent intégrer une dimension « découverte de valeur » afin de concevoir une proposition de valeur adaptée aux besoins locaux. S'il s'agit de reconnaître les besoins de santé des patients et de co-identifier une solution acceptable avec eux, il s'agit surtout d'identifier les acteurs présents et de comprendre le contexte social dans lequel ils évoluent et interagissent. Au-delà d'avoir une meilleure appréhension du paysage local, cela permet de débiter la construction d'un réseau inclusif nécessaire au déploiement de la proposition de valeur. Dans cette perspective, les organisations doivent appréhender les ressources que les acteurs sont à même d'échanger au sein de l'écosystème au profit d'une prestation de services de santé primaires inclusifs.

La dimension « proposition de valeur » implique de concevoir une proposition de valeur qui réponde aux besoins de santé des patients démunis, et au développement inclusif nécessaire au bien-être de l'écosystème et de ses acteurs. C'est pourquoi il est essentiel qu'elle intègre la satisfaction des membres de l'écosystème, dont les patients, comme l'une de ses caractéristiques. Les organisations doivent aussi considérer la sensibilisation santé afin de délivrer une offre inclusive ayant un bénéfice durable pour les patients. Enfin, et toujours dans un objectif de développement inclusif durable, la recherche d'inclusivité pour les plus démunis doit, elle aussi, être intégrée à la proposition de valeur. Les mécanismes de cocréation et d'appropriation de valeur peuvent ainsi être construits en conséquence. Cette formalisation permet aussi de communiquer explicitement sur le sujet et d'attirer des parties prenantes en phase avec l'inclusivité aspirationnelle et les valeurs des organisations focales.

La « création de valeur » regroupe les caractéristiques relatives aux ressources internes et externes de l'organisation. Puisque la politique de ressources humaines peut agir comme un levier de cocréation de valeur avec les patients, il est nécessaire que la dimension intègre la volonté d'adopter une approche de soins centrée patients, et que les processus internes de

cocréation soient un élément clé de la dimension. Dans cette perspective et pour renforcer son encastrement, cette dimension doit considérer la capacité sociale des organisations. Du fait de l'ajout de ces caractéristiques et du rôle de la cocréation de valeur dans la prestation de soins, cette dimension pourrait être dénommée « cocréation de valeur » à la place de « création de valeur ».

La dimension « appropriation de valeur » intègre le choix d'un modèle de profit et d'une équation sociale ainsi que le partage de la valeur avec les parties prenantes de l'organisation (Angeli & Jaiswal, 2016). Elle doit aussi prendre en compte le caractère durable de la valeur créée, c'est-à-dire son influence TBL dans le temps pour l'écosystème et ses différents acteurs. Dans cette optique, la valorisation des compétences locales et la recherche d'autonomisation peuvent être considérées comme un élément de la dimension « appropriation de valeur ». Puisque le BM a pour but de délivrer une prestation de soins aux plus démunis, il apparaît indispensable que le *Triple Aim* soit associé à cette dimension.

Enfin, nous suggérons l'ajout d'une dimension « valeur écosystémique de la marque » dans laquelle doivent être considérés les choix relatifs à l'infrastructure ; aux processus de service et à l'identité organisationnelle des organisations. Pour les organisations, l'objectif est d'encourager la multiplication des interactions avec plusieurs acteurs locaux, afin d'être reconnues au sein de l'écosystème, de se faire progressivement accepter, et de susciter l'attachement émotionnel de plusieurs acteurs.

En définitive, les organisations qui souhaitent délivrer une prestation de services de santé inclusif aux plus démunis, doivent veiller à l'intégration des éléments suivants :

- (1) Comprendre le cadre social et les arrangements institutionnels entre acteurs locaux dans la dimension « découverte de la valeur » ;
- (2) Satisfaire les besoins des patients et des acteurs de l'écosystème, sensibiliser les patients et les acteurs locaux et offrir des opportunités aux populations à faible revenu dans la dimension « proposition de valeur »;
- (3) Se concentrer sur les partenariats avec les acteurs locaux et encourager la mise en place d'activités de cocréation de valeur dans la dimension « (co)création de valeur » ;
- (4) Encourager la réplique des modèles, l'émancipation des acteurs locaux, et l'atteinte du *Triple Aim* dans la dimension « appropriation de valeur ».

(5) Intégrer une dimension « valeur écosystémique de la marque » composée des choix relatifs à l'infrastructure, aux processus internes, et à l'identité organisationnelle

En intégrant ces différents éléments, l'organisation peut gagner en connaissance locale et en légitimité pour s'encadrer localement et ainsi améliorer l'accessibilité de services de santé inclusifs aux plus démunis des régions en développement.

QR 3 : Comment les organisations peuvent-elles encourager l'accessibilité de leur offre de services de santé primaires aux plus démunis ?

L'inclusivité des initiatives contribue directement à renforcer l'accessibilité des services de santé inclusifs aux plus démunis. Il est donc nécessaire que les organisations développent des pratiques inclusives et un comportement responsable au sein de l'écosystème.

La création d'opportunités économiques et sociales aux plus démunis leur permet d'améliorer eux-mêmes leur bien-être pour diminuer certaines barrières à l'accès aux soins. Si cela transforme leurs conditions de vie de manière positive, cela leur donne aussi les moyens de contourner ou supprimer certaines des barrières auxquelles ils se confrontent. En augmentant leurs capacités, au sens de Sen (1987), les patients peuvent diminuer les freins psychologiques et émotionnels qu'ils ont à l'égard du service. Ils peuvent aussi se reposer sur le capital social de leur communauté pour pallier certaines contraintes d'accès au service. L'inclusivité détient ainsi une influence sur les barrières personnelles et organisationnelles de l'accessibilité des services de santé aux patients BoP.

S'il est nécessaire d'intégrer l'inclusivité comme élément clé de la proposition de valeur, il est aussi nécessaire que l'organisation adopte un comportement en faveur de cette inclusivité. L'organisation doit alors multiplier ses interactions avec différents acteurs de l'écosystème afin de nouer des liens durables qui lui permettent d'être acceptée et encadrée localement au profit d'une prestation de services de santé inclusive génératrice de transformations positives durables pour l'écosystème local.

L'inclusivité est donc un levier pour donner un meilleur accès aux services de santé aux plus démunis. L'interaction avec l'écosystème permet aux organisations de mieux connaître les besoins et les attentes des acteurs locaux tout en acquérant une légitimité auprès d'eux. Ainsi, s'appuyer sur l'écosystème, et surtout interagir avec de multiples parties prenantes aide les organisations à améliorer leur capacité sociale et leur capacité à s'encadrer localement. De cette manière, elles peuvent s'intégrer socialement et physiquement. Elles peuvent alors s'adapter aux barrières à l'accès propres au contexte dans lequel elles sont encadrées, en considérant les

différents acteurs qui y sont déjà. Ainsi, elles pourront améliorer l'accessibilité des services de santé aux patients à faible revenu. Pour ces raisons, les organisations doivent accroître l'utilisation de pratiques inclusives dans leurs composantes de BM.

Basée sur les interactions conduites avec de multiples parties prenantes, la dimension « valeur écosystémique de la marque » peut encourager les membres de l'écosystème à s'unir autour de l'initiative et ainsi favoriser l'intégration locale de l'organisation focale, et donc améliorer l'accessibilité des services de santé aux plus démunis.

Par conséquent, nous supposons que l'encastrement local est à la fois une cause et une conséquence de l'inclusivité et de l'acceptation locale. Une gestion locale et inclusive des parties prenantes de l'écosystème semble alors essentielle pour gérer les multiples dimensions du défi de l'accès aux soins aux plus démunis tout en étant moteur de développement inclusif. Elle permet en effet d'accroître l'encastrement social des organisations qui résulte de pratiques inclusives itératives avec de multiples acteurs locaux.

En définitive, l'encastrement local permet d'améliorer l'accès équitable des soins de santé inclusif aux populations à faible revenu.

SECTION 2 : LES IMPLICATIONS THEORIQUES DE LA RECHERCHE

2.1. Contributions à la littérature sur les stratégies BoP

2.1.1. L'étude empirique d'une stratégie BoP dédiée à un service transformateur

Même si des intersections communes entre les champs de littérature sur les services et les stratégies BoP méritent d'être exploitées (Reynoso, Valdés, et al., 2015), la thématique est sous étudiée. Il existe ainsi un clivage théorique et empirique dans la littérature des services et dans la littérature BoP (Fisk et al., 2016 ; Gebauer & Reynoso, 2013). Les recherches empiriques demeurent particulièrement limitées (Fisk et al., 2016). Pourtant, plusieurs axes de recherche qui relient le management des services au management BoP sont désignées comme prometteurs (Reynoso, Valdés, et al., 2015). Notre recherche empirique focalisée sur des stratégies BoP dédiées à la prestation de service de santé permet ainsi de combler certaines de ces lacunes.

Cette recherche contribue à la littérature BoP par une recherche empirique dédiée à un service, alors que la littérature BoP se focalise surtout sur la prestation de produit (Fisk et al., 2016). La conduite d'une recherche empirique agit aussi dans ce sens, puisque l'étude des services dans

la littérature fait surtout l'objet de recherches théoriques. Enfin, le choix d'étudier des services de santé permet de répondre aux appels de Gebauer et Reynoso (2013) et d'Anderson et al. (2013) qui prônent l'étude de services transformateurs, c'est-à-dire, des services qui contribuent au bien-être des populations, comme levier de réduction de la pauvreté. Le choix des services de santé, transformateurs par nature, contribue aussi à combler le manque de recherche sur les services de santé dans la littérature BoP (Agarwal et al., 2017; Pels & Kidd, 2015).

Enfin, nous ancrons notre travail dans l'Objectif de développement durable n° 3 des Nations unies « Bonne santé et bien-être » qui vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.* » (ONU, 2019, p. 26). Notre focalisation sur les services de santé primaires s'aligne avec les recommandations de l'OMS qui les désignent comme un levier clé pour améliorer la santé des plus démunis (WHO & UNICEF, 2018).

2.1.2. L'inclusivité pivot central de l'accessibilité d'un service de santé primaire à la base de la pyramide

L'inclusivité se résume souvent à la pratique visant à intégrer les plus démunis dans la chaîne de valeur des entreprises. Nos études de cas soulignent la vision réductrice de cette définition. Si l'intégration d'un individu pauvre dans la chaîne de valeur est génératrice de revenus, elle n'est pas forcément une source d'opportunité économique et sociale durable. Comme le souligne le mouvement critique des stratégies BoP porté par Karnani (2007), intégrer les BoP dans la chaîne de valeur se limite souvent à créer un emploi salarié où « le pauvre » est considéré comme une main d'œuvre peu coûteuse. Ansari et al. (2012) avaient ainsi appelé à évaluer les impacts à long terme des initiatives inclusives sur le développement des communautés BoP. Comme l'indique notre enquête empirique, intégrer la durabilité dans l'appréhension de l'inclusivité semble nécessaire. Néanmoins, il semble que ce soit le caractère durable des opportunités liées à une pratique qui permette de la considérer comme inclusive et d'évaluer son niveau d'inclusivité. Il convient donc de comprendre le terme durabilité comme l'influence TBL de la pratique dite inclusive sur la durée. Il semble ainsi important d'estimer l'étendue des bienfaits associés à l'inclusivité dans l'écosystème et de toutes les personnes qui en bénéficient, sans les restreindre à la communauté BoP. Si la communauté BoP est la cible prioritaire des pratiques inclusives, il semble qu'une pratique soit d'autant plus inclusive si elle bénéficie à d'autres acteurs dont le bien-être influencera de fait celui de l'écosystème, et par conséquent celui des communautés BoP qui y sont encadrées.

La difficulté réside aussi dans la possibilité de définir les contours des pratiques inclusives alors que leur durabilité varie selon les contextes, les acteurs impliqués, et l'organisation initiatrice. C'est pourquoi toute pratique doit être contextualisée avant d'être envisagée. La conduite de certaines pratiques n'est donc pas un gage d'inclusivité. Une même pratique dite inclusive peut ainsi entraîner un niveau de développement inclusif variable selon le contexte. Ainsi, l'ambition stratégique du fondateur semble déterminante, selon l'inclusivité aspirationnelle qu'il insuffle à l'organisation et s'il la formalise au sein de l'organisation.

Alors que la littérature évoque la présence de barrières à l'accès à la santé, peu de recherches sont effectuées dans les régions en développement (Peters et al., 2008). Nous contribuons ainsi à comprendre la particularité de ces barrières et la manière de les gérer dans ce type de contexte. Quelle que soit la pratique mobilisée, les opportunités économiques et sociales qu'elle induit influencent les barrières des services de santé, et donc leur accessibilité. En effet, l'influence de l'inclusivité sur les barrières personnelles des plus démunis contribue à réduire la distance cognitive et émotionnelle avec le service. A travers le bien-être que les pratiques inclusives peuvent procurer, les barrières personnelles du patient envers le service peuvent être amoindries. Ce dernier accroît ainsi sa capacité à gérer des barrières géographiques et organisationnelles associées à l'offre. L'objectif de l'organisation est de permettre aux patients de contribuer lui-même à l'accessibilité de l'offre par la réduction de ses barrières personnelles envers le service. Même si les patients peuvent agir sur d'autres barrières, leur implication est plus difficile.

2.1.3. L'encastrement local, une condition indispensable à la prestation de soins inclusifs aux plus démunis

Le besoin d'encastrement (Granovetter, 1985, 2005) est évoqué à plusieurs reprises dans la littérature BoP (Lashitew, Bals, & Tulder, 2018 ; Nobre & Morais-da-Silva, 2018). Pour ce faire, il est conseillé aux FMN de s'entourer d'acteurs non commerciaux (Hahn & Gold, 2014 ; Webb, Kistruck, Ireland, & Ketchen, 2010) pour gagner en légitimité auprès des populations locales. Notre recherche confirme en effet la nécessité pour les organisations de gagner en légitimité auprès des populations locales pour mener leurs activités. Néanmoins, elle met en perspective ce besoin pour des acteurs différents des FMN, notamment des acteurs non commerciaux qui sont désignés dans la littérature comme un appui aux FMN. Ainsi, nous comprenons que ce besoin d'encastrement concerne tout type d'acteur et expliquons la manière dont ils peuvent l'encourager.

C'est par la multiplication des interactions écosystémiques et la conduite de pratiques inclusives qu'une organisation peut progressivement gagner en légitimité et s'encaster localement. Dans l'atteinte de cet objectif, l'ajout de la dimension de valeur « valeur écosystémique de la marque » s'avère pertinent, car elle permet de gagner en reconnaissance et de gagner la confiance d'acteurs clés. Ceci est particulièrement important dans le cas des services de santé qui sont très intangibles et souvent source d'angoisse pour les patients démunis dont l'alphabétisation santé est plus faible (Padma, Rajendran, & Sai, 2009). La perception des patients envers le service est influencée par les pratiques des travailleurs de santé (Rowe et al., 2018). Néanmoins, notre recherche montre que leur perception est aussi influencée par le comportement de l'organisation au sein de l'écosystème.

L'amélioration de son acceptation sociale donne à l'organisation une position plus forte dans l'écosystème pour développer son encastrement. En référence au rôle de la proximité dans le BM (Mason & Chakrabarti, 2016), l'encastrement de l'organisation semble renforcer sa proximité géographique, organisationnelle, institutionnelle, et sociale avec les populations à faible revenu. Par conséquent, nous suggérons que de fortes et régulières interactions écosystémiques influencent l'encastrement social d'une organisation et sa proximité avec les acteurs locaux, ce qui, à son tour, influence la capacité des organisations à fournir l'accès aux services de santé aux populations à faible revenu. Cela constitue donc une condition nécessaire pour surmonter les barrières à l'accès associées à ses services et ainsi fournir des services de santé aux plus démunis.

La capacité sociale d'une organisation lui permet de tirer parti de relations avec son réseau inclusif pour accéder à des ressources (Tate & Bals, 2016). Si elle contribue à faciliter l'opérationnalisation d'une activité à la base de la pyramide, il semble que la capacité d'encastrement le soit aussi. Au vu de leur interdépendance, nous suggérons que cette capacité à s'encaster soit considérée au regard de la capacité sociale de laquelle elle ne peut pas être dissociée. En effet, cet encastrement est possible si l'organisation sait tirer parti de sa relation avec les acteurs de l'écosystème, et elle le sera d'autant plus si elle est encadrée. Dès lors, cette capacité sociale et d'encastrement s'avère indispensable à la prestation de service, qui repose sur l'acceptation de plusieurs acteurs de l'écosystème.

Dès lors, nous nous questionnons sur la définition du réseau inclusif telle que l'envisage Reficco et Márquez (2009), c'est-à-dire comme un « *arrangement horizontal dans lequel toutes les parties partagent la responsabilité pour des résultats performants, sans qu'aucune des parties n'exerce d'autorité ou de contrôle sur les autres.* » (p. 5). Il nous semble nécessaire que

l'organisation focale se charge de la coordination inter-acteurs et s'assure de l'objectif social et inclusif des partenaires. Ceci semble particulièrement important dans les pays tels que l'Afrique du Sud ou le Brésil où la corruption est très forte. Néanmoins, elle doit veiller à respecter les arrangements institutionnels présents et le capital social des communautés.

Enfin, il est nécessaire de préciser que l'écosystème doit considérer tout type d'acteur et ne pas se limiter à des acteurs privés, comme le suggère pourtant Prahalad (2004). Il est intéressant de considérer des acteurs publics, qui peuvent jouer un rôle essentiel dans la prestation du service de santé et sur la durabilité des bienfaits engendrés. Les instances publiques jouent en effet un rôle majeur dans la structure des systèmes de santé nationaux, ce qui justifie de tenir compte de leur rôle au sein de l'écosystème.

2.1.4. Affiner la définition des services de santé inclusifs

Angeli et Jaiswal (2016) qualifient d'inclusifs des services de santé qui « *favorisent la prestation de services de santé qui sont non seulement financièrement, mais aussi socialement et culturellement acceptables pour les patients de la base de la pyramide.* ». Toutefois, cette définition ne détient pas une approche écosystémique pourtant préconisée à la base de la pyramide (Prahalad, 2004), et dont le bénéfice est reconnu dans une prestation de santé (Frow et al., 2016). Elle ne souligne pas non plus l'objectif d'inclusivité associé à la prestation de services dits inclusifs, alors que cette dimension est primordiale dans les choix stratégiques qu'elle implique, notamment au niveau du BM. Ainsi, nous suggérons d'affiner la définition des services de santé inclusifs afin qu'elle tienne compte de l'objectif d'inclusivité visant à créer une valeur économique et sociale pour l'écosystème local. Les services de santé inclusifs peuvent alors être définis comme :

... des services de santé acceptables pour les patients de la base de la pyramide ainsi que pour les membres de l'écosystème local. Ils impliquent une forte interaction entre l'organisation focale et les acteurs locaux, et nécessitent le développement de pratiques inclusives de manière à garantir la création de valeurs sociales et économiques pour l'ensemble de l'écosystème, grâce à une solution physiquement, financièrement, psychologiquement et émotionnellement accessible de manière équitable aux patients à faible revenu, et fourni par une organisation socialement encadrée à laquelle les membres d'écosystèmes sont liés.

2.2. Contributions à la littérature sur les business models

2.2.1. Le besoin d'un business model adapté à la prestation de santé aux plus démunis

2.2.1.1. Le rôle de l'interactivité dans les dimensions de valeur

Les services de santé requièrent un fort degré d'interaction (Lovelock, 1983; McColl-Kennedy et al., 2012) qui implique de former des BM adaptés à ce besoin. Conformément à Ricart et Sanchez (2010) qui préconisent la création de BM interactif à la base de la pyramide, nous confirmons l'intérêt du modèle interactif pour délivrer une offre de santé primaires aux plus démunis. Même si l'interactivité globale du BM ne semble pas conditionner la réussite d'une organisation délivrant ce type de services BoP, il semble que l'interactivité de la dimension découverte de valeur le soit car elle permet d'apprendre au contact des acteurs de l'écosystème. La dimension « valeur écosystémique de la marque » implique aussi une certaine interactivité puisqu'elle agit sur l'acceptation et l'encastrement d'une organisation au sein de l'écosystème et auprès des patients issus de la communauté BoP.

Cette proposition nous permet de contribuer à la littérature sur le BM, car elle nous amène à suggérer qu'une seule dimension d'un BM puisse être interactive, si bien que l'interactivité d'un modèle ne concernerait pas toujours l'ensemble d'un BM.

2.2.1.2. Contour du business model inclusif

Les business models inclusifs sont désignés dans la littérature comme une solution pour créer de la valeur économique et sociale pour les plus démunis et ainsi être moteurs de développement inclusif (Likoko & Kini, 2017 ; Michélini & Fiorentino, 2012) par leur capacité à intégrer les plus démunis dans la chaîne de valeur des entreprises (PNUD, 2008, 2015). Compte tenu du rôle de la durabilité dans l'évaluation d'une pratique inclusive, il semble nécessaire que le business inclusif intègre cette spécificité de manière à ce que le seul recrutement des plus démunis ne suffise pas à considérer qu'un BM est inclusif. De plus, la littérature a plusieurs fois restreint le BM inclusif à des organisations à but lucratif, or, nos cas semblent montrer que le caractère inclusif d'un BM ne soit pas associé à son orientation lucrative. Dès lors, tout type d'organisation semble pouvoir développer un BM inclusif, à condition qu'il engendre des opportunités qui soient source de bien-être économique et social de manière durable et équitable, dans le respect des territoires et de manière durable dans le temps. Dans le cas de BM inclusifs dédiés à la prestation de services de santé, il semble essentiel de considérer l'atteinte

du *Triple Aim* pour permettre une appropriation de valeur pour de multiples acteurs liés à la prestation de soins.

2.2.2. Repenser le BM pour qu'il soit adapté à la prestation d'un service de santé aux plus démunis

Une dimension de valeur « valeur écosystémique de la marque » consiste à obtenir une reconnaissance et une légitimité locale auprès de la communauté BoP et des acteurs locaux. Il semble crucial qu'elle s'intègre au BM BoP dédié à la prestation de services de santé. Sa position centrale dans le BM lui permet d'influencer toutes les autres dimensions du BM. Elle augmente ainsi la capacité de l'organisation à entrer dans des activités de cocréation nécessaires à la prestation d'un service de santé aux plus démunis. Elle contribue alors à diminuer des barrières à l'accès pour renforcer l'accessibilité de services de santé primaires aux plus démunis.

Cette proposition nous permet de contribuer à la littérature sur le BM en proposant un BM BoP dédiée à la prestation de services de santé, alors que la thématique est peu étudiée à ce jour (Angeli & Jaiswal, 2016 ; Pels & Kidd, 2015). Notre travail s'inscrit dans la continuité des travaux d'Angeli et Jaiswal (2016) qui proposent « *une conceptualisation de BM pour délivrer des services de santé inclusifs à la base de la pyramide* ». En étudiant plusieurs organisations opérant dans d'autres régions que celles étudiées par les auteurs, et en apportant plus de données primaires, nous contribuons à comprendre la manière dont les soins de santé peuvent être rendus accessibles aux patients démunis des régions en développement. Nous mettons en avant un BM générique adapté à la prestation de santé aux plus démunis et soulignons de nouvelles stratégies adoptées avec succès pour agir dans ce sens. Nous insistons sur le rôle des pratiques inclusives dans la gestion de l'accessibilité des services de santé aux plus démunis.

SECTION 3 : LES IMPLICATIONS MANAGERIALES DE LA RECHERCHE

L'outil génériques proposé, et son système de propositions opératoires s'adressent à tout type d'organisations, naissantes ou déjà établies, dont l'activités visent à délivrer une prestation de services de santé primaires inclusifs aux populations démunies des régions en développement. En se focalisant sur l'industrie de la santé et sur le public particulier des populations BoP, nous cherchons à fournir des propositions opératoires adaptées à ce contexte donné, et dont l'existence actuelle est aujourd'hui limitée. Le jeu propositionnel d'ordre opératoire est spécialement conçu à cet effet.

Comme le soulignent Lecocq et al. (2006), le BM n'est pas un outil de mise en œuvre de la stratégie, mais un outil d'analyse. Il semble pertinent pour les organisations de se référer à ce cadre pour évaluer leur stratégie en matière de prestation de services de santé aux plus démunis. Ainsi, l'outil générique proposé peut être mobilisé par les praticiens cherchant à comprendre la manière dont l'accessibilité des services de santé peut être améliorée pour les plus démunis. Tout en appuyant l'importance des interactions écosystémiques, notre recherche peut éclairer la construction de nouvelles initiatives dédiées à la prestation de services de santé primaires aux populations démunies.

L'outil générique proposé peut aider les organisations à identifier les points critiques où la création de valeurs sociales et économiques peut être améliorée. Les organisations à but lucratif et celle à but non lucratif, semblent pouvoir s'y référer, à condition qu'elles ciblent les populations à bas revenus des régions en développement et qu'elles prêtent attention aux spécificités économiques et sociales du pays où elles opèrent.

Les différentes stratégies présentées peuvent alors être directement mobilisées par tout type d'organisation qui souhaite construire un BM visant à délivrer des services de santé primaires aux plus démunis. Etant affectées à des dimensions spécifiques du BM, ces stratégies s'avèrent assez faciles à manier pour les praticiens. Cette flexibilité est particulièrement intéressante pour des organisations dont le BM est déjà créé, et qui souhaitent renforcer l'accessibilité de leur service de soin. Ces stratégies soulignent aussi le rôle direct et indirect des pratiques inclusives dans la construction d'un BM dédié aux services de santé. Au vu de l'influence de ces pratiques sur l'accessibilité, les organisations peuvent être incitées à prêter davantage attention à leur niveau d'inclusivité et leur comportement global, et ce, quelle que soit leur inclusivité aspirationnelle. Cela peut aussi les inciter à agir à différents niveaux de l'écosystème et à se mobiliser pour considérer leur influence au niveau macro de l'écosystème de service de santé.

Les pratiques inclusives ne se restreignent pas à l'engagement du plus démuné dans la chaîne de valeur des organisations, ce qui peut s'avérer complexe pour un service de santé primaires aux caractéristiques complexes. D'autres pratiques peuvent alors être mobilisées en considération de la durabilité des bienfaits engendrés sur l'écosystème. Il semble ainsi nécessaire d'apporter un service de prévention et d'éducation aux communautés BoP et aux acteurs locaux. Les organisations doivent chercher à émanciper les populations démunies au niveau médical. Dès lors, et en accord avec l'ODD 3 des Nations Unies, les pratiques inclusives doivent se concentrer sur la création de moyens permettant aux populations d'être acteurs de leur propre

bien-être. C'est pourquoi les organisations doivent élargir le champ des pratiques inclusives pour interagir avec de multiples acteurs locaux pouvant être moteurs d'inclusivité.

Les pratiques inclusives doivent être provoquée par l'organisation elle-même ou par les acteurs locaux afin de créer des opportunités pour les plus démunis et les acteurs locaux. De ce fait, l'organisation doit interagir avec les acteurs locaux et les sensibiliser à l'intérêt de s'engager pour le développement inclusif local. L'organisation doit les rallier à son activité, de manière direct ou indirect, si bien qu'ils ne sont pas forcément investis dans la prestation du service de santé à proprement dit.

Enfin, la proposition d'une nouvelle dimension « valeur écosystémique de la marque » apporte une nouvelle orientation aux organisations qui souhaitent délivrer des services de santé inclusifs. Elle souligne le besoin de s'encastrent localement et permet surtout aux organisations de mettre en œuvre des conditions favorables à cet encastrement au sein du BM. Pour ce faire, elles doivent s'appuyer sur leurs infrastructures, leur processus internes et leur identité pour gagner en reconnaissance locale et légitimé.

SECTION 4 : LA VALIDITE DE LA CONNAISSANCE ACTIONNABLE

L'outil générique proposé est un BM BoP dédié à la prestation de services de santé primaires. En caractérisant le terme BoP, il est nécessaire de comprendre que ce BM vise à cibler des populations à bas revenu des régions en développement. Ainsi, il permet de gérer les contraintes liées aux mauvaises conditions de vie des populations démunies, et aux vides institutionnels connus dans ces régions. Il est aussi nécessaire de préciser qu'il est adapté aux cas des services de santé primaires, c'est-à-dire à des procédures de soin de simple complexité et des services de prescriptions basiques. Enfin, le caractère inclusif n'est pas clairement précisé car il découle de l'objectif d'inclusivité associé à toute stratégie BoP.

Cette proposition de BM générique provient de l'analyse croisée de nos cas aux caractéristiques convergentes. Nous avons prêté attention à la mission assumée de l'organisation de toucher les plus démunis avec des services de santé primaires et à l'existence d'un contexte en développement présentant un système de santé défaillant. Si l'outil se limite à ce contexte comme domaine d'application, il peut tout de même servir de repère aux organisations dont l'activité est destinée aux plus démunis.

Puisque l'orientation lucrative des organisations a été perçue comme un critère discriminant de nos études de cas pour bénéficier d'un enrichissement mutuel des pratiques, l'outil doit convenir à tout type d'organisation, quelle que soit son orientation lucrative.

Au-delà de fournir un cadre conceptuel et opératoire à la construction d'un BM BoP de santé primaire envers les plus démunis, notre outil générique et son système propositionnel peuvent donner des indications pour comprendre les raisons pour lesquelles une organisation présente des difficultés à délivrer des services de santé en créant du développement inclusif. C'est dans cette perspective que l'usage à la fois compréhensif et heuristique de notre produit de recherche prend sens.

Enfin, le système propositionnel fournit des prescriptions d'ordre conceptuel et opératoire pouvant être respectivement manipulées par des chercheurs et des managers.

SECTION 5 : LES LIMITES METHODOLOGIQUES ET EMPIRIQUES DE LA THESE

Nous avons fait le choix d'observer les stratégies menées par les organisations pour rendre leurs services accessibles aux plus démunis. Se focaliser sur les stratégies a permis de comprendre la construction du BM et les intentions et les résultats associés à chaque stratégie. L'utilisation du BM comme un outil d'analyse (Lecocq et al., 2006) a permis d'organiser, condenser, et analyser nos données avec une certaine rigueur (Miles & Huberman, 2003). Si l'usage du BM s'est avéré crucial pour comparer nos études de cas par ses différentes dimensions, elle a pu limiter l'adoption d'une perspective holistique. Bien que nous ayons cherché à avoir une prise de recul systémique, il est possible que certaines connexions entre les dimensions de valeur du BM nous aient échappées.

D'autres biais sont liés à la conduite de l'enquête empirique. Le nombre d'entretiens menés est en effet inégal entre les différentes organisations : celles d'Afrique du Sud sont davantage représentées. Nous avons néanmoins cherché à compenser ce déséquilibre, par une collecte de données secondaires plus poussées dans les cas des organisations du Brésil. De plus, les études de cas ont été réalisées à un an d'intervalle, ce qui a dû influencer notre connaissance du sujet et donc nos interactions et notre compréhension du terrain. De ce fait, l'inégalité des données collectées et le temps passé entre la conduite des études cas a pu influencer notre appréhension du terrain et des thèmes émergents.

Il est aussi nécessaire de prendre en considération l'existence éventuelle d'un biais de désirabilité avec les répondants. La participation d'un traducteur lors de certains entretiens a aussi pu influencer la communication avec les répondants.

Enfin, l'analyse dépend du contexte brésilien et sud-africain dans lequel les organisations opèrent. Même si ces deux régions connaissent toutes deux de fortes disparités économiques et sociales, et un système de santé défaillant, les deux pays détiennent un IDH modéré. Aussi, chaque pays détient son propre système de santé et son propre contexte socioculturel. De plus, le niveau de développement est relativement élevé dans la région de São Paulo et le contexte sud-africain est marqué par un fort passif historique. Ces différents éléments peuvent ainsi limiter la portée des résultats à l'ensemble de la population BoP.

Les résultats de ce travail doctoral doivent donc être appréhendés en connaissances de ces différentes limites.

SECTION 6 : LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Cette recherche constitue un propos d'étape qui vise à être enrichi. Appliquer l'outil à d'autres régions en développement pourrait renforcer sa validité et enrichir la compréhension des BM BoP dédiés à prestation de services de santé primaires. De plus, la pertinence des stratégies soulignées pourrait être évaluée.

Aussi, d'autres pistes de recherche pourraient être explorées. Etudier la réactivité et la résilience des organisations à faire face aux changements locaux au fil du temps et compte tenu de leur orientation lucrative pourrait s'avérer enrichissant. Comprendre l'influence de l'orientation lucrative sur l'utilisation et l'élaboration de certaines pratiques inclusives pourrait aussi s'avérer pertinent. L'analyse approfondie des interactions entre un BM et son écosystème pourrait donner un aperçu dans cette direction.

Il serait utile d'approfondir la recherche sur le rôle du BM dans la création de valeur économique et sociale au sein d'un écosystème de service de santé. Cela pourrait se faire par la création d'un continuum d'inclusivité qui évaluerait le degré d'inclusivité et d'enracinement d'une organisation en fonction de son influence sur l'écosystème et sur ses différents acteurs.

Aussi, il serait enrichissant de travailler sur un « mapping de l'écosystème » pouvant être mobilisé par les organisations pour identifier les acteurs locaux, et leurs influences éventuelles sur le développement de leur activité.

Enfin, nos résultats soulignent l'intérêt du modèle de micro franchise pour améliorer l'accès aux soins des populations BoP tout en créant de la valeur économique et sociale pour l'écosystème local. Des recherches plus approfondies dans ce sens seraient enrichissantes.

REFERENCES

- Agarwal, N., Chakrabarti, R., Brem, A., & Bocken, N. (2017). Market driving at Bottom of the Pyramid (BoP): An analysis of social enterprises from the healthcare sector. *Journal of Business Research*.
- Akaka, M. A., & Chandler, J. D. (2011). Roles as resources: A social roles perspective of change in value networks. *Marketing Theory*, 11(3), 243–260.
- Akaka, M. A., Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2013). The complexity of context: A service ecosystems approach for international marketing. *Journal of Marketing Research*, 21(4), 1–20.
- Akter, S., Ray, P., & D'Ambra, J. (2012). Continuance of mHealth services at the bottom of the pyramid: The roles of service quality and trust. *Electronic Markets*, 23(1), 29–47.
- Albert, M.-N., & Avenier, M.-J. (2011). Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens. *Recherches Qualitatives*, 30(2), 22–47.
- Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. In *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (pp. 245–290). Caen: EMS.
- Allard-Poesi, F., & Marchal, G. (2014). Construction de l'objet de recherche. In *Méthode de recherche en Management* (4ème édition, pp. 47–75). Dunod.
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2014). Fondements épistémologiques de la recherche. In *Méthode de recherche en Management* (4ème édition, pp. 14–46). Dunod.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1
- Anderson, J., & Billou, N. (2007). Serving the world's poor: Innovation at the base of the economic pyramid. *Journal of Business Strategy*, 28(2), 14–21.
- Anderson, J., & Markides, C. (2007). Strategic Innovation at the Base of the Pyramid. *MIT Sloan Management Review*, 49(1), 83–88.
- Anderson, L., & Ostrom, A. L. (2015). Transformative Service Research: Advancing Our Knowledge About Service and Well-Being. *Journal of Service Research*, 18(3), 243–249.
- Anderson, L., Ostrom, A. L., Corus, C., Fisk, R. P., Gallan, A. S., Giraldo, M., ... Williams, J. D. (2013). Transformative service research: An agenda for the future. *Journal of Business Research*, 66(8), 1203–1210.
- Angeli, F., & Jaiswal, A. K. (2015). Competitive Dynamics between MNCs and Domestic Companies at the Base of the Pyramid: An Institutional Perspective. *Long Range Planning*, 48(3), 182–199.
- Angeli, F., & Jaiswal, A. K. (2016). Business Model Innovation for Inclusive Health Care Delivery at the Bottom of the Pyramid. *Organization & Environment*, 1(22)
- Ansari, S., Munir, K., & Gregg, T. (2012). Impact at the 'Bottom of the Pyramid': The Role of Social Capital in Capability Development and Community Empowerment. *Journal of Management Studies*, 49(4), 813–842.
- Armstrong, G., Kotler, P., Dion, D., Nagard-Assayag, E. L., Lardinois, T., Butori, R., & Oble, F. (2016). *Principes de marketing 13e édition* (13e édition). Montreuil: PEARSON EDUCATION.
- Arora, S., & Romijn, H. (2012). The empty rhetoric of poverty reduction at the base of the pyramid. *Organization*, 19(4), 481–505.
- Ault, J. K. (2016). An institutional perspective on the social outcome of entrepreneurship: Commercial microfinance and inclusive markets. *Journal of International Business Studies*.
- Austin, J., Stevenson, H., & Wei-Skillern, J. (2006). Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both? *Entrepreneurship Theory and Practice*, 30(1), 1–22.
- Avenier, M.-J. (2007). *Quelles perspectives le paradigme des sciences de l'artificiel offre-t-il à la recherche en management stratégique ?* 25.
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes: Post-modernisme ou pragmatisme ? 150. *Revue Management & Avenir*, (43), 372–391.
- Avenier, M.-J., & Gavard-Perret, M.-L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. In *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: Réussir son mémoire ou sa thèse*. Pearson Education France.
- Avenier, M.-J., & Thomas, C. (2012). À quoi sert l'épistémologie dans la recherche en sciences de gestion ? 8, 15.
- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: Principes et mise en oeuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37–62.

- Bachimont, B. (2000). *Engagement sémantique et engagement ontologique: Conception et réalisation d'ontologies en Ingénierie des connaissances*. 16.
- Baden-Fuller, C., & Morgan, M. S. (2010). Business Models as Models. *Long Range Planning*, 43(2), 156–171.
- Bals, L., & Tate, W. (2016). *Implementing Triple Bottom Line Sustainability into Global Supply Chains*. Greenleaf Publishing.
- Baltussen, R. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 17(1), 42–48.
- Banerjee, A. V., & Duflo, E. (2007). The economic lives of the poor. *Journal of Economic Perspectives*, 21(1), 141–168.
- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(3), 205–217.
- Barki, E. (2017). Beyond the Base of the Pyramid: For an Inclusive and Purposeful Capitalism. *Revista Interdisciplinar de Marketing*, 7(1), 77–85.
- Barki, E., & Parente, J. (2014). Challenges and opportunities of the last mile for the base of the pyramid: The case of Brazil. *Field Actions Science Reports. The Journal of Field Actions*, (Special Issue 12).
- Barney, J., Wright, M., & Ketchen Jr., D. J. (2001). The resource-based view of the firm: Ten years after 1991. *Journal of Management*, 27(6), 625–641.
- Battilana, J., Sengul, M., Pache, A.-C., & Model, J. (2015). Harnessing Productive Tensions in Hybrid Organizations: The Case of Work Integration Social Enterprises. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1658–1685.
- Battilana, Julie, & Dorado, S. (2010). Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations. *Academy of Management Journal*, 53(6), 1419–1440.
- Battilana, Julie, Lee, M., Walker, J., & Dorsey, C. (2012). In search of the hybrid ideal. *Stanford Social Innovation Review*, 10(3), 51–55.
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2014). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In *Méthode de recherche en Management* (4ème édition, pp. 47–75). Dunod.
- Beirão, G., Patrício, L., & Fisk, R. P. (2017). Value cocreation in service ecosystems: Investigating health care at the micro, meso, and macro levels. *Journal of Service Management*, 28(2), 227–249.
- Ben Letaifa, S., & Reynoso, J. (2015). Toward a service ecosystem perspective at the base of the pyramid. *Journal of Service Management*, 26(5), 684–705.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S., & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries-what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(1), 24.
- Boschma, R. (2005). Proximity and Innovation: A Critical Assessment. *Regional Studies*, 39(1), 61–74.
- Boyer, K. K., Prud'homme, A. M., & Wenming Chung. (2009). The Last Mile Challenge: Evaluating the Effects of Customer Density and Delivery Window Patterns. *Journal of Business Logistics*, 30(1), 185–201.
- Brandon-Jones, A., Lewis, M., Verma, R., & Walsman, M. C. (2016). Examining the characteristics and managerial challenges of professional services: An empirical study of management consultancy in the travel, tourism, and hospitality sector. *Journal of Operations Management*, 42–43, 9–24.
- Breuer, H., Fichter, K., Lüdeke-Freund, F., & Tiemann, I. (2018). *Sustainability-oriented business model development: Principles, criteria and tools*. 31.
- Breuer, H., & Lüdeke-Freund, F. (2017). VALUES-BASED NETWORK AND BUSINESS MODEL INNOVATION. *International Journal of Innovation Management*, 21(03), 1750028.
- Buss, P. M., Ferreira, J. R., Hoirisch, C., Buss, P. M., Ferreira, J. R., & Hoirisch, C. (2014). Health and development in BRICS countries. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 390–403.
- Calton, J. M., Werhane, P. H., Hartman, L. P., & Bevan, D. (2013). Building Partnerships to Create Social and Economic Value at the Base of the Global Development Pyramid. *Journal of Business Ethics*, 117(4), 721–733.

- Carter, C. R., & Rogers, D. S. (2008). A framework of sustainable supply chain management: Moving toward new theory. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 38(5), 360–387.
- Casadesus-Masanell, R., & Ricart, J. E. (2010). From Strategy to Business Models and onto Tactics. *Long Range Planning*, 43(2–3), 195–215.
- Chanal, V., Lesca, H., & Martinet, A. C. (1997). Recherche ingénierique et connaissances procédurales en sciences de gestion: Réflexions épistémologiques et méthodologiques. *Revue Française de Gestion*, 116, 41–51.
- Chanal, V., Lesca, H., & Martinet, A. C. (2015). Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion. *Revue Française de Gestion*, 41(253), 213–229
- Chanut, O., & Paché, G. (2014). Logistique, dimension de la stratégie. In F. Tannery, J.-P. Denis, T. Hafsi, & A. C. Martinet, *Encyclopédie de la Stratégie* (p. 200).
- Charreire Petit, S. (2017). C. Argyris, Apprentissage organisationnel, connaissances actionnables. In *Les grands auteurs en management* (pp. 245–262).
- Charreire Petit, S., & Durieux, F. (2014). Explorer et tester: Les deux voies de la recherche. In *Méthode de recherche en Management* (4ème édition, Vol. 76–104, pp. 14–46). Dunod.
- Cheng, L.-C. (Victor), & Grimm, C. M. (2006). The Application of Empirical Strategic Management Research to Supply Chain Management. *Journal of Business Logistics*, 27(1), 1–55.
- Chesbrough, H. W. (2003). A Better Way to Innovate. *Harvard Business Review*, 81(7), 12–13.
- Chmielewski, D. A., Dembek, K., & Beckett, J. R. (2018). ‘Business Unusual’: Building BoP 3.0. *Journal of Business Ethics*, 1–19.
- Cholez, C., Trompette, P., Vinck, D., & Reverdy, T. (2010). L’exploration des marchés BoP. Une entreprise morale. *Revue Française de Gestion*, 36(208–209), 117–135.
- Christopher, M. (2014). New directions in logistics. In D. Waters & S. Rinsler (Eds.), *Global Logistics: New Directions in Supply Chain Management*. Kogan Page Publishers.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354.
- Dahan, N. M., Doh, J. P., Oetzel, J., & Yaziji, M. (2010). Corporate-NGO Collaboration: Co-creating New Business Models for Developing Markets. *Long Range Planning*, 43(2–3), 326–342.
- Damali, U., Miller, J. L., Fredendall, L. D., Moore, D., & Dye, C. J. (2016). Co-creating value using customer training and education in a healthcare service design. *Journal of Operations Management*, 47–48, 80–97.
- Damon, J. (2012). Mesurer la pauvreté pour l’éliminer. *Field Actions Science Reports. The Journal of Field Actions*, (Special Issue 4). Retrieved from <http://journals.openedition.org/factsreports/1242>
- Damon, J. (2014). Richesse(s) et pauvreté(s) de la notion d’exclusion. In *Que sais-je ? Vol. 4e éd.* (pp. 7–40).
- David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. *VIIIème conférence de l’AIMS*, 23. Chatenay-Malabris.
- David, A. (2005). *Des rapports entre généralisation et actionnabilité: Le statut des connaissances dans les études de cas.* 39, 139–166. Conférence de l’AIMS, Le Havre 2004: Revue sciences de gestion.
- David, A., Hatchuel, A., & Laufer, R. (2012). Sciences de gestion et sciences sociales, un déficit d’identité. In *Les nouvelles fondations des sciences de gestion: Éléments d’épistémologie de la recherche en management*. Presses des MINES.
- Davies, I. A., & Torrents, A. (2017). Overcoming Institutional Voids in Subsistence Marketplaces: A Zimbabwean Entrepreneurial Case. *Journal of Macromarketing*, 027614671769802.
- Dees, J. G. (1998, February 1). Enterprising Nonprofits. *Harvard Business Review*, 76(1), 54–67.
- Defourny, J., & Nyssens, M. (2008). Social enterprise in Europe: Recent trends and developments. *Social Enterprise Journal*, 4(3), 202–228.
- Demil, B., Lecocq, X., Ricart, J. E., & Zott, C. (2015). Introduction to the SEJ Special Issue on Business Models: Business Models within the Domain of Strategic Entrepreneurship. *Strategic Entrepreneurship Journal*, 9(1), 1–11
- Demil, B., Lecocq, X., & Warnier, V. (2013). *Stratégie et Business Models*. Pearson Education France.

- Denis, J.-P., Martinet, A. C., & Payaud, M. A. (2011). *Gouvernance et stratégies des groupes: Régénérer la politique générale d'entreprise*. Lavoisier.
- Dobrzykowski, D. D., McFadden, K. L., & Vonderembse, M. A. (2016). Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations. *Journal of Operations Management*, 42–43, 39–51
- Dumez, H. (2010). *Le Libellio d'Aegisâ "Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion*.
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Le Libellio d'Aegis*, 7(4-Hiver), 47–58.
- Dwivedi, P. K. (2015). Improvised model for BoP healthcare in India: Lessons from NRHM. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 9(3), 259–280.
- Ebrahim, A., Battilana, J., & Mair, J. (2014). The governance of social enterprises: Mission drift and accountability challenges in hybrid organizations. *Research in Organizational Behavior*, 34, 81–100.
- Edvardsson, B., Tronvoll, B., & Gruber, T. (2011). Expanding understanding of service exchange and value co-creation: A social construction approach. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39(2), 327–339.
- Ehrlich, T., & Fu, E. (2013). Bringing High-Quality, Affordable Health Care To Impoverished Brazilians. *Forbes*. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/ehrllichfu/2013/07/24/bringing-high-quality-affordable-health-care-to-impoverished-brazilians/>
- Elg, M., Engström, J., Witell, L., & Poksinska, B. (2012). Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management*, 23(3), 328–343.
- Esposito, M., Kapoor, A., & Goyal, S. (2012). Enabling healthcare services for the rural and semi-urban segments in India: When shared value meets the bottom of the pyramid. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 12(4), 514–533
- Fawcett, S. E., & Waller, M. A. (2012). Mitigating the myopia of dominant logics: On differential performance and strategic supply chain research. *Journal of Business Logistics*, 33(3), 173–180.
- Fawcett, S. E., & Waller, M. A. (2015). Designing the Supply Chain for Success at the Bottom of the Pyramid. *Journal of Business Logistics*, 36(3), 233–239.
- Grönroos, C. (1994). Quo Vadis, marketing? Toward a relationship marketing paradigm. *Journal of Marketing Management*, 10(5), 347–360.
- Grönroos, C. (2011). Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, 11(3), 279–301.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188.
- Hahn, R., & Gold, S. (2014). Resources and governance in "base of the pyramid"-partnerships: Assessing collaborations between businesses and non-business actors. *Journal of Business Research*, 67(7), 1321–1333.
- Halme, M., Lindeman, S., & Linna, P. (2012). Innovation for Inclusive Business: Intrapreneurial Bricolage in Multinational Corporations. *Journal of Management Studies*, 49(4), 743–784.
- Hammond, A. L., & Prahalad, C. K. (2004). Selling to the Poor. *Foreign Policy*, (142), 30–37.
- Harrington, T. S., Singh Srani, J., Kumar, M., & Wohlrab, J. (2016). Identifying design criteria for urban system 'last-mile' solutions – a multi-stakeholder perspective. *Production Planning & Control*, 27(6), 456–476.
- Hart, S. L., & Casado Cañeque, F. (2015). *Base of the Pyramid 3.0: Sustainable Development Through Innovation & Entrepreneurship* (Greenleaf Publishing (30 mars 2015)).
- Hart, S. L., Sharma, S., & Halme, M. (2016). Poverty, Business Strategy, and Sustainable Development. *Organization & Environment*. Retrieved from <http://oae.sagepub.com/content/29/4/401.short>
- Hatchuel, A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprises et histoire*, 7(3), 59.
- Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas: Application à la recherche en gestion*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hlady-Rispal, M. (2015). Une stratégie de recherche en gestion: L'étude de cas. *Revue Française de Gestion*, 41(253), 251–266.
- Hollihan, T. A., & Baaske, K. T. (2015). *Arguments and Arguing: The Products and Process of Human Decision Making, Third Edition*. Waveland Press.

- Ireland, J. (2008). Lessons for successful BOP marketing from Caracas' slums. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 430–438.
- Itami, H., & Nishino, K. (2010). Killing Two Birds with One Stone. *Long Range Planning*, 43(2–3), 364–369.
- Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: An analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27(4), 288–300
- Karnani, A. (2007). The mirage of marketing to the bottom of the pyramid: How the private sector can help alleviate poverty. *California Management Review*, 49(4), 90–111.
- Khalid, R. U., & Seuring, S. (2017). Analyzing Base-of-the-Pyramid Research from a (Sustainable) Supply Chain Perspective. *Journal of Business Ethics*, 1–24.
- Khalid, R. U., Stefan Seuring, Philip Beske, Anna Land, Sadaat Ali Yawar, & Ralf Wagner. (2015). Putting sustainable supply chain management into base of the pyramid research. *Supply Chain Management: An International Journal*, 20(6), 681–696.
- Kim, B. (2001). Social Constructivism. *Emerging Perspectives on Learning, Teaching and Technology*.
- Kim, J. Y., Farmer, P., & Porter, M. E. (2013). Redefining global health-care delivery. *The Lancet*, 382(9897), 1060–1069.
- Kolk, A., Rivera-Santos, M., & Rufin, C. (2014). Reviewing a Decade of Research on the 'Base/Bottom of the Pyramid' (BOP) Concept. *Business & Society*, 53(3), 338–377.
- Kornberger, M. (2017). The values of strategy: Valuation practices, rivalry and strategic agency. *Organization Studies*, 38(12), 1753–1773.
- Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Van Lerberghe, W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70(6), 904–911.
- Laderchi, C. R., Saith, R., & Stewart, F. (2003). Does it Matter that we do not Agree on the Definition of Poverty? A Comparison of Four Approaches. *Oxford Development Studies*, 31(3), 243.
- Lashitew, A. A., Bals, L., & Tulder, R. van. (2018). Inclusive Business at the Base of the Pyramid: The Role of Embeddedness for Enabling Social Innovations. *Journal of Business Ethics*, 1–28
- Le Moigne, J.-L. (2007). L'étude de la constitution des connaissances valables. Retrieved 28 July 2018, from Que sais-je ?
- Leclercq, T., Hammedi, W., & Poncin, I. (2016). Dix ans de co-creation de valeur: Une revue integrative. *Recherche et Applications en Marketing*, 31(3), 29–66.
- Lecocq, X., Demil, B., & Ventura, J. (2010). Business Models as a Research Program in Strategic Management: An Appraisal based on Lakatos. *M@n@gement, Special Issue: Business Models as an Emerging Research Program in Strategy*, 13(4), 214–225.
- Lecocq, X., Demil, B., & Warnier, V. (2006). Le business model, un outil d'analyse stratégique. *L'Expansion Management Review*, 123(4), 96.
- Likoko, E., & Kini, J. (2017). Inclusive business—a business approach to development. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 24, 84–88.
- London, T. (2007). *A Base-of-the-Pyramid Perspective on Poverty Alleviation*. 47.
- London, T., Anupindi, R., & Sheth, S. (2010). Creating mutual value: Lessons learned from ventures serving base of the pyramid producers. *Journal of Business Research*, 63(6), 582–594.
- London, T., & Hart, S. L. (2004). Reinventing Strategies for Emerging Markets: Beyond the Transnational Model. *Journal of International Business Studies*, 35(5), 350–370.
- London, T., & Hart, S. L. (2011). Creating a fortune with the Base of the Pyramid. In *Next Generation Business Strategies for the Base of the Pyramid* (pp. 1–18).
- Lovelock, C. H. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*, 47(000003), 9.
- Magretta, J. (2002). *Why Business Models Matter*. 8.
- Mair, J., & Martí, I. (2006). Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction, and delight. *Journal of World Business*, 41(1), 36–44.

- Mair, J., Martí, I., & Ventresca, M. (2011). Building inclusive markets in rural Bangladesh: How intermediaries work institutional voids. *Academy of Management Journal*, amj–2010.
- Mair, J., Martí, I., & Ventresca, M. J. (2012). Building Inclusive Markets in Rural Bangladesh: How Intermediaries Work Institutional Voids. *Academy of Management Journal*, 55(4), 819–850.
- Márquez, P., Reficco, E., & Berger, G. (2010). Socially Inclusive Business Engaging the Poor through Market Initiatives in Iberoamerica. *American Journal of Sociology*, 427–436.
- Martí, I. (2018). Transformational Business Models, Grand Challenges, and Social Impact. *Journal of Business Ethics*.
- Martinet, A. C. (1997). Pensée stratégique et rationalités: Un examen épistémologique. *Management International*, 67.
- Martinet, A. C. (2005). *Savoir(s), connaître, agir en organisation: Attracteurs épistémiques*. 9. Paris: AFSCET-UES.
- Martinet, A. C. (2009). Management Stratégique et Libertés: Pour une science noo-politique du concevable. *Management international*, 13(3), 85.
- Martinet, A. C. (2015). La recherche en management: Une épistémologie pragmatiste. In *La création de connaissance par les managers*. Éditions EMS.
- Martinet, A. C., Claveau, N., & Tannery, F. (2011). Forme et ingénierie du changement stratégique. In *Gouvernance et stratégies des groupes: Régénérer la politique générale d'entreprise* (pp. 133–163). Lavoisier.
- Martinet, A. C., & Payaud, M. A. (2010). La stratégie BOP à l'épreuve des pauvretés. Une modélisation dialogique. *Revue Française de Gestion*, 36(208–209), 63–81.
- Mason, K., & Chakrabarti, R. (2016). The role of proximity in business model design: Making business models work for those at the bottom of the pyramid. *Industrial Marketing Management*.
- Massa, L., Tucci, C. L., & Afuah, A. (2017). A Critical Assessment of Business Model Research. *Academy of Management Annals*, 11(1), 73–104.
- Maucuer, R. (2013). *Partenariats ONG-entreprise et évolution du business model de la grande entreprise. Le cas de Suez-Environnement*. Université Paris Dauphine - Paris IX.
- McCull-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. van. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, 15(4), 370–389.
- McKague, K., Wheeler, D., & Karnani, A. (2015). An integrated approach to poverty alleviation: Roles of the private sector, government and civil society. In *The Business of Social and Environmental Innovation* (pp. 129–145).
- Mele, C., Nenonen, S., Pels, J., Storbacka, K., Nariswari, A., & Kaartemo, V. (2018). Shaping service ecosystems: Exploring the dark side of agency. *Journal of Service Management*, 29(4), 521–545.
- Michellini, L. (2012). Corporate Social Entrepreneurship and New Business Models. In *SpringerBriefs in Business. Social Innovation and New Business Models* (pp. 19–35).
- Michellini, L., & Fiorentino, D. (2012). New business models for creating shared value. *Social Responsibility Journal*, 8(4), 561–577.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Mintzberg, H. (1979). An Emerging Strategy of 'Direct' Research. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 582–589.
- Mohammed, K., Nolan, M. B., Rajjo, T., Shah, N. D., Prokop, L. J., Varkey, P., & Murad, M. H. (2016). Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. *American Journal of Medical Quality*, 31(1), 12–21.
- Moliner, M. A. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 20(1), 76–97.
- Moyon, E. (2011). *Le changement du business model de l'entreprise: Une étude des majors de l'industrie phonographique (1998-2008)* (Université Lille 1).
- Nahi, T. (2016). Cocreation at the Base of the Pyramid Reviewing and Organizing the Diverse Conceptualizations. *Organization & Environment*, 1086026616652666.
- Nakata, C., & Weidner, K. (2012). Enhancing New Product Adoption at the Base of the Pyramid: A Contextualized Model. *Journal of Product Innovation Management*, 29(1), 21–32.

- Nalebuff, B., & Brandenburger, A. (1996). *Co-opetition: A Revolution Mindset That Combines Competition and Co-operation: The Game Theory Strategy That's Changing the Game of Business*. (New York).
- Neuwirth, B. (2012). *Marketing Channel Strategies in Rural Emerging Markets*.
- Nielsen, C., & Samia, M. P. (2008). Understanding key factors in social enterprise development of the BOP: A systems approach applied to case studies in the Philippines. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 446–454.
- Nobre, F. S., & Morais-da-Silva, R. (2018). Capabilities and Organization Typology of Bottom of the Pyramid (BoP) Systems. *Academy of Management Proceedings*, 2018(1), 17595.
- Santé et Bien-Être pour tous*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- Organisation mondiale de la santé, & Groupe de la Banque mondiale. (2015). *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*. Geneva: World Health Organization.
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., & Lemke, F. (2018). Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of online access to healthcare information. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 14–27.
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: A handbook for visionaries, game changers, and challengers*.
- Padma, P., Rajendran, C., & Sai, L. P. (2009). A conceptual framework of service quality in healthcare: Perspectives of Indian patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal*, 16(2), 157–191.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.
- Parmigiani, A., & Rivera-Santos, M. (2015). Sourcing for the base of the pyramid: Constructing supply chains to address voids in subsistence markets. *Journal of Operations Management*, 33–34, 60–70.
- Patrício, L., Fisk, R. P., Falcão e Cunha, J., & Constantine, L. (2011). Multilevel Service Design: From Customer Value Constellation to Service Experience Blueprinting. *Journal of Service Research*, 14(2), 180–200
- Payaud, M. A. (2014). Management stratégique BoP: Une modélisation à l'épreuve d'une recherche-intervention chez Nestlé Cameroun. *BoP Strategic Management Framework: A Validation towards an Action Research within Nestlé-Cameroon.*, 18, 212–228.
- Payaud, M. A., & Martinet, A. C. (2010). Stratégies RSE-BOP et Soins des Communautés Humaines. Concepts et Propositions Génériques. *Management international*, 14(2), 31.
- Pels, J., & Kidd, T. A. (2015). Business model innovation: Learning from a high-tech-low-fee medical healthcare model for the BOP. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 9(3), 200–218.
- Pels, J., & Sheth, J. N. (2017). Business models to serve low-income consumers in emerging markets. *Marketing Theory*, 147059311770426.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Penrose, E. T. (1995). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford University Press.
- Peredo, A. M., & Chrisman, J. J. (2006). Toward a Theory of Community-Based Enterprise. *Academy of Management Review*, 31(2), 309–32
- Perrot, F. (2010). Vers la construction des marchés au bas de la pyramide. *Revue française de gestion*, n° 208-209(9), 45–61.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171.
- Pinho, N., Beirão, G., Patrício, L., & Fisk, R. P. (2014). Understanding value co-creation in complex services with many actors. *Journal of Service Management*, 25(4), 470–493.
- Pitta, D. A., Guesalaga, R., & Marshall, P. (2008). The quest for the fortune at the bottom of the pyramid: Potential and challenges. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 393–401.
- PNUD. (2014). *Rapport Sur Le Développement Humain 2014*. United Nations Pubns.

- PNUD. (2016). *Human Development Report 2016* "Human Development for Everyone. United Nations Development Programme (UNDP).
- PNUD. (2018). *Indices et indicateurs de développement humain* "Mise à jour statistique 2018 (p. 123).
- Ponce, S., Landry, S., & Roy, J. (2007). De l'organisation scientifique du travail à la gestion de la chaîne d'approvisionnement : *Gestion*, 32(3), 52–65.
- Porras, L. (2015). Croissance, inégalités et pauvreté au sein des pays émergents: Le cas des BRICS. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (18).
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2011). Creating Shared Value. *Harvard Business Review*, 89(1/2), 62–77.
- Prahalad, C. K. (2004). *The Fortune at the Bottom of the Pyramid: Eradicating Poverty Through Profits* (1st edition). Upper Saddle River, NJ: Wharton School Publishing.
- Prahalad, C. K. (2012). Bottom of the Pyramid as a Source of Breakthrough Innovations. *Journal of Product Innovation Management*, 29(1), 6–12.
- Prahalad, C. K., & Hart, S. L. (2002). The Fortune at the Bottom of the Pyramid. *Strategy+business*.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5–14.
- Prévost, P., & Roy, M. (2012). Les études de cas: Un essai de synthèse. *Revue Organisations & territoires*, 21(1), 67–82.
- Ramus, T., & Vaccaro, A. (2017). Stakeholders Matter: How Social Enterprises Address Mission Drift. *Journal of Business Ethics*, 143(2), 307–322.
- Rao, K. D., Petrosyan, V., Araujo, E. C., & McIntyre, D. (2014). Progress towards universal health coverage in BRICS: Translating economic growth into better health. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(6), 429–435.
- Razafindrakoto, M., & Roubaud, F. (2005). *Les multiples facettes de la pauvreté dans un pays en développement: Le cas de la capitale malgache*.
- Reficco, E., & Márquez, P. (2009). Inclusive networks for building BOP markets. *Business & Society*.
- Reynoso, J., Kandampully, J., Fan, X., & Paulose, H. (2015). Learning from socially driven service innovation in emerging economies. *Journal of Service Management*, 26(1), 156–176.
- Reynoso, J., Valdés, A., & Cabrera, K. (2015). Breaking new ground: Base-of-pyramid service research. *Service Industries Journal*, 35(13), 695–709.
- Ribadeau Dumas, L. (2018, June 25). Afrique du Sud: Vers la mise en place d'une couverture maladie universelle. *Franceinfo*. Retrieved from https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/afrique-du-sud-vers-la-mise-en-place-dune-couverture-maladie-universelle_3054465.html
- Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274–280.
- Rowe, A. K., Rowe, S. Y., Peters, D. H., Holloway, K. A., Chalker, J., & Ross-Degnan, D. (2018). Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1163–e1175.
- Rushton, A., Croucher, P., & Baker, P. (Eds.). (2010). *The handbook of logistics and distribution management* (4. ed). London: Kogan Page.
- Saebi, T., Lien, L., & Foss, N. J. (2016). What Drives Business Model Adaptation? The Impact of Opportunities, Threats and Strategic Orientation. *Long Range Planning*, 50(5), 567–581.
- Sánchez, P., & Ricart, J. E. (2010). Business model innovation and sources of value creation in low-income markets. *European Management Review*, 7(3), 138–154.
- Sánchez, P., Ricart, J. E., & Rodríguez, M. Á. (2006). Influential Factors in Becoming Socially Embedded in Low-Income Markets. *Greener Management International*, (51), 19–38.
- Santos, F. M., Pache, A.-C., & Birkholz, C. (2015). Making Hybrids Work: ALIGNING BUSINESS MODELS AND ORGANIZATIONAL DESIGN FOR SOCIAL ENTERPRISES. *California Management Review*, 57(3), 36–58.
- Sardana, G. D. (2013). Social business and Grameen Danone Foods Limited. *Society and Business Review*, 8(2), 119–133.

- Saurman, E. (2015). Improving access: Modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36–39.
- Schaltegger, S., Hansen, E. G., & Lüdeke-Freund, F. (2016). *Business models for sustainability: Origins, present research, and future avenues*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Schuster, T., & Holtbrügge, D. (2012). Market entry of multinational companies in markets at the bottom of the pyramid: A learning perspective. *International Business Review*, 21(5), 817–830.
- Schuster, T., & Holtbrügge, D. (2014). Benefits of Cross-sector Partnerships in Markets at the Base of the Pyramid. *Business Strategy and the Environment*, 23(3), 188–203.
- Seelos, C., & Mair, J. (2007). Profitable Business Models and Market Creation in the Context of Deep Poverty: A Strategic View. *The Academy of Management Perspectives*, 21(4), 49–63.
- Sen, A. (1973). *On Economic Inequality*.
- Sen, A. (1987). *On Ethics and Economics*. Oxford and New York: Basil Blackwell.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford University Press.
- Shafer, S. M., Smith, H. J., & Linder, J. C. (2005). The power of business models. *Business Horizons*, 48(3), 199–207.
- Silvestre, B. S. (2015a). Sustainable supply chain management in emerging economies: Environmental turbulence, institutional voids and sustainability trajectories. *International Journal of Production Economics*, 167, 156–169.
- Silvestre, B. S. (2015b). Sustainable supply chain management in emerging economies: Environmental turbulence, institutional voids and sustainability trajectories. *International Journal of Production Economics*, 167, 156–169.
- Simanis, E., & Hart, S. L. (2009). Innovation From the Inside Out. Retrieved 27 September 2018, from MIT Sloan Management
- Singh, R., Bakshi, M., & Mishra, P. (2014). Corporate Social Responsibility: Linking Bottom of the Pyramid to Market Development? *Journal of Business Ethics*, 131(2), 361–373.
- Sinkovics, N., Sinkovics, R. R., & Yamin, M. (2014). The role of social value creation in business model formulation at the bottom of the pyramid – Implications for MNEs? *International Business Review*, 23(4), 692–707
- Sorescu, A., Frambach, R. T., Singh, J., Rangaswamy, A., & Bridges, C. (2011). Innovations in Retail Business Models. *Journal of Retailing*, 87, S3–S16
- Sridharan, S., & Viswanathan, M. (2008). Marketing in subsistence marketplaces: Consumption and entrepreneurship in a South Indian context. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 455–462.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative Research: Studying How Things Work*. Guilford Press.
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318–335.
- Tantely Ranjatoelina, J. (2017). *Les business models inclusifs.: Une recherche-action sur la lutte contre l'exclusion sociale, par l'emploi au cœur d'une activité économique, en France* (Lille 1).
- Tantely Ranjatoelina, J. (2018). The inclusive business model revisited: An “extended resource-based theory” (re)definition built on the investigation of three diversified inclusive enterprises in France. *Strategic Change*, 27(6), 587–597.
- Tate, W. L., & Bals, L. (2016). Achieving Shared Triple Bottom Line (TBL) Value Creation: Toward a Social Resource-Based View (SRBV) of the Firm. *Journal of Business Ethics*.
- The USAID. (2011). *Using Last Mile Distribution to Increase Access to Health Commodities*.
- Vachani, S., & Smith, N. C. (2008a). Socially Responsible Distribution: Distribution Strategies for Reaching the Bottom of the Pyramid. *California Management Review*, 50(2), 52–84.
- Vachani, S., & Smith, N. C. (2008b). Socially Responsible Distribution: Distribution Strategies for Reaching the Bottom of the Pyramid. *California Management Review*, 50(2), 52–84.
- Van Den Waeyenberg, S., & Hens, L. (2008). Crossing the bridge to poverty, with low-cost cars. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 439–445.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17.

- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). From goods to service(s): Divergences and convergences of logics. *Industrial Marketing Management*, 37(3), 254–259.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: An extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1), 5–23.
- Viswanathan, M., & Rosa, J. A. (2010). Understanding subsistence marketplaces: Toward sustainable consumption and commerce for a better world. *Journal of Business Research*, 63(6), 535–537.
- Vogler, E. (2004). *Management stratégique des services*.
- Wagle, U. (2002). Repenser la pauvreté: Définition et mesure. *Revue internationale des sciences sociales*, 171(1), 175.
- Warnier, V., Lecocq, X., & Demil, B. (2018). Les business models dans les champs de l'innovation et de l'entrepreneuriat. Discussion et pistes de recherche. *Revue de l'Entrepreneuriat*, 17(2), 113.
- Webb, J. W., Kistruck, G. M., Ireland, R. D., & Ketchen, Jr., David J. (2010). The Entrepreneurship Process in Base of the Pyramid Markets: The Case of Multinational Enterprise/Nongovernment Organization Alliances. *Entrepreneurship: Theory & Practice*, 34(3), 555–581.
- WHO. *Constitution of the world health organization*. , (1946).
- WHO. (2017). *BRICS - Health and WHO - Country Presence Profil*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255800/WHO-CCU-17.05-eng.pdf;jsessionid=7BD0862566921D1FCE30D82299FF26CF?sequence=1>
- WHO, & UNICEF. (2018). *Declaration of Astanaâ ”Global conference on primay health care*. Wieland, H., Polese, F., Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2012). Toward a Service (Eco)Systems Perspective on Value Creation: *International Journal of Service Science, Management, Engineering, and Technology*, 3(3), 12–25.
- Wirtz, B. W., Pistoia, A., Ullrich, S., & Göttel, V. (2016). Business Models: Origin, Development and Future Research Perspectives. *Long Range Planning*, 49(1), 36–54
- World Health Organization - WHO (Ed.). (2017). *Monitoring health for the SDGs: Sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (Ed.). (2015). *Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of Case Study Research*. SAGE.
- Yunus, M., Moingeon, B., & Lehmann-Ortega, L. (2010). Building Social Business Models: Lessons from the Grameen Experience. *Long Range Planning*, 43(2–3), 308–325.
- Zott, C., Amit, R., & Massa, L. (2011). The Business Model: Recent Developments and Future Research. *Journal of Management*, 37(4), 1019–1042.

ANNEXES

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des sources secondaires et codes associés	418
Annexe 2 : Extrait de journal de bord	423
Annexe 3:Tableau des interlocuteurs et thématiques des entretiens exploratoires réalisés ...	424
Annexe 4 : Modalité des entretiens réalisés	425
Annexe 5 : Exemples de guides d'entretien	431
Annexe 6 : Comparaison des indicateurs de santé et de développement humains entre le Brésil, l'Afrique du Sud et la France	436
Annexe 7 : Liste des codes Nvivo	438
Annexe 8 : Présentation du BM de CIES selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées	440
Annexe 9 : Présentation du BM de Dr.Consulta selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) et figure des stratégies déployées.....	443
Annexe 10 : Présentation du BM d'Unjani NPC et Unjani Clinics selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées	446
Annexe 11 : Présentation du BM de Phelophepa selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées	449
Annexe 12 : Analyse croisée des cas selon les composantes et les stratégies du BM d'Angeli & Jaiswal (2016)	453

Annexe 1 : Liste des sources secondaires et codes associés

CIES Global

Sources secondaires	Disponibilité	Appellations utilisées
Articles de presse – CIES		
<i>ONG realiza exames médicos gratuitos em homenagem à cidade de São Paulo</i>	https://www1.folha.uol.com.br/empreendedor/social/2017/01/1854248-ong-realiza-exames-medicos-gratuitos-em-comemoracao-em-homenagem-a-sp.shtml	CIES Presse/2/Folha
<i>Do Brasil para Atlanta O CIES Global inaugura clínica para atendimento médico</i>	http://www.ciabrazilatlanta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2525:saude-do-brasil-para-atlanta-o-cies-global-inaugura-clinica-para-atendimento-medico-acessivel-e-de-qualidade-para-comunidade-brasileira-na-georgia&catid=150:saude&Itemid=87	CIES Presse/3/Brasil Mag
Autres sources secondaires		
Etude planète entrepreneurs	https://issuu.com/projetocias/docs/planete_entrepreneurs_-_estudo_de_avaliao_do_impacto	CIES/Autre/1/PE
<i>Hora certa - Uma nova atenção ambulatorial especializada do Município de São Paulo (2013)</i>	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/servicos/?p=14238	CIES/Gouv
Documents internes - CIES		
Bilan CIES 7 years– 2015	Disponible sur demande en version papier	CIES/Bilan
Rapport annuel CIES – 2016	https://issuu.com/projetocias/docs/relatorio_anual_-_cies_global_-_2016	CIES/ Rapport Annuel_2016
Rapport annuel CIES – 2017	https://issuu.com/projetocias/docs/relatorio_cies_global_2017	CIES/ Rapport Annuel_2017
Rapport CIES & SUS - 2014	https://issuu.com/projetocias/docs/relatorio_cies_no_sus_20147_baixa	CIES/Rapport SUS
BD de sensibilisation CIES	Disponible sur demande en version papier	CIES/Comm/1
Flyers de presentation CIES	Disponible sur demande en version papier	CIES/Comm/2
Site internet de CIES	http://ciesglobal.org/	CIES/Site web
Chaîne Youtube CIES	https://www.youtube.com/channel/UCrCZhzKy4UQsFXrNwSyUM6A	CIES/YT
Lettre d’engagement envers UN global impact	https://s3-us-west-2.amazonaws.com/ungc-production/commitment_letters/134357/original/Commitment_Letter_CIES_Global.pdf?1542123396	CIES/UN

Sources secondaires	Disponibilité	Appellations utilisées
Articles de presse sur Dr.Consulta		
<i>Using tech and \$100M, Dr.Consulta transforms healthcare for the poorest</i> (2018)	https://techcrunch.com/2018/06/19/dr-consulta-transforms-healthcare-for-the-poorest/?guccounter=1&guce_referrer_us=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2x1LmNvbS8&guce_referrer_cs=L6DeYruNCxtkcEtojPnH1w	DC/Presse/1_Techcrunch
<i>Dr.Consulta: uma revolução no setor da saúde</i> (2016)	https://oglobo.globo.com/esportes/caminhos-para-o-futuro/dr-consulta-uma-revolucao-no-setor-da-saude-20062855	DC/Presse/2_O globo
<i>Dr.Consulta, improving services through customer feedback</i> (2017) - Interview of Jorge Tung, Chief Product Officer	http://www.inclusivebusinesshub.org/drconsultal/	DC/Presse/3_Iban
Promoview – Outubro Rosa (2017)	https://www.promoview.com.br/live-marketing/aktuellmix-assina-acao-do-outubro-rosa-para-dr-consulta-na-av-paulista.html	DC/Presse/4_Promoview
<i>Endeavor Brasil - A solução do Dr. Consulta para curar o sistema</i>	https://endeavor.org.br/desenvolvimento-pessoal/conheca-dr-consulta/	DC/Presse/5_Endavor
Dr.Consulta - 2014	https://healthmarketinnovations.org/program/dr-consulta	DC/Presse/6_C HMI
<i>O poder das soluções digitais na rede dr.consulta: gestão da saúde com simplicidade e qualidade de forma acessível</i> (2017)	https://gereportsbrasil.com.br/o-poder-das-solu%C3%A7%C3%B5es-digitais-na-rede-dr-consulta-6ed183cb3183	DC/Presse/7_Medium GE
<i>Don't Be Afraid to Dream Bigger</i> (2016)	https://medium.com/speroventures/dont-be-afraid-to-dream-bigger-707b831ca026	DC/Presse 8_Medium
<i>Lean Data Discoveries: Dr.Consulta</i>	https://www.omidyar.com/blog/lean-data-discoveries-dr-consulta	DC/Presse 9_Omidyar
<i>Emerging Technologies Making Healthcare More Effective, Affordable – The Wall street Journal</i> (2018)	https://partners.wsj.com/oracle/emerging-technologies-making-healthcare-effective-affordable/?mod=banner&utm_source=banner&utm_medium=WSJ&utm_content=300x600&utm_campaign=95936_4692235101	DC/Presse/10_WallStreet
<i>Dr.Consulta adota ERP cloud da Oracle</i> (2017)	https://www.baguete.com.br/noticias/13/12/2017/dr-consulta-adota-erp-cloud-da-oracle	DC/Presse/11_Baguete
<i>A Clinical Algorithm</i>	https://harris.uchicago.edu/news-events/news/clinical-algorithm-thomaz-srougi-mpp04-reboots-healthcare	DC/Presse 12_Harris
<i>How dr.consulta-is-changing the Brazilian healthcare-system</i> (2018)	https://www.businessinsider.com/how-dr-consulta-is-changing-the-brazilian-healthcare-system-2018-8?IR=T	DC/Presse 13_BI

<i>US investors are pouring hundreds of millions into a healthcare company that doesn't take insurance and lists its prices like a 'McDonald's menu'</i>	https://pressfrom.info/us/news/offbeat/-176523-us-investors-are-pouring-hundreds-of-millions-into-a-healthcare-company-that-doesn-t-take-insurance-and-lists-its-prices-like-a-mcdonalds-menu.html	DC/Presse 14_pressfrom
Autres sources secondaires sur Dr.Consulta		
<i>Lean Data Discoveries: Dr. Consulta (2017)</i>	https://www.omidyar.com/blog/lean-data-discoveries-dr-consulta	DC/Podcast
<i>LGT Impact</i>	https://www.lgtimpact.com/en/portfolio/dr-consulta/	DC/PP/1_LGT
<i>A Fellowship dedicated to data-driven innovation in providing affordable and high-quality healthcare in Brazil (Blog LGT impact fellow, 2017)</i>	A Fellowship dedicated to data-driven innovation in providing affordable and high-quality healthcare in Brazil – LGT Impact Blog	DC/PP/2_LGT blog
Témoignage de Thomaz Srougi, fondateur et PDG de Dr.Consulta	https://www.kauffmanfellows.org/journal_posts/rebooting-basic-healthcare-brazil	DC/PP/3_Kauffman
<i>ICE – Instituto de Cidadania Empresarial (2014)</i>	http://ice.org.br/blog/wp-content/uploads/2016/07/CASE-Dr-Consulta-Portugues-ICE-St-Gallen-BOCH-ROTONDARO.compressed.pdf	DC/PP/4_ICE
<i>LGT Portrait (2016)</i>	https://www.lgtimpact.com/.content/downloads/general-information/6005_Downloads_LGT-Portrait-2016_en.pdf	DC/PP/4_LGT Portrait
Offre d'emploi	https://www.99jobs.com/dr-consulta	DC/Web/1_Job 99
Processus de recrutement	https://www.napratica.org.br/por-dentro-processo-seletivo-do-dr-consulta/	DC/Web/2_Na pratica
Interview of Thomaz Srougi – CNN (2018)	https://www.youtube.com/watch?v=Szzx02PLmis	DC/Video/1_C NN
Oracle e Dr Consulta - Integração, parceria e entrega	https://www.youtube.com/watch?v=JNt0hs0LzGs	DC/Vidéo/2_Or acle
Sources internes de Dr.Consulta		
Présentation PPT – Thomaz Srougi At the 2014 Annual Alumni Dinner and Chicago Fusion	https://www.chicagobooth.edu/alumni/clubs/brazil/news/alumni-club-news-detail-page	DC/PPT Alumni
Site internet Dr.Consulta	https://www.drconsulta.com/trabalheconosco	DC /Site Web
Site internet - Recherche et innovation	https://www.drconsulta.com/pesquisa	DC/Recherche

<i>DC LIVE Lidecer para vencer</i>	https://blog.drconsulta.com/wp-content/uploads/2018/03/LIVE_3.pdf	DC/Manuel ID
<i>Outubro Rosa (2017)</i>	https://www.youtube.com/watch?v=2MJ5Q1V_VjTk	DC/Vidéo/2_Rosa
<i>Recherche & Innovation</i>	https://www.youtube.com/watch?v=PMs9DQ_UoGJ4&feature=youtu.be	DC/Vidéo/3_Pesquisa
Chaîne Youtube	https://www.youtube.com/user/DrConsulta/videos?view=0&sort=dd&shelf_id=1	DC/Youtube

Unjani

Sources secondaires	Disponibilité	Appellations utilisées
Sources secondaires sur Unjani		
<i>Primary Health Care At The Base Of The Pyramid: RTT's Unjani Clinic Model</i> (B4D Pathfinder, 2012)	https://www.enterprise-development.org/wp-content/uploads/unjani_clinic_model_20120921-1.pdf	Unjani/RTT Case study
RTT Group's "Unjani Clinic-in-a-Box" - Promoting access to affordable healthcare in rural area (University of Stellenbosch The BOP Learning Lab, 2010)	http://www.bop.org.za/BoP_Lab/Publications_files/RTT11.pdf	Unjani/BoP Lab
Imperial Health Science's Unjani Clinic (B4D Pathfinder, 2013)	http://www.southernafricatrust.org/changemakers/june2013/page3.html	Unjani/Changemakers
<i>Unjani Clinics: Quality, Affordable Healthcare</i> (2013)	https://ocw.mit.edu/courses/sloan-school-of-management/15-s07-globalhealth-lab-spring-2013/projects/unjani-clinic/MIT15_S07S13_final_pres_unj.pdf	Unjani/MIT study
Documents internes d'Unjani		
Annual Report 2017	http://www.unjaniclinic.co.za/doc/Unjani%20Clinics%20Annual%20Report%202017.pdf	Unjani/Annual Report 2017
Annual Report 2018	http://www.unjaniclinic.co.za/doc/Unjani%20Annual%20Report%202018.pdf	Unjani/Annual Report 2018
Site internet	https://www.unjaniclinic.co.za/home/	Unjani/Website

Phelophepa

Sources secondaires	Disponibilité	Appellations utilisées
Articles de presse sur Phelophepa		
South Africa: Phelophepa Comes to Town (2002)	https://allafrica.com/stories/200209270340.html	Phelophepa/NP_Guardian

'Miracle' health train turns 10 (2004)	https://www.brandsouthafrica.com/south-africa-fast-facts/health-facts/phelophepa_050104	Phelophepa/NP_SA-Nation
Phelophepa experience – Antidote magazine (2011)	https://issuu.com/sapsf/docs/antidote..sapsf_s_publication	Phelophepa/NP_Antidote
The Train of Hope: South Africa's Phelophepa	https://www.railway-technology.com/features/the-train-of-hope-south-africas-phelophepa/	Phelophepa/ NP_Rail Techno
Phelophepa (2018)	https://www.nomadfricamag.com/phelophepa/	Phelophepa/NP_Nomade Africa
Autres sources secondaires sur Phelophepa		
Phelophepa, Health Pioneer on track, Herald Journal (2017)	http://transnetfoundation.azurewebsites.net/site_content/site/documents/PhelophepaFeb2017.pdf	Phelophepa/Herald
Transnet-Phelophepa Healthcare Train Bringing hope to those who need it	https://www.roche.com/dam/jcr:121bf939-157d-48e6-b0f9-408a2c30f269/en/phelophepa.pdf	Phelophepa/Roche
Ressources internes de Phelophepa		
Phelophepa health care vision and mission	Affiche accrochée dans le train – photo disponibles sur demande	Phelophepa/Vision
Sustainability Outcomes Report 2018	https://www.transnet.net/InvestorRelations/AR2018/Sustainability%20Outcomes%20Report.pdf	Phelophepa/Transnet Sustainability Report 2018
Site Web Transnet Foundation	https://transnetfoundation.co.za/phelophepa.html	Phelophepa/Foundation web
Transnet Foundations programs (2016)	http://pmg-assets.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/171004transnet.pdf	Phelophepa/Program
Phelophepa, Flyers de la station d'Oudtshoorn & Georges	<u>Sur demande</u>	Phelophepa/Flyers

Annexe 2 : Extrait de journal de bord

Phelophepa Train, jour 2, le 26 aout 2017, entre George et Oudtshoorn.

Le trajet

Après un trajet de nuit, le train continue d'avancer vers Oudtshoorn, prochaine étape de son trajet dans le Western Cape. Le personnel se rejoint dans la salle à manger, l'ambiance est bonne, la musique est sur les ondes. Chacun arrive peu à peu pour manger, discuter puis repart dans sa chambre, revient et repart. Chacun vaque à ses occupations.

Je reste ici, je regarde le paysage que nous traversons, je prends des photos, j'écoute, je rêve... Ce n'est pas toujours facile de maintenir l'écoute puisque le personnel du train alterne entre l'Anglais, l'Afrikans, le Zulu... je m'y perds un peu, et impossible de comprendre des mots qui ne sont pas en anglais !

Je parle beaucoup avec Keidji de la clinique optométrie. Elle travaille dans le train depuis 5 ans, elle a l'air passionnée. Elle m'a dit « Ce que j'aime le plus dans ce métier c'est de rendre heureux les gens » et m'a racontée plusieurs histoires de patients qui criaient de joie ou pleuraient de pouvoir enfin voir. Et puis elle m'a parlé de son mari et ses enfants. Son mari parle un peu le français.

Les membres du personnel permanents se mélangent assez facilement, tout le monde discute. On remarque quand même, que les deux infirmières les plus âgées Mams et Jama restent à discuter tranquillement, quand les trois jeunes de la clinique optométrie sont un peu plus dynamiques !

L'arrivée du train à Oudtshoorn vers 12h

On arrive enfin à Oudtshoorn, il est midi, il n'y a plein de personne qui attendent près des rails, les gens font coucou, d'autres prennent des photos... un évènement ! On met un peu de temps avant de pouvoir s'arrêter vraiment, le train avance, recule, s'ajuste... Puis, c'est bon, on est à l'arrêt.

C'est le jour d'arrivée alors il n'y a pas de soins aujourd'hui. C'est la journée de mise en place. Les tentes, les paravents et les chaises doivent être installés pour recevoir les patients. Le service doit aussi être organisé avec le comité local. Patrick, le manager du train me propose d'assister à la réunion d'organisation.

Boardroom meeting

La réunion avec le comité local a lieu dans la boardroom du train. Elle permet aux managers de chaque clinique du train de rencontrer le comité local réuni par le mobilisateur social. Le comité présente ses membres : quelqu'un de l'hôpital, quelqu'un du centre correctionnel alentour, quelqu'un en charge de l'éducation, un représentant de la communauté local. Il y a un peu moins de 10 personnes. Ils se sont occupés d'organiser l'arrivée du train dans de bonnes conditions. Ils ont par exemple prévenu les écoles où il y aura des interventions. La réunion est assez rapide, c'est pour se présenter et annoncer les objectifs des semaines en station.

Annexe 3: Tableau des interlocuteurs et thématiques des entretiens exploratoires réalisés

	Spécialistes interrogés	Domaines d'expertise	Sujets évoqués
Entretien 1	Professeure de l'Université de São Paulo, membre du CEATs (Centre de l'Entrepreneuriat Social et du Management de l'Economie Sociale)	Stratégies BoP et défi d'inclusivité	<ul style="list-style-type: none"> - Défis liés à l'inclusivité - Initiatives menées au Brésil dans ce sens
Entretien 2	Professeur de la FGV — School of Business Administration de São Paulo, coordinateur du « lab » <i>Base of the Pyramid of Center of Excellence in Retail</i> du BoP Global Network.	Stratégies BoP et distribution-commerce de détail	<ul style="list-style-type: none"> - Défis liés à l'accès physique - Problématique du dernier kilomètre chez les consommateurs pauvres - Caractéristiques de consommation des populations pauvres
Entretien 3	Membre de l'entreprise sociale ponteAponte, spécialisée dans le développement de projets sociaux et la mesure d'impacts de ces projets conduits par des entreprises, organisations sociales et gouvernements au Brésil	Entrepreneuriat social et mesure d'impacts socio-économiques	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure d'impacts - Initiatives BoP menées au Brésil - Enjeux sociaux du Brésil - Initiatives liées à l'accès à la santé

Annexe 4 : Modalité des entretiens réalisés

ENTRETIENS REALISES AVEC PHELOPHEPA						
	Rôle	Répondant	Durée	Ville	Lieu	Date
Top Management	Operation Manager	Onke	120	Jbg - SA	Transnet Office	01.08.17
Clinics Managers	Health Clinic Manager	Sister Jama	97	Oudtshoorn Train Station - SA	Health Consultation Room - Coach 12 - Phelophepa Train	28.08.17
	Eye Clinic Manager	Thelma	109	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye Manager Office - Coach 15 - Phelophepa Train	31.08.17
	Psychology Manager	Claudie	103	Oudtshoorn Train Station - SA	Psychology Consultation Room - Coach 8 - Phelophepa Train	30.08.17
	Dental Manager	Thabiso	70	Oudtshoorn Train Station - SA	BoardRoom - Coach 13 - Phelophepa Train	05.09.17
	Logistic & Fi Manager	Tommy	54	Oudtshoorn & George Train Station - SA	Pharmacy Platform - Coach 16 - Phelophepa Train	11.09.17
	Catering Manager	Colin - Gran P	49	George Train Station - SA	Catering manager office - Coach 3 - Phelophepa Train	11.09.17
Total managers : 7						
Resident Staffs	Pharmacist - Low com	Jolande	60		Pharmacy Office - Coach 16 - Phelophepa Train	30.08.17
	Optician dispenser	Keidji	47	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye clinic manager office - Coach 15 - Phelophepa Train	11.09.17
	Professional Nurse - In charge of outreaches	Sister P.O	53		Sister P.O. office - Coach 10 - Phelophepa Train	11.09.17
Total staff						
Students	Pharmacy Student	Stacey	18		Pharmacy Office - Phelophepa Train	31.08.17
	Psychology Student	Azel	57		Psycho Clinic Platform - Phelophepa Train	01.09.17
	Optometry Student	Cliford	47	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	31.08.17
	Optometry Student	Saba			Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	08.09.17
	Health Student	Natasha	25		Dinner Coach - Phelophepa Train	07.09.17
Nombre total d'étudiants : 5						
Local Workers	Health Translator	Sandy	17.29		Community Church - Outreach	01.09.17

	Health Translator & Coordinator of local comitee	Philip	17	Oudtshoorn Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	05.09.17
	Health Translator	Roslyn	61		Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	06.09.17
	Health Translator	Sue	33		Dinner Coach Platform - Phelophepa Train	06.09.17
	Pharmacy Translator	Simone	25.51		Pharmacy Office - Phelophepa Train	31.09.17
	Dental Translator		22.5		Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	31.09.18
	Psycho Translator		23		Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	31.09.17
	Opto Translator	Browln	51		Psycho Clinic Platform - Phelophepa Train	07.09.17
	Cleaner	Maria	27		Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	Cleaner	Girl	15		Chilling area local workers - WC box	05.09.17
	Strong man	23 yo	17		Chilling area local workers - WC box	05.09.17
	Strong man	Warren	22		Chilling area local workers - WC box	05.09.17
	Kitchen - Cantine Cashier		15		Dinner Coach - Phelophepa Train	07.09.17
	Local Profesional nurse	Valerie	53		Testing Tent	05.09.17
	Main Casher	Adri	49		Cashier desk	08.09.17
	Translator	Sandy	51		08.09.18	
Nombre total de travailleurs local : 15						
	Social Mobiliser	Laurika	60	Oudtshoorn Train Station - SA	Boardroom - Phelophepa Train	29.08.17

Patients Health Outreach	P1 Health Outreach (avec translator)		10	Oudtshoorn Train Station - SA	Community Church - Outreach	01.09.17
	P2 Health Outreach		12	Oudtshoorn Train Station - SA	Community Church - Outreach	01.09.17
	P3 Health Outreach		7	Oudtshoorn Train Station - SA	Community Church - Outreach	01.09.17
	P4 Health Outreach	Anita	8	Oudtshoorn Train Station - SA	Community Church - Outreach	01.09.17
Patients Train	P5. Health_Patient 1_Old man with daughter Train_Old man		15	Oudtshoorn Train Station - SA	Health Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P6. Health_Patient 2_Lady & Lady w kid		12	Oudtshoorn Train Station - SA	Health Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P7. Health_Patient 3_Lady with child pharma		8.3	Oudtshoorn Train Station - SA	Pharmacy Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P8. Health_Patient 4_Old man Blinde wife		27	Oudtshoorn Train Station - SA	Health Clinic Platform - Phelophepa Train	07.09.17
	P.9 Health_Patient 5_Woman Red Talkative		32	Oudtshoorn Train Station - SA	Health Clinic Platform - Phelophepa Train	07.09.17
	P10. Dental_Patient 1_Lady w blue_fruit farm		19	Oudtshoorn Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P11. Dental_Patient 2_Old Lady		19	Oudtshoorn Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P13. Opto_Patient 1_Brandon w Wife dental		35	Oudtshoorn Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P14. Opto_Patient 2_Pink Man teeth		12	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P15. Opto_Patient 3_Ladies aunties		18	Oudtshoorn Train Station - SA	Pharmacy Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P16. Opto_Patient 4_Lady Opto w sister		18	Oudtshoorn Train Station - SA	Pharmacy Platform - Phelophepa Train	04.09.17
	P17. Opto_Patient 5_Lady Classy 67yo w friend		14	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	07.09.17
	P18. Opto_Patient 6_Lady funny		17	Oudtshoorn Train Station - SA	Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	07.09.17
	P19. Opto_Patient		15			07.09.17
	P20. Dental_Patient 2_woman picture George		10	George Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	11.09.17
	P21. Dental_Patient 3_Man diams George		8	George Train Station - SA	Dental Clinic Platform - Phelophepa Train	11.09.16

	P22. Opto_Patient 5_Woman with family		9.53	George Train Station - SA	Eye Clinic Platform - Phelophepa Train	11.09.17
Nombre total de patients						22
Nombre total d'entretiens						53
Total durée des entretiens						28h19min

ENTRETIENS REALISES AVEC UNJANI CLINICS & UNJANI NPC

Position	REPODANT	DUREE	VILLE	LIEU	DATE
CEO	Lynda Toussaint	52	Pretoria_Centurion	Unjani_Imperial Health offices_Meeting Room	13.09.17
	On the road	49	Gauteng_Tshwane	Van_On the road to Tshwane	18.09.17
Network General Manager	Sue Hossain	96	Pretoria_Erkurhuleni	Van_On the road to Erkurhuleni	15.09.17
Accountant	Fridda	52	Pretoria_Centurion	Unjani_Imperial Health offices_Meeting Room	14.09.17
Accountant	Rita	70	Pretoria_Centurion	Unjani_Imperial Health offices_Meeting Room	14.09.17
Project Coordinator	Miriam		Pretoria_Centurion	Van_On the road to	15.09.17
TOTAL TEAM NPC		5			5
Nurse 1	Lucky	69	Gauteng_Erkurhuleni	Clinic_Consultation room_office	15.09.17
Nurse 2	Nomsa	67	Gauteng_Erkurhuleni	Clinic_Consultation room_office	15.09.17
Nurse 3	Nomvuyo	59	Gauteng_Erkurhuleni	Deveyton Clinic_Consultation room_office	15.09.17
Nurse 4	Tandy	53	Gauteng_Tshwane	Clinic_Consultation room_office	18.09.17
Nurse 5	Patricia	48	Gauteng_Tshwane	Atterodville Clinic_Consultation room_office	18.09.17
Nurse 6	Virginia	40	Gauteng_Tshwane	Clinic_Consultation room_office	18.09.17
Nurse 7	Nonceba	28	Gauteng_Soweto Brownfisher	Clinic_Consultation room_office	19.09.17

Nurse 8	Gertrude	49	Gauteng_Jbourg	Clinic_Consultation room_office	19.09.17
Nurse 9	Martha	52	Gauteng_Kleimfontain	Clinic_Consultation room_office	19.09.17
Nurse 10	Miriam	19	Gauteng_Midrand	Networking Day	21.09.17
Nurse 11	Pastor / Pastoria	39	Gauteng_Midrand	Networking Day	21.09.17
Nurse 12	Vaciawa	47			
Assistant Nurse		40	Gauteng_Erkurhuleni	Clinic_Waiting room	15.09.17
TOTAL NURSES					12 + 1
Patient 1	Lady with sister	15	Gauteng_Tshwane	Tandy Clinic	18.09.17
Patient 2	Lady with Daughter	11	Gauteng_Tshwane	Tandy Clinic	18.09.17
Patient 3	Elizabeth	18	Gauteng_Tshwane	Patricia Clinic	18.09.17
Patient 4	Precious with cute baby	10	Gauteng_Tshwane	Virginia Clinic	18.09.17
Patient 5	Magula_18 yo	17	Gauteng_Tshwane	Virginia Clinic	18.09.17
Patient 6	Lady with Daughter	11	Gauteng_Tshwane	Virginia Clinic	18.09.17
Patient 7&8		19	Gauteng_Jbourg	Gertrude Clinic	19.09.17
Patient 9	Lady	9	Gauteng_Centurion	Diepplot Clinic	20.09.17
Patient 10	Nice lady with baby	14.3	Gauteng_Centurion	Diepplot Clinic	20.09.17
Patient 11	Lady-on their phone	12.3	Gauteng_Centurion	Diepplot Clinic	20.09.17
Patient 12	Young woman	16	Gauteng_Centurion	Diepplot Clinic	20.09.17
Patient 13	Imperial girl	13	Gauteng_Centurion	Olifant Clinic	20.09.17
Patient 14	Jeune	14	Gauteng_Centurion	Olifant Clinic	20.09.17
Patient 15	Jeune voilée	10	Gauteng_Centurion	Olifant Clinic	20.09.17
Patient 16	Patient avec rugby maillot	15	Gauteng_Centurion	Olifant Clinic	20.09.17
TOTAL PATIENTS					17
Nombre total d'entretiens					31
Durée totale des entretiens					13h34

ENTRETIENS REALISES AVEC CIES

CIES - REpondants	LIEUX	DUREES	DATE
PATIENTS			
1. CIES – Mr Attendant sa femme	SP- Santo Amaro	6	Décembre 2016
2. CIES - Patiente Chirurgie Yeux	SP- Santo Amaro	21	Décembre 2016
3. CIES - Patiente Tudo Bem	SP- Santo Amaro	12	Décembre 2016
4. CIES Patiente – insistance	SP- Lapa	23	Décembre 2016
5. CIES Patients - Fast but good	SP- Lapa	8	Décembre 2016
6. CIES Patiente - pbm rdv	SP- Santo Amaro	59	Décembre 2016
7. Patient: Regina Adelaide dos Santos.	SP- Santo Amaro	18	Décembre 2016
8. CIES Patiente - Visite box		10	Décembre 2016
DOCTORS / NURSES			
1. CIES - Dr Marco	SP- Santo Amaro	73	Décembre 2016
2. CIES - Pamela Nurse (supervisor)	SP- Santo Amaro	60	Décembre 2016
3. CIES Doctor girl	SP- Lapa	60	Décembre 2016
4. CIES Nurse Manager Fabiola	SP- Lapa	40	Décembre 2016
COORDINATEURS			
1. CIES - Leticia	Sao Paulo	63	Novembre 2016
2. CIES - Ricardo	Sao Paulo	107	Novembre 2016
Nombre total d'entretiens		14	
Durée total		9h03	

ENTRETIENS REALISES AVEC Dr.Consulta

DR.CONSULTA - REpondants	LIEUX	DUREES	DATE
PERSONNEL			
Dr Consulta - Receptionist	SP	22	Décembre 2016
Dr Consulta Technical Nurse	SP	33	Décembre 2016
PATIENTS			
Dr Consulta Patient 1 - Vieux mr	SP	20	Décembre 2016
Dr Consulta Patient 2 part 1.1 - rose	SP	29	Décembre 2016
Dr Consulta Patient 3 – Femme	SP	9	Décembre 2016
Dr Consulta Patient 4 Casal	SP	13	Décembre 2016
Dr Consulta Patient 5 Juliana Chiro	SP	35	Décembre 2016
Dr Consulta Patient 6 Jeune homme	SP	16	Décembre 2016
Dr Consulta Patiente 7 Vieille dame	SP	36	Décembre 2016
Nombre total d'entretiens		9	2H38

Annexe 5 : Exemples de guides d'entretien

INFIRMIERES – UNJANI CLINICS**PRESENTATION & BACKGROUND**

Introduce yourself: name/age/where do you come from

Background: studies, experiences in Health/job, public? private?

NETWORK INVOLVEMENT**Recruitment** into the Network

- Where did you hear about Unjani?
- Why did you decide to apply for being part of the network?
- Could you explain how did you **integrate the network**?
 - o Where did you hear about Unjani?
 - o Recruitment **process**
- **When** did you start?
- **How long** did it take to reach the **breakeven**? How many patients?
- Now, how many patients a day?
- Do you have a **target of number of patients** to reach?

Requirements to open your clinic

- o Evaluation of the need: how? Who?
- o Choice of the location: how?
- o Negotiation with the landlord? Support from Unjani? By yourself?
- o Survey / business proposal
- o Explain how you did? Receive some help? Have to invest some money?

Network requirements

- Explain your link with Unjani NPC : Contract?
- Which requirement do you have to meet to be in the network?
 - o How do you comply with all of them?
 - o What do you think about them?
- Working hours, layout, dress code

What does being part of a network imply? - Conditions? Advantages? Drawbacks**Clinics conditions**

- o What **resources** : Fi, techno, people, equipment: who provide: you? Network?
- o Training from the network? Health, management?
- **Assessments** and **monitoring** procedures – audit
 - o What is it exactly? What do they check?
 - o When? How often?
 - o Other reports to give back to the network?
- **Requirements**
- Your level of **flexibility**?
 - o ask for permission? To inform?

EMPLOYMENT

- **Who** work in the clinics?
- How did you recruit them?

- **Criteria** of selection?
- Who chose the term of their employment? Contract/salary *etc.*
- Where **do they come from**? If same area: choice on purpose? If friend: why?
- Your **relationship** with them?
 - Work with them? What role?
 - Team meeting? Reporting? Assessment?
 - Feedback from them

ACCEPTABILITY

Service provision

- What services? Why these one? How did you choose them?
- Define what is **PRIMARY HEALTH CARE SERVICES**
- **Main activities necessary to run your clinic?**
- The **value** for your patients? The difference with **public**? With **private**?

Service blueprint

- Explain the **process** that patients must follow? **Appointment**? Why? Flow in the clinics?
- Why did you decide to arrange it like this? our choice? Unjani?
- **Requirements** from patients: ID, medical record

Service layout / physical evidence

- Did you do the **layout**?
- What **change** did you make from Unjani layout? Why? What objective? Ask for it?
- Any specificity of working in a **container**?

Have you ever been to other clinics? Any difference with yours?

ACCESS

- Why this **location**?
 - How do you come? Which **transport**? And your patients? Any shared transportation?
 - **Profile** of patients? Age, gender, social status + People you know?
- SCM:** How do you organize delivery of medicine: order? Delivery? How often? How?

AFFORDABILITY

- Choice of the **price**?
- Payment **facility**?
- Same **conditions** for everyone? Even for children?
- Face people without money? For **free**?

Financial SUSTAINABILITY

- Main sources of expenses / Source of revenue
- Financial support from Unjani? // Loans? Where?
- Scale up? Having several clinics?

AWARENESS

- How people **know** about your clinic? + your target (profile)
 - What do you do?
 - What do you **say**? What **medium**?
- **Education** program in your area? Which target? What message? Why?
- **Local marketing:** Promotional campaign? Advertising, loyalty program

- Your **initiative**? Or the **network**?
- Ask for **permission** to the network?
- Where? What? Your target?
- As healthcare is sensitive... How do you build trust with patient?

PEOPLE

Contact with other nurses of the clinics

- Do you know the other nurses?
 - Where did you meet them?
 - Did you know each other before? **WOM**
- How is it your **relationships/contacts** with them?
 - **Meetings**: How often? Why? Where? Special event? In the clinic?
 - **Talks**: What? How often? Why? Where? Topics? Same language?

Contact with patients

- **Code of conduct** with patients? **Describe**. What for?
- Communication: what **do you talk about**?
 - Language difference?
 - Their opinion to be treated in a container?
- What **feedback** from patients?
 - How do you collect them?
 - How do you use them?

Contact with other people from the community?

- Partnership with local organization? School? Church?
 - What? why? Education?
- Contact with people in the community? What? Why?

Contact with Unjani NPC team:

- How often do you get in touch with them? Who? Do you have a specific referent/supervisor?
- Why? What purpose?
- Feedback to them? What? Why?
- Get information about the network evolution?
- Give your opinion on decisions about the network?

What **changes have been made** into your life since you are in the network?

Does **being part of the network change** something in your life?

- Working conditions / living conditions - Pro / perso

GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT – CIES

Awareness

- How did you hear about CIES? Internet / friends / radio / bills....
- How would you describe CIES organization? What do they do? Who work there?
- Why did you decide to go there? For what consultation? Why did not you go to hospital?
- How did you manage to have an appointment?
- Have you ever been there before?
 - If no: where do you usually go? Why did you change?

- If yes: In this arena or in other CIES arena? Were you satisfied?
- Would you recommend to your friends or your family to get medical consultation here?
- Have you ever heard about the CIES Van?
 - The van go to rural areas or to small town where there is no medical infrastructure
 - What do you think about it? Is it important here in Brazil?
- Have you ever heard about fleximedical?
 - If yes - What is it? How did you know about it? What is the link with CIES?
 - If no – Did you know it owns half of the CIES project? It is a company. What do you think about this collaboration?

Distribution

- Why did you choose this arena?
 - You did not choose: who tell you to go to this one and not another one? Why?
 - It's closed from your home?
- Was it easy for you to come here? How did you get here? Metro/bus/personal vehicle
- What the main difference between CIES and the public clinic?
- What do you think of healthcare system and access in your neighbourhood?
- How long did you have to wait to get this medical appointment?
- How long did you wait in the room before receiving the consultation? (respect of time appointment?)

Acceptability

- How long did you have to wait for having the consultation?
- What do you think about the consultation?
- How do you feel to receive healthcare consultation in a box arena / in a wagon?
- Do you prefer CIES than hospital? Why?
- During the consultation, do the people only give medical expertise or they also give you some advices? Do they use any kind of medium to do this? Bills for example?
- Do they provide you so brochure in case you want to have more information?
- How would you define the contact with the doctors? Administrations

Affordability

- Do you have to pay any fees for having this medical consultation?
 - If yes, what do you think about this price? Is it expensive?
 - If not, do you know who pay for it?
 - Do you think the quality of the medical service is as good as in hospitals?
- How would you have paid if you had been into a hospital?

CIES trust and confidence

- What do you think about CIES? About the staff?
- Different from hospital?
- Did you get good solution to your healthcare problem?
- What do you like on CIES? (cf. access / quality/temps) What are the main advantage to go this arena?

- And the main drawback?
- Do you have any idea to improve the service?
- Do you know anyone that work in CIES?

Personal details: Gender? Age? Job? Living neighbourhood ?

Annexe 6 : Comparaison des indicateurs de santé et de développement humains entre le Brésil, l'Afrique du Sud et la France

Indicateurs	Afrique du Sud	Brésil	France
IDH ³⁴⁶ en 2017 (UNDP, 2018)	0,699 (DH Moyen)	0,759 (DH élevé)	0,901 (DH très élevé)
IDHI ³⁴⁷ en 2017 (UNDP, 2018)	0,467	0,578	0,808
Population vivant dans une situation de pauvreté multidimensionnelle en 2015 (UNDP, 2018)	4 544 000 pers. soit 8,2 % de la population	7 978 000 pers. soit 3,8 % de la population	NA
Intensité des privations subies par les personnes vivant dans une pauvreté multidimensionnelle ³⁴⁸ en 2015 (UNDP, 2018)	39,3%	42,5%	NA
Part des privations dans la dimension santé de la pauvreté globale en 2015 (UNDP 2018)	54,5%	20,2%	NA
Dépenses de santé totales en 2015 (OCDE, 2019)	1149 USD per capita	995 USD per capita	4600 USD per capita
	8.2% du PIB	8.9% du PIB	11.5% du PIB
Classement mondial selon la dépense du PIB	51 ^e	44 ^e	8 ^e
dont dépenses de santé volontaire par les assurances et fonds privés (ONG, dépenses des ménages) (2015)	4.7% du PIB	5.1% du PIB	1.9% du PIB
	dont dépenses de santé du gouvernement et obligatoires (2015)	3,5% du PIB	3,9% du PIB
Nombre d'infirmières pour 1 000 hab. en 2015	1,2	1,5	9.9
Nombre de médecins pour 1 000 hab. en 2015	0,8	1,8	3,3
Nombre de consultations de docteurs /pers en 2015	2,8	2,5	6,3
Nombre de lits d'hôpital pour 1000 hab. en 2015	2,3	2,3	6,1
Prix moyen pour une consultation ³⁴⁹	R470 (29€)	R\$241 (55€)	24€

³⁴⁶ Indice de développement humain

³⁴⁷ IDH ajusté aux inégalités

³⁴⁸ « Moyenne du score de privations dont ont souffert les personnes vivant dans la pauvreté multidimensionnelle » (UNPD, 2018, p. 43)

³⁴⁹ Source : www.expatistan.com

Taux alphabétisation (CIA, 2019)	92% (2015)	94.4% (2015)	100%
Dépenses dans l'éducation publique (CIA, 2019)	6,1% du PIB (2017) 34 ^e pays	5.9% du PIB (2016)	5,5 % du PIB (2015) 46 ^e pays
Populations urbaines (CIA, 2019)	66.9% (2019)	86,6% (2018)	80.4% (2018)
Chômage en 2017 (CIA, 2019)	27.5% (2017) 53.5% des 15-24ans (2017)	12,8% (2017) 30,2% des 15-24ans (2017)	9,4% (2017) 24,6 % des 15-24 ans (2016)
Population vivant en dessous du seuil de pauvreté national (CIA, 2019)	16.6% (2016)	4.2% (2016 est.)	14.2% (2015)
Population vivant avec moins de \$1,90 en 2015 PPP (UNPD, 2018)	18,8 %	3,4 %	NA
GINI index (OCDE) e degree of inequality in the distribution of family income in a country.	62,5 en 2013	49 en 2014	29,3 en 2016
Routes (Index Mundi, 2014)	<u>Total</u> : 747 014 km <u>Pavées</u> : 21% soit 158 952 km <u>Non pavées</u> : 588,062 km	<u>Total</u> : 1 580 964 km <u>Pavées</u> : 13% soit 212 798 km <u>Non pavées</u> : 1 368 166 km	1,028,446 km (France métropolitaine) 100% pavées

Sources : OECD (2019), Health spending (indicator) (Accessed on 28 March 2019), IndexMunid, Cia World Factbook ³⁵⁰

³⁵⁰ <http://www.hdr.undp.org/en/indicators/167106>

Annexe 7 : Liste des codes Nvivo

VALUE .DISCOVERY STRATEGIES	VALUE PROPOSITION STRATEGIES	VALUE CREATION STRATEGIES
A&J_Co-creation of patient needs	A&J_Continuous involvment of customer	Cohésion interne
A&J_Community engagement	Communication interne - feedback	Collaborations locales
Création comité local	Echanges et feedback avec écosystème	Coordination interne
Etude du contexte	VALUE PROPOSITION VD	Equipements
Etude de marché	Caractéristiques Offre	Flexibilité
VALUE DISCOVERY VD	Accessibilité physique	Gestion de la sécurité
Ambition	Adaptation locale de la VP	HRM
Caractéristiques VD	Affordability	Accompagnement
Contexte Brésil	Awareness Campaigns	Evaluation
Contexte SA	Education-Prévention	Formation
VD Interactions écosystème	Formation des étudiants	Hiérarchie
Organisation amont	Programme proximité	Incentive
Adaptations VP	Qualité médicament	Monitoring
	Co-création patient	Objectifs opé
	Confidentialité	Orientation
	Empathie	Recrutement
	Fidélité	Support - soutien E
	Information _ Gestion asymétrie	Relations interpersonnelles
	Relation patient	Technologie
	Trust	VALUE CREATION VD
	Expérience du service	Barrières psycho patients
	Inclusivité	Caractéristiques du personnel
	Local workers	Attachement à l'orga
	Accompagnement manager LW	Conditions de travail
	Avis patients emploi locaux LW	Fonction occupée RH
	Choix de la clinique LW	Implication
	Conditions de travail LW	Partenariats
	Engagement LW	SCM
	Job satisfaction LW	Gestion stocks
	Rôle d'Ambassadeur des LW	Relation fournisseur
	Motivation-raisons des patients	
	Offre Alternative aux systèmes	
	Organisations des patients pour venir	
	Profil patients	
	Suivi centrée patient - ligne de soin	
VALUE APPROPRIATION STRATEGIES		VALEUR ECOSYSTEMIQU DE LA MARQUE
Economie d'échelle		Agencement

Encourager empowerment		Atmosphère
Scalability		Attachement émotionnel patient
Standardisation		Exigences du personnel
Réseau franchise		ID
Network + et -		Fondateur
Obligations réseaux-franchise		ID orga & image perçue
VALUE APPROPRIATION Vd		Mission de l'orga
Coûts		Notoriété internationale.
Financement		Notoriété locale
Insatisfaction patients		Nurse ID
Productivité		Uniformes
Profit model		Valeur orga
Satisfaction du personnel		Informer - Communiquer
Satisfaction patients		Infrastructure innovante
Structure juridique		Preuves/caractéristiques physiques
Transformation - ou échec		Processus internes - S. blueprint
Transformation +		Facilité processus
Accomplissement - Epanouissement		Indications
Confiance en soi LW		Promotion
Expérience pro LW		Strategic location
Gain Compétences		Visibilité-Exposure
Indépendance		WOM – Bouche à oreille
Lien social		
Mobilisation et sens communauté		
Source de revenus LW		
Valorisation		

AUTRE**TRAIN**

Culture	Adaptations culturelles
Encastrement local	Capacité d'adaptation du personnel
Intégration locale	Sacrifice perso staff
Interactions locales	
Gouvernement - institutions publiques	
Mobilité	

Annexe 8 : Présentation du BM de CIES selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

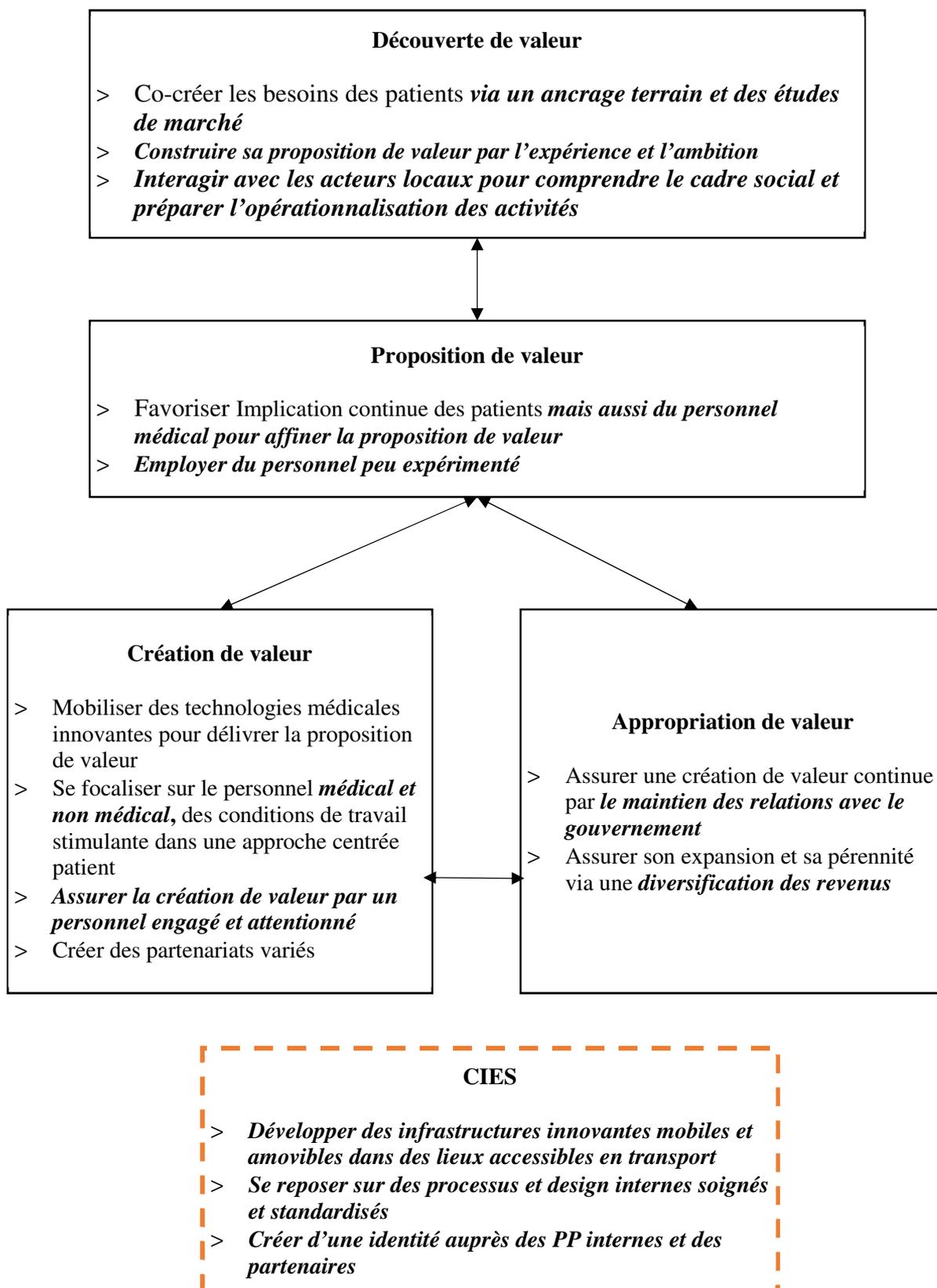
Caractéristiques des composantes du BM selon Angeli et Jaiswal		CIES Global Brasil
DECOUVERTE DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Effort organisationnel pour accroître la sensibilisation > Reconnaissance des besoins de santé des patients > Co-identification d'une solution socialement acceptable 	<ul style="list-style-type: none"> - Surpopulations du SUS - Appréhension du marché de la santé via l'association Ebenezer spécialité en sensibilisation - Identification du besoin de prévention, éducation et traitement en soins de santé - Engagement du fondateur pour comprendre les besoins des populations à partir du terrain - Evaluation du besoin via les données patientes transmises par le SUS
PROPOSITION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Faire le travail : satisfaire un besoin spécifique pour un segment de patient spécifique 	<p>Services : */**</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services de santé de qualité et humanisés - Service mobile de soins primaires, examens, chirurgies de complexité simples et moyennes dans 11 spécialités - Programme de prévention depuis Mars 2017 <i>Doutor Saúde</i> Program - Education - Un service de qualité - Un temps d'attente limité - Une relation humanisée avec le personnel - Se différencier des services gouvernementaux <p>Prix : à la charge du SUS – gratuit pour les patients</p> <p>Cibles : les plus démunis et toute personnes ayant recours au SUS</p> <p>Accessibilité dans les zones urbaines et péri-urbaines voire rurale dans 7 états et plus de 30 villes</p> <p>Arènes amovible et support mobiles*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat de São Paulo, Brésil (Ville de Sao Paulo, Sorocaba, Santa Barbara d'Oeste, Rio Claro) - Etat de Santa Catarina (Joinville). <p>Services itinérants** :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passage à Goiais, Mato Grosso do Sul ; Minas Gerais, paran, Rio de Janeiro <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médias sociaux - Affiches et spots TV dans les arènes - BD de sensibilisation et prévention

CREATION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Ressources internes > Réseau externe de partenariats stratégiques 	<p>Ressources financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIES - Fleximedical - Dons ponctuels <p>Ressources physiques* : 22 sites composés de boîtes de santé équipés dans la ville de São Paulo et programme itinérant à Santa Catarina</p> <p>Ressources humaines en 2017*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 308 employés - 163 docteurs - Infirmières - Employés de ménage <p>Ressources organisationnelles : Logiciel de gestion des patients du gouvernement, leur propre PGI</p> <p>Partenariats : FMN, entreprises locales et associations*</p>
APPROPRIATION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Processus internes > Profits et équation sociale > Valeur créée et partagée avec les parties prenantes 	<p>Coûts en 2017*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépenses opérationnelles : 590 658,97\$R soit 141 415,48€⁺ - Dépenses financières: 1 363 442,14\$R soit 326 435,10€⁺ - Dépenses générales: 8 152 739,5\$R soit 1 951 927,60€⁺ - Taxes : 111 207,81\$R soit 26 625,46 €⁺ - Total dépenses : 9 627 389,51\$R soit 2 304 996,84€⁺ <p>Revenus nets : 76 467 564,97\$R soit 18 307 921,94€⁺</p> <p>Impacts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1,5 millions de patients traités en 9 ans* - 684 526 patients en 2017* - 1 701 011 patients depuis 2018^{##} - 223 406 examens depuis 2018^{##} - 1 41 383 chirurgies depuis 2018^{##} - Récompenses internationales <p>Expansion internationale progressive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme de prévention médical aux Etats-Unis - Objectif de développement en Amérique Latine (Paraguay et Colombie) et Nigeria*
<p>* Rapport annuel 2017 ** Rapport annuel 2015 *** CIES Report – 7 ans # Rapport CIES & SUS ## Site internet CIES consulté en Juillet 2019 + Taux de Conversion \$R/€ mis à jour le 31.07.2019 (source : www.xe.com)</p>		

En style fin : stratégies mises en avant par Angeli et Jaiswal (2016)

En style italique gras : stratégies émergentes

Nouvelle dimension



Annexe 9 : Présentation du BM de Dr.Consulta selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016) et figure des stratégies déployées

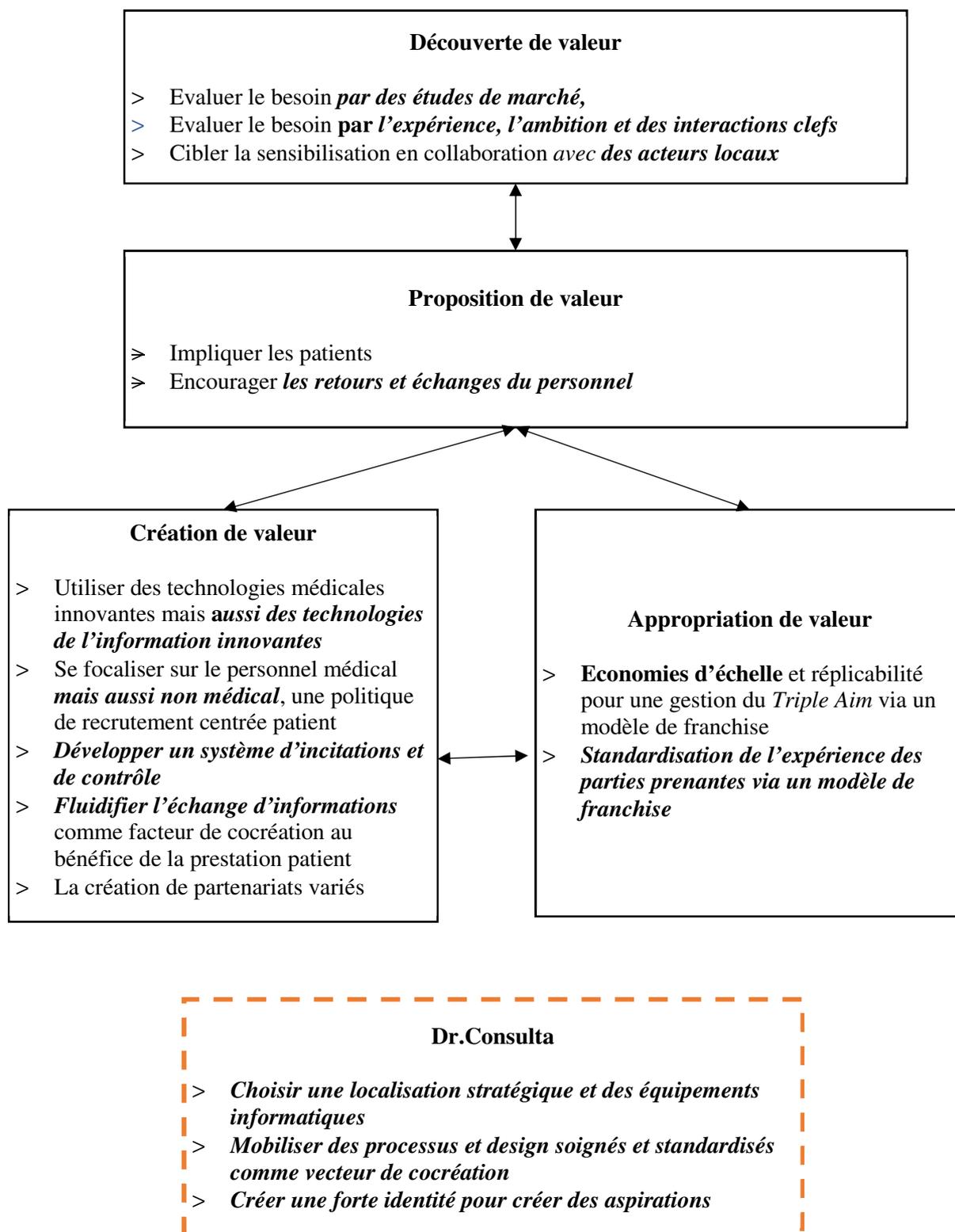
Caractéristiques des composantes du BM selon Angeli et Jaiswal		Dr.Consulta
DECOUVERTE DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Effort organisationnel pour accroître la sensibilisation > Reconnaissance des besoins de santé des patients > Co-identification d'une solution socialement acceptable 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification d'un vide sur le marché de la santé brésilien : des services abordables pour les personnes non assurées et devant utiliser les services du SUS mais ayant des ressources financières - Création d'une clinique pilote pour ajuster sa proposition de valeur
PROPOSITION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Faire le travail : satisfaire un besoin spécifique pour un segment de patient spécifique 	<p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services de santé à la carte : on en paie que ce qu'on consomme - 61 spécialités - 2000 types d'examens - Consultations, examens, vaccins, checkups et chirurgies de simple complexité. - Actions de sensibilisation ciblées selon les conditions prépondérantes <p>Prix* :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% à 90 % moins cher que les prestataires privés - Entre R\$80 (16,65€) et R\$170\$(40,5€) selon la spécialité (prix moyen de R\$130 soit 31€) - Paiement en plusieurs fois disponible <p>Cibles : Toute personne non assurée ne pouvant payer des services privés mais ayant les moyens de payer des services de santé</p> <p>Accessibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 49 cliniques - Zones urbaines et péri urbaines - Etats de São Paulo et Rio de Janeiro - Accessible via les transports en commun <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication média : spots publicitaires TV, radio, internet, affiches - Utilisation des Réseaux sociaux

<p style="text-align: center;">CREATION DE VALEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ressources internes > Réseau externe de partenariats stratégiques 	<p>Ressources financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levée de fonds de 1millions USD auprès de fonds internationaux et de médecins brésiliens et américains*** <p>Ressources physiques : 49 cliniques et équipements médicaux et informatiques</p> <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Près de 1700 Médecins dans 61 spécialités - Infirmières - Chargés administratifs et d'accueil en salle <p>Ressources organisationnelles : PGI, Système Lean data</p> <p>Partenariats : FMN, Acumen, entreprises locales</p>
<p style="text-align: center;">APPROPRIATION DE VALEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Processus internes > Profits et équation sociale > Valeur créée et partagée avec les parties prenantes 	<p>Charges opérationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipements médicaux et informatiques - Salaires des employés - Frais marketing <p>Revenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chiffres d'affaires - Capital risque /levées de fonds <p>Impacts (2019)**</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 000 000 patients - 200 000 consultations/mois - Création d'emplois - 49 cliniques Dr.Consulta - Plusieurs prix nationaux et internationaux comme reconnaissance dans le secteur de la santé ou de l'ESS
<p>* Taux de conversion BRL/EUR mis à jour le 23.07.2019 (source : www.xe.com)</p> <p>**Chiffres consultés sur le site internet de Dr.Consulta en Juillet 2019</p> <p>*** Chiffres consultés : https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-04-02/lemann-backed-startup-looks-to-tackle-brazil-s-health-care-woes</p>		

En style fin : stratégies mises en avant par Angeli et Jaiswal (2016)

En style italique gras : stratégies émergentes

Nouvelle dimension



Annexe 10 : Présentation du BM d'Unjani NPC et Unjani Clinics selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

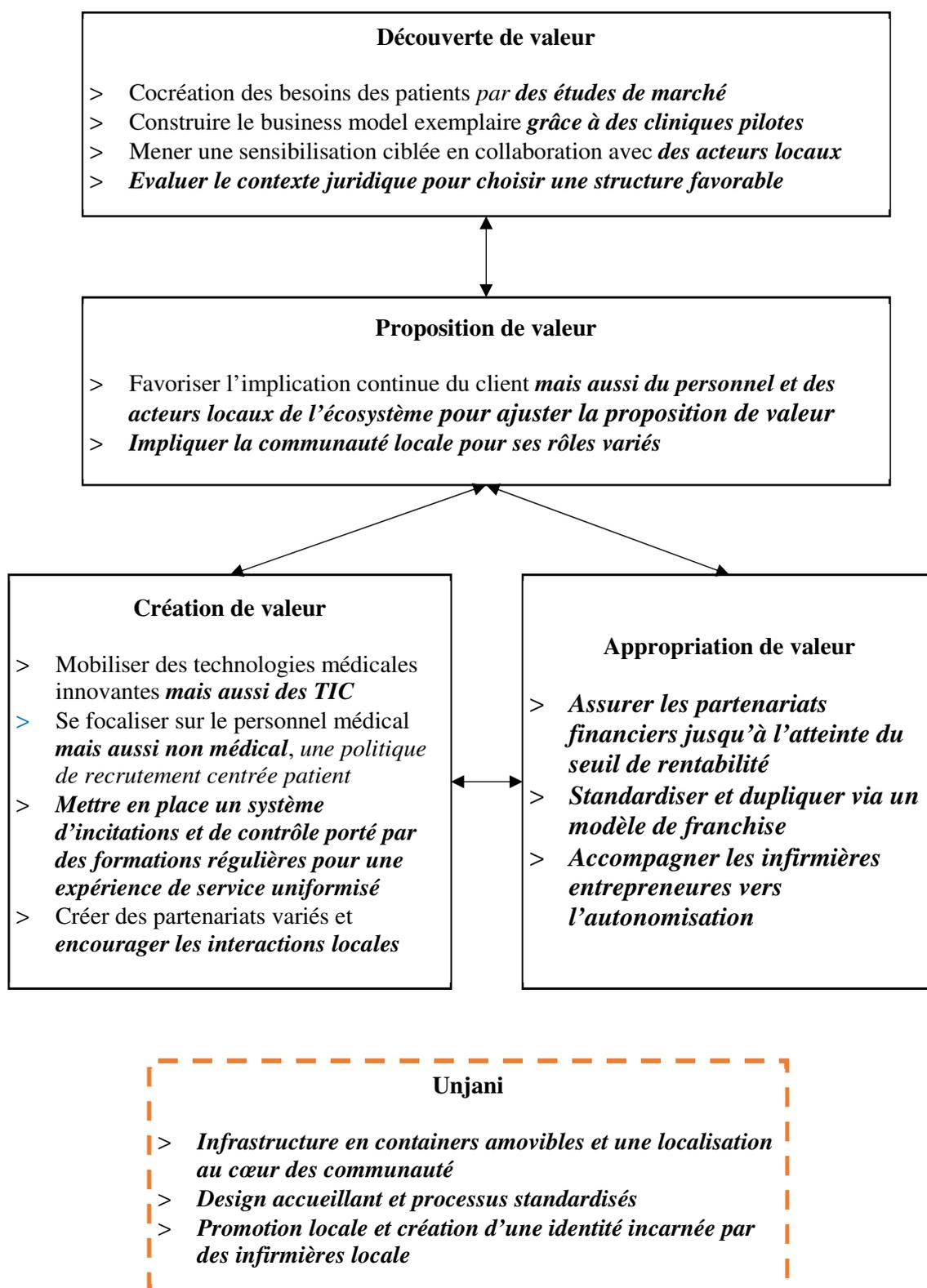
Caractéristiques des composantes du BM selon Angeli et Jaiswal		Unjani NPC et Unjani clinics
DECOUVERTE DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Effort organisationnel pour accroître la sensibilisation > Reconnaissance des besoins de santé des patients > Co-identification d'une solution socialement acceptable 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification d'un segment de clientèle : les population démunis non assurées mais ayant un minimum de ressources financière pour financer des soins au prix abordables - Lancement de deux cliniques pilotes - Création d'un BM type pour les cliniques Unjani - Programmes de proximité <ul style="list-style-type: none"> o Actions de sensibilisation o Test de dépistage
PROPOSITION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Faire le travail : satisfaire un besoin spécifique pour un segment de patient spécifique 	<p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Service de soins primaires, soins des plaies, planification familiale, des soins de puériculture y compris la vaccination, échographie de base, des services sanguins de laboratoire, du traitement et de la prise en charge des patients sous médicament antirétroviral, du traitement des maladies chroniques, du suivi prénatal et du conseil et dépistage du VIH. - Prescription et distribution de médicaments - Actions de sensibilisation - Programmes de proximité <p>Prix : R180 (11,5€*): consultation & médicaments Cibles : les plus démunis et désavantagé non assurés et ayant de faibles ressources financières</p> <p>Accessibilité géographique</p> <ul style="list-style-type: none"> - – Provinces du Gauteng, Mpumalanga, Limpopo, North West Province, KwaZulu Natal et Northern Cape - Zone urbaines, semi-rurales, rurales - Cliniques positionnées au cœur des communautés <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médias via affiches, flyers, radio, site internet et journaux locaux - Réseaux sociaux

<p style="text-align: center;">CREATION DE VALEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ressources internes > Réseau externe de partenariats stratégiques 	<p>Ressources financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sponsors de diverses FMN - Unjani NPC <p>Ressources physiques : cliniques en containers et équipements médicaux et informatiques</p> <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières professionnelles du réseau entrepreneur de leur clinique - 1 assistant·e médical·e par clinique - 1 employé de ménage par clinique - 1 vigile par clinique <p>Ressources organisationnelles : PGI et soutien technique et financier de la NPC auprès de chaque clinique</p> <p>Partenariats/Collaborations : FMN (J&J, Imperial, Aspen) , cliniques locales, leader des communautés</p>
<p style="text-align: center;">APPROPRIATION DE VALEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Processus internes > Profits et équation sociale > Valeur créée et partagée avec les parties prenantes 	<p>Charges opérationnelles par clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frais d'infrastructure - Médicaments - Salaires des employés - Frais marketing - Charges de frais de réseau <p>Revenus par clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinique et don initial de lancement - Soutien financier de la NPC sur 5 ans - Chiffres d'affaires <p>Impacts (2013-2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 713 236 Consultations - 184 emplois permanents créés - 55 cliniques Unjani - 7 récompenses du secteur santé - Autonomisation des infirmières via la clinique et le soutien du NPC <p>Coûts du NPC (2013-2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dons sponsors : R74 millions (4 741 804€*) - Salaires du personnel NPC <p>Hauteur des coûts pris en charge par le NPC pour l'accompagnement d'une clinique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structure et équipements : R550 000 to R750 000 (32 000€ à 44 840€*) - Donations opérationnelles : R200 000 (12 812€*) - Coûts de soutien : R250 000 (16 013€*)
<p>* Taux de conversion ZAR/EUR mis à jour au 23.07.2019 (source : www.xe.com)</p>		

En style fin : stratégies mises en avant par Angeli et Jaiswal (2016)

En style italique gras : stratégies émergentes

Nouvelle dimension



Annexe 11 : Présentation du BM de Phelophepa selon les composantes du BM d'Angeli et Jaiswal (2016)) et figure des stratégies déployées

Caractéristiques des composantes du BM selon Angeli et Jaiswal		Phelophepa
DECOUVERTE DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Effort organisationnel pour accroître la sensibilisation > Reconnaissance des besoins de santé des patients > Co-identification d'une solution socialement acceptable 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes de proximité <ul style="list-style-type: none"> o Education soins primaires o Education soins dentaires o Dépistage o Workshops thématiques - Informations spécifiques à chaque région selon l'appréhension locale du comité d'organisation
PROPOSITION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Faire le travail : satisfaire un besoin spécifique pour un segment de patient spécifique 	<p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Service mobile de soins primaires, optiques, dentaires et psychologique - Service pharmaceutique et d'optométrie pour la délivrance de médicaments et lunettes - Actions de sensibilisation - Dépistages gratuits - Programmes de proximité - Formations des étudiants <p>Prix*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments : R5 soit 0,30€ - Paire de lunettes R30 soit et 1,9€ - Procédure dentaire : R10 soit 0,63€ <p>Cibles : les plus démunis et désavantagé des zones rurales et péri-urbaines</p> <p>Accessibilité en stations des provinces d'AS sauf le Gauteng</p> <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médias via affiches, radio, TV, journaux locaux et nationaux - Hors média – annonce via mégaphone et leaders locaux
* Taux de conversion ZAR/EUR mis à jour au 31.07.2019 (source : www.xe.com)		

CREATION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Ressources internes > Réseau externe de partenariats stratégiques 	<p>Ressources financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transnet – 75% du financement - Roche – Clinique santé - Colgate Palmolive – Clinique dentaire - Aspen – Matériel d’hygiène et d’éducation - Dons ponctuels <p>Ressources physiques : 2 trains et ses équipements médicaux ; machines de dépistage</p> <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 membres du personnel permanent : médical et non médical - 23 étudiants par rotation - 65 employés de la communauté locale - Equipe de sécurité (sous-traité) <p>Ressources organisationnelles : Transnet, Transnet Foundation Trust, Phelophepa</p> <p>Partenariats : MNC et entreprises locales</p>
APPROPRIATION DE VALEUR	<ul style="list-style-type: none"> > Processus internes > Profits et équation sociale > Valeur créée et partagée avec les parties prenantes 	<p>Coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R107 millions* dépensés en 2018 pour les deux trains Charges énergétiques du train - Médicaments - Nourriture et autres provisions - Salaires du personnel permanent - Salaire du personnel local temporaire (environ €5000/semaine)³⁵¹ - Coûts de transport (voyages des étudiants et personnel permanent jusqu’au train) <p>Revenus : Dons & chiffres d’affaires</p> <p>Impacts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 578010 patients touchés en 2018 - Personnes employées de manière temporaire : revenus et valorisation - Sensibilisation à la santé

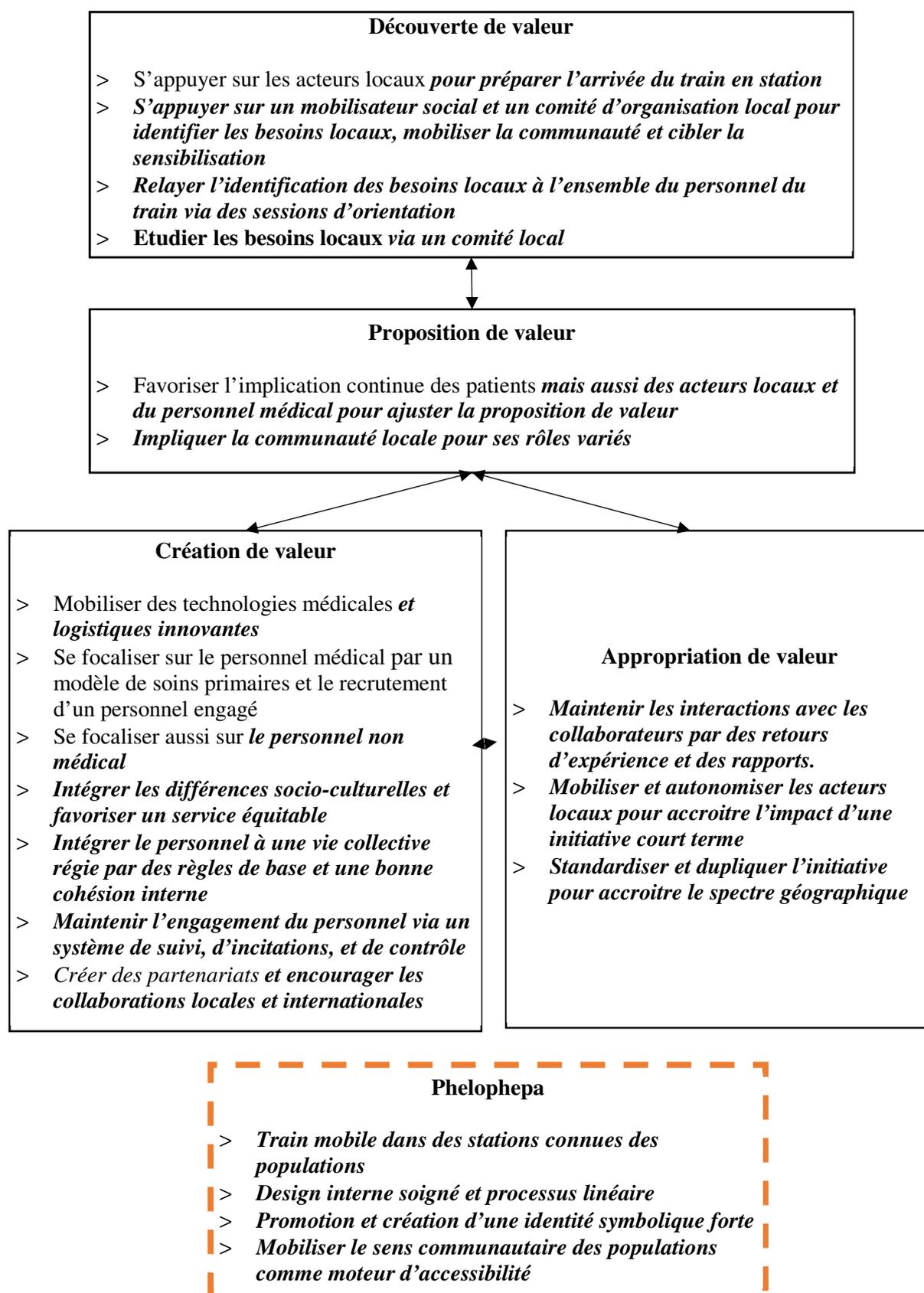
**Près de EUR6 853 021 au taux de conversion ZAR/EUR mis à jour le 19.07.2019 (source : www.xe.com)*

³⁵¹ Source : <https://trainofhope.org/who-we-are/the-phelophepa-vision-mission/>

En style fin : stratégies mises en avant par Angeli et Jaiswal (2016)

En style italique gras : stratégies émergentes

Nouvelle dimension



Annexe 12 : Analyse croisée des cas selon les composantes et les stratégies du BM d'Angeli & Jaiswal (2016)

Dimensions de valeur (DV)	Stratégies innovantes	CIES	Dr.Consulta	Unjani Clinics	Phelophepa Healthcare Train	Objectifs associés aux stratégies émergentes
DECOUVERTE DE VALEUR	Cocréation des besoins avec les patients	Etudes de marché Van et camions de santé pour toucher les communautés isolées Amélioration par essai erreur	Etude de marché	Programme de proximité – baby skin care Dépistage et prévention	Programmes de proximité Annonces du train	
	Engagement de la communauté	-	-	Etude de marché locale	Membre de la communauté intégré au comité d'organisation locale pour prévenir de l'arrivée du train et préparer sa venue	
<i>Stratégies émergentes</i>	Engager différents acteurs de l'écosystème	Sensibilisation à la charge du gouvernement Recherche de partenariats	Echanges avec des acteurs de la sphère médicale au Brésil Présentation du projet à l'international Agence de communication pour effectuer des actions de sensibilisation innovante Médecins en charge de la sensibilisation	Partenariats isolés avec des cliniques locales pour des campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH	Comité local composé de la communauté et des principales institutions pour préparer l'arrivée du train, organiser les actions de sensibilisation et transmettre des informations sur la situation locale et les besoins locaux	Engager différents acteurs locaux pour avoir une meilleure compréhension des besoins locaux et identifier les acteurs présents

	Se reposer sur l'expérience et l'ambition entrepreneurial	Forte implication terrain du fondateur Roberto Kikawa (expérience médicale et entrepreneuriale) Ambition et implication envers les populations à bas revenus	Expérience entrepreneuriale et capital risque Ambitions entrepreneuriales	PDG et responsable du réseau en lien permanent avec le terrain	Expériences terrains au sein du train des managers des opérations des trains Investissement social de responsabilité de l'entreprise d'Etat Transnet	Impliquer les décisionnaires pour aller à la rencontre du terrain
PROPOSITION DE VALEUR	Implication continue des clients	Boîtes de satisfaction Hotlines Réseaux sociaux	Etudes de satisfaction Notations des praticiens Centre d'appel Interactions via un blog, les réseaux sociaux et les newsletter	Boîtes de satisfaction Réseaux sociaux	-	
<i>Stratégies émergentes</i>	Implication continue du personnel	Feedbacks réguliers et pris en compte par la direction pour affiner la proposition de valeur Réunions d'équipes intra-unité et inter-unité CIES	Retours du personnel encouragés Réunions du personnel Communication facilitée Prise en comptes des retours	Réunions de réseaux Groupe WhatsApp entre infirmières Communication intra-réseau et avec la direction	Réunion d'équipe Feedback du comité local Retours formalisés à Transnet	Encourager la communication interne pour une proposition de valeur ajustée
	Engagement des acteurs locaux et communautés vulnérables	Emploi de personnels non qualifiés pour les activités annexes à la sphère médicale (ménage et accueil) Emploi d'infirmières non expérimentées Collaboration avec le gouvernement	Emploi de personnel jeunes ou inexpérimenté pour les emplois administratifs et d'accueil Stagiaires et alternants	Infirmières entrepreneures issues de la communauté Employés locaux dans chaque clinique Collaboration avec des acteurs locaux (écoles, cliniques locales)	Retours des organisations partenaires des programmes de proximité, et des acteurs impliqués dans le comité local Retours de la part des universités partenaires envoyant leurs étudiants stagiaires	Engager et satisfaire plusieurs acteurs de l'écosystème Encourager l'intégration des communautés vulnérables comme moteur d'inclusivité

Dimensions de valeur (DV)	Stratégies innovantes	CIES	Dr.Consulta	Unjani Clinics	Phelophepa Healthcare Train	Objectifs associés aux stratégies émergentes
CREATION DE VALEUR	Technologies médicales innovantes	Infrastructures amovibles et mobiles médicalisées Equipements médicaux Approvisionnement auprès de l'entreprise Fleximedical, détenu à 51% par CIES	Dossier médical électronique (Près de 250,000 patients en 2017) ³⁵² Laboratoire interne Prise de rendez-vous informatisés Application Système de rappel par SMS	Equipements médicaux : machines et infrastructures Equipements informatiques	Equipement technologiques médicales fourni par les sponsors principaux (Roche et Colgate-Palmolive)	
	...et mobilisation des TIC ³⁵³	Dossier médical électronique PGI ³⁵⁴	Lean data Cloud d'intelligence artificielle pour stocker les données patients	Dossier médical électronique PGI commun au réseau Unjani	Equipements informatiques	
	Se focaliser sur le personnel médical	Docteurs qualifiés dans plusieurs spécialités embauchés en freelance Objectifs opérationnels Bons salaires Formations disponibles	Sélection d'un personnel médical qualifié et expérimenté Formation interne Possibilité de promotion Gestion des performances Incitations financières Processus de contrôle	Infirmière professionnelle avec un certificat de soins primaires et d'une licence de dispense de médicaments 5 ans d'ancienneté minimum	Personnel permanent dans 5 spécialités Etudiants internes en soins et médecine spécialisés (soins primaires, pharmacie, dentiste, optique) Emploi temporaire local d'infirmière retraitées	Encourager le recrutement et favoriser l'implication du personnel médical et non médical - Recruter des personnes vulnérables

³⁵² Source : DC/Presse/3_Iban

³⁵³ Technologies de l'Information et de Communication

³⁵⁴ Progiciel de gestion intégré (en anglais Electronic Resource Planning – ERP)

	...et aussi sur le personnel non médical	Personnel non médical pour délester la charge de travail du personnel médical	Adéquation culturelle avec Dr.Consulta Possibilité de promotion Processus de contrôle et gestion des performances Evènements sociaux	Rôle clef de l'assistante de l'infirmière : accueil et gestion des patients Source d'information clef	Personnel temporaire issu de la communauté : traduction, ménage, cuisine, logistique Facilité la prestation des services de soin auprès des patients	
	Respect d'une équité culturelle	-	-	-	1 ^{er} arrivé, 1 ^{er} servi quels que soient l'origine ou le niveau social Pas de CNI ³⁵⁵ demandé Ouverture culturelle du personnel et mobilité inter-régionales	Assurer l'égalité d'accès entre les patients et garantir un respect interculturel
	Partenariats stratégiques	Partenariats internationaux FMN (Olympus et Siemens), entreprises locales (Cesar, Debcred) fondations (Swab), associations (Ashoka) Partenariat avec le gouvernement et différentes municipalités	LGT fundraising (fonds et expertise) Partenariats locaux pour actions sensibilisation Relation publiques	Partenariats avec des FMN (J&J) Collaboration avec des acteurs locaux (écoles, cliniques, travailleurs sociaux)	FMN (Roche, Colgate Palmolive) Municipalités et institutions locales (école, cliniques publiques)	Encourager des collaborations locales pour améliorer sa visibilité et obtenir des ressources

³⁵⁵ Carte Nationale d'Identité

Dimensions de valeur (DV)	Stratégies innovantes	CIES	Dr.Consulta	Unjani Clinics	Phelophepa Healthcare Train	Objectifs associés aux stratégies émergentes
APPROPRIATION DE VALEUR	Economie d'échelle	Maintien des relations avec le gouvernement Diversification des sources de revenus	Lean management Système de franchise (Environ 85 000 visites/mois en 2017 ³⁵⁶)	-	-	
	Subventions croisées	-	-	-	-	
Stratégies émergentes	Réplication	Multiplication des arènes amovibles et structure mobiles Nouvelles collaborations municipales Internationalisation Diversification des sources de revenus	Système de franchise : 49 cliniques dans l'Etat de Sao Paulo et Rio de Janeiro Standardisation de l'expérience pour le personnel et les patients	Micro-franchises sociales Standardisation des cliniques	Création de 2 trains Phelophepa Un 3 ^{ème} train en discussion Adaptation des routes et des stations desservies selon les années et les trains	Accroître son impact et mettre l'accent sur la création de valeur sociale et économique pour différents acteurs de l'écosystème
	Valorisation	-	-	Autonomisation des infirmières entrepreneurs Accompagnement entrepreneurial et formations	Valorisation de l'expérience du personnel temporaire local – certificat de travail Edu clinique – formation de 20 personnes aux soins de santé	Encourager l'émancipation des populations vulnérables

³⁵⁶ <https://businessfightspoverty.org/articles/improving-services-in-low-income-markets/>

<i>Dimension de valeur suggérée et stratégies émergeant de notre analyse</i>						
VALEUR ECOSYSTEMIQUE DE LA MARQUE	Infrastructure innovante et localisation stratégique	Unités mobiles et amovibles (containers, wagons, vans) Localisation des arènes proche des hubs de transport Zones urbaines, péri-urbaines et rurales, Favelas Rotation des zones d'installations	Unités fixes Localisation en zone urbaine accessible via les transports en commun	Container amovible et extensible Localisation intra-communauté Accessible via taxi brousse ou à pied Visibilité depuis la route	2 trains médicaux équipés et avec une autosuffisance énergétique Choix des stations selon des critères de faisabilité et la demande estimée Station connue et facilement localisée	Encourager les interactions entre personnel et avec les patients Fluidifier le service et l'attente
	Processus et design soignés et standardisés	Attribution et gestion des rendez-vous via le logiciel et la base de données patients du gouvernement Processus interne adaptées à chaque infrastructure CIES	Système commun de prise de rendez-vous entre les unités Design interne épuré et fonctionnel Processus allégés	1 ^{er} arrivé, 1 ^{er} servi Processus de soin par étape Standardisation interne des cliniques	1 ^{er} arrivé, 1 ^{er} servi Processus de soin par étape Nombre de patients ciblées par jour Propreté et confort Standardisation entre les trains	Encourager l'acceptation de l'organisation par plusieurs acteurs locaux
	Stratégies de marque	Communication institutionnelle Valeurs basées sur « <i>l'ADN de l'amour</i> » Identité visuelle Affichage du logo des municipalités partenaires Personnalité forte du fondateur Roberto Kikawa	Marque de franchise Identité organisationnelle Identité visuelle Promotion médiatique intensive (TV, radio, affiche). Services gratuits (café/thé)	Modèle de franchise Infirmière entrepreneur comme personnification de la marque Unjani Identifié de marque Unjani – standardisation Marketing unifié Affichage des logos des sponsors	Communication promotionnelle (Radio, affiches, mégaphone) Aspiration “ <i>Le train de l'espoir</i> ” Image indépendante de celle du gouvernement	Créer des sentiments d'image positifs et des aspirations pour attirer les patients et les acteurs locaux

	Sens de la communauté	-	-	Nurse comme ambassadeur de l'initiative	Encourager le covoiturage Encourager les patients à faire la promotion du train Personnel temporaire local comme ambassadeur	Encourager les communautés à s'entraider pour contourner des barrières à l'accès
--	------------------------------	---	---	---	--	---

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	9
LISTE DE TABLEAUX	11
LISTE DES ANNEXES	13
ACRONYMES	15
INTRODUCTION GENERALE	17
PREMIERE PARTIE - A LA RECHERCHE DE POINTS D'APPUI CONCEPTUELS ET THEORIQUES	33
INTRODUCTION DE LA PARTIE 1	35
CHAPITRE 1 :LES STRATEGIES BOP, UNE VOIE POUR DIMINUER LA PAUVRETE.....	37
SECTION 1 : LA PAUVRETE, UN FREIN AU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL.....	37
1.1. <i>La pauvreté : une diversité des approches</i>	<i>37</i>
1.1.1. L'approche monétaire (ou bien-être économique)	37
1.1.2. L'approche des capacités.....	38
1.1.3. L'approche basée sur l'exclusion sociale	39
1.2. <i>La pauvreté : un indicateur de développement ?</i>	<i>40</i>
1.3. <i>Appréhender les stratégies BoP selon l'approche des capacités et une vision intégratrice</i>	<i>42</i>
SECTION 2 : COMPRENDRE L'EVOLUTION DES STRATEGIES BOP.....	43
2.1. <i>Fondements des stratégies BoP.....</i>	<i>43</i>
2.2. <i>Les stratégies Bottom of the Pyramid, une approche de marché pour lutter contre la pauvreté .</i>	<i>45</i>
2.2.1. D'une approche top-down à une approche bottom-up, le développement du capitalisme inclusif	46
2.2.2. L'approche BoP 2.0, une création de valeur mutuelle par l'intégration du pauvre	47
2.2.3. L'approche BoP 3.0, un écosystème créateur de valeur partagée.....	49
SECTION 3 : L'INCLUSIVITE COMME MOTEUR DE CREATION DE VALEUR DES STRATEGIES BoP	51
3.1. <i>L'intégration des communautés BoP comme moteur d'inclusivité</i>	<i>52</i>
3.2. <i>Le capital social comme vecteur de création de valeur sociale</i>	<i>53</i>
3.3. <i>L'inclusivité comme moteur création de valeur économique et sociale</i>	<i>55</i>
SECTION 4 : LE CHALLENGE DE L'ACCESSIBILITE DANS LES STRATEGIES BOP.....	57
4.1. <i>Un mix marketing adapté pour toucher les populations BoP.....</i>	<i>57</i>
4.2. <i>Accessibilité physique, la recherche d'une distribution au last mile.....</i>	<i>58</i>
4.2.1. Accès et disponibilité, facteur d'accessibilité physique	58
4.2.2. Le défi de la distribution au last mile	59
4.3. <i>SCM durable, l'intérêt d'un réseau inclusif à la base de la pyramide</i>	<i>60</i>
4.3.1. Approche Triple Bottom Line et SCM durable.....	60
4.3.2. SSCM à la base de la pyramide	61
4.4. <i>Mutualiser l'accessibilité, un défi multidimensionnel et inter-organisationnel pour un développement inclusif TBL</i>	<i>62</i>
4.4.1. Mutualisation, le besoin d'une orientation TBL commune ?	62
4.4.2. Une distribution durable créatrice d'emploi et vecteur d'information	63
CHAPITRE 2 : . L'ACCESSIBILITE ET L'INCLUSIVITE DES STRATEGIES BOP DANS LE CADRE DE SERVICES DE SANTE PRIMAIRES	69
SECTION 1 : LA PRESTATION DE SERVICES, L'INTERET D'UNE PERSPECTIVE ECOSYSTEMIQUE	69

1.1.	<i>Le besoin de cocréation dans la prestation d'une offre de service.....</i>	70
1.2.	<i>Considérer les systèmes de service dans une logique dominante service centrée sur la cocréation de valeur.....</i>	71
SECTION 2 : LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTE, LE ROLE CLE DE LA COCREATION A L'ECHELLE DE L'ECOSYSTEME DE SERVICE		75
2.1.	<i>Les services de santé, des services professionnels complexes et difficiles à évaluer.....</i>	75
2.2.	<i>La cocréation de valeur dans la prestation des services de santé, vers l'intégration d'une dynamique multi acteurs écosystémique</i>	78
2.2.1.	<i>Informations, ressources clé de la cocréation de valeur praticien-patient.....</i>	78
2.2.2.	<i>Les facteurs et pratiques de cocréation de valeur du patient, l'influence de son réseau de valeur.....</i>	80
2.2.3.	<i>L'intérêt d'une perspective multi acteurs au sein de l'écosystème de service de santé</i>	83
2.3.	<i>La cocréation de valeur dans la prestation des services de santé, considérer l'ensemble de l'écosystème de santé.....</i>	84
2.3.1.	<i>Les facteurs de cocréation de valeur multi acteurs au sein de l'écosystème de service de santé.....</i>	84
2.3.2.	<i>L'intérêt d'une perspective multiniveaux pour appréhender la cocréation de valeur dans l'écosystème de santé</i>	86
2.3.3.	<i>Le rôle de la cocréation de valeur sur le bien-être de l'écosystème de service de santé.....</i>	88
2.4.	<i>L'accès des services de santé, un phénomène complexe et multidimensionnel.....</i>	89
2.4.1.	<i>Le modèle de Penchansky et Thomas comme base d'analyse de l'accessibilité d'un service de santé....</i>	89
2.4.1.	<i>Intégrer l'efficacité, l'équité et la sensibilisation comme autres dimensions de l'accès à la santé</i>	92
2.4.2.	<i>Appréhender l'accessibilité des services de santé via multiples dimensions</i>	93
SECTION 3 : LES DEFIS DE L'ACCES ET DE L'INCLUSIVITE DES SERVICES DE SANTE A LA BASE DE LA PYRAMIDE.....		94
3.1.	<i>Barrières à l'accès des services de santé à la base de la pyramide</i>	94
3.2.	<i>La difficulté des patients BoP à cocréer.....</i>	97
3.3.	<i>Service de santé BoP, le besoin accru d'un écosystème</i>	99
3.4.	<i>Le développement inclusif dans le cadre des services de santé BoP</i>	101
CHAPITRE 3 : CONCEVOIR UN BUSINESS MODEL A LA BASE DE LA PYRAMIDE		105
SECTION 1 : DEFINITION ET SPECTRE DU BUSINESS MODEL		106
1.1.	<i>Distinguer stratégie et business model</i>	106
1.2.	<i>Le business model, niveau d'abstraction et interprétations.....</i>	108
SECTION 2 : NOTION ET ROLE DE LA VALEUR DANS LE BUSINESS MODEL.....		110
2.1.	<i>La valeur au centre du concept de business model</i>	110
2.2.	<i>Caractériser la valeur selon la perception et l'expérience des parties prenantes</i>	113
2.3.	<i>L'appréhension de la valeur via l'approche basée sur les ressources culturellement informées et le principe de cocréation de valeur.....</i>	114
SECTION 3 : BUSINESS MODEL ET TRANSFORMATIONS SOCIALES.....		116
3.1.	<i>Vers la prise en compte de la valeur sociale dans le business model</i>	116
3.2.	<i>Valeur sociale, shared value, et transformation sociale.....</i>	118
3.3.	<i>Intention stratégique et création de valeur sociale.....</i>	121
3.4.	<i>Comprendre la valeur dans un business model BoP.....</i>	122
SECTION 4 : DES BUSINESS MODELS ALTERNATIFS ADAPTES AU CONTEXTE DE LA BASE DE LA PYRAMIDE ?.....		123
4.1.	<i>Innovation sociale et business model</i>	124
4.2.	<i>Combiner objectifs économiques et sociaux via un business model hybride.....</i>	125
4.3.	<i>L'intégration des plus démunis via un business model dit inclusif</i>	128
SECTION 5 : DEVELOPPER SA CAPACITE SOCIALE EN CONTEXTE BOP, UN PAS VERS L'ENCASTREMENT SOCIAL ?		132

5.1.	<i>Business model BoP et création de valeur TBL, la pertinence d'une approche basée sur les ressources sociales.....</i>	132
5.2.	<i>Encastrement local en contexte BoP, la pertinence du business model interactif</i>	133
5.3.	<i>Le business model comme outil d'analyse des BM BoP.....</i>	135
SECTION 6 : DELIVRER DES SERVICES DE SANTE AUX POPULATIONS BoP GRACE A UN BUSINESS MODEL ADAPTE.....		136
6.1.	<i>Un business model qui facilite la cocréation et les transformations sociales dans les services de santé</i>	136
6.2.	<i>La prestation de santé BoP, le besoin d'un BM adapté</i>	138
CONCLUSION DE LA PARTIE 1		143
DEUXIEME PARTIE - ENQUETE EMPIRIQUE.....		145
INTRODUCTION DE LA PARTIE 2		147
CHAPITRE 4 :EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE		149
SECTION 1 : EPISTEMOLOGIE ET RECHERCHE EN MANAGEMENT		149
1.1.	<i>La réflexion épistémologique en sciences de gestion</i>	149
1.1.1.	<i>L'existence de plusieurs paradigmes</i>	149
1.1.2.	<i>Une orientation constructiviste</i>	151
1.1.3.	<i>Le constructiviste pragmatique, un paradigme de portée générique</i>	152
1.2.	<i>Le management stratégique comme science du concevable</i>	155
1.2.1.	<i>Une science de l'action : la connaissance actionnable comme base heuristique</i>	155
1.2.2.	<i>Un agir stratégique pour un changement sociétal durable</i>	156
1.2.3.	<i>Une réflexion ontologique comme base du travail épistémique.....</i>	159
1.2.4.	<i>Formulation de nos hypothèses ontologiques.....</i>	160
1.3.	<i>Ancrage pragmatique et projet de connaissance à visée ingénierique</i>	162
1.3.1.	<i>Pragmatisme et construction du phénomène de recherche</i>	162
1.3.2.	<i>Influence des sciences de l'artificiel, une approche praxéologique du projet de connaissance.....</i>	163
1.3.3.	<i>Pragmatisme et principes issus de la recherche ingénierique</i>	164
1.3.4.	<i>Une visée ingénierique, la création d'un outil actionnable</i>	165
1.3.5.	<i>Légitimation de la recherche et constructivisme pragmatique</i>	167
1.4.	<i>Inquiétude axiologique.....</i>	168
1.5.	<i>Raisonnement logique et exploration hybride</i>	168
SECTION 2 : METHODES DE RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES EMPIRIQUES		171
2.1.	<i>Le choix d'une méthodologie qualitative basée sur une étude de cas multiples.....</i>	171
2.1.1.	<i>Une méthode qualitative pour comprendre l'action en situation</i>	171
2.1.2.	<i>Une recherche descriptive de contenu : décomposer et identifier des formes</i>	172
2.1.3.	<i>Le choix d'une recherche qualitative par études de cas multiples</i>	173
2.1.4.	<i>Echantillonnage théorique et sélection des cas.....</i>	174
2.1.5.	<i>Réflexion sur l'unité d'analyse</i>	176
2.2.	<i>La collecte des données.....</i>	177
2.2.1.	<i>La collecte de données secondaires</i>	177
2.2.2.	<i>La collecte de données primaires</i>	177
2.2.3.	<i>Gestion des biais durant la collecte des données primaires.....</i>	181
2.3.	<i>Une démarche itérative et comparative.....</i>	183
2.4.	<i>La conduite d'une analyse itérative de contenu.....</i>	184
2.4.1.	<i>L'utilisation d'une grille de lecture conceptuelle pour condenser et présenter les données</i>	184
2.4.2.	<i>Traitement des entretiens par un codage ouvert et thématique</i>	185
2.4.3.	<i>Un traitement manuel et l'utilisation du logiciel Nvivo</i>	187

2.5.	<i>La validité de la recherche</i>	187
2.5.1.	Le principe de multi angulation des données, sources, et techniques de collecte.....	188
2.5.2.	Généralisation théorique et connaissances génériques.....	188
CHAPITRE 5 :PRESENTATION DES CAS ETUDIÉS ET ANALYSES INTRA-CAS.....		191
SECTION 1 : CONTEXTUALISATION DE LA RECHERCHE		191
1.1.	<i>Le développement et la santé au Brésil et en Afrique du Sud</i>	192
1.2.	<i>Présentation du problème en contexte</i>	194
SECTION 2 : ANALYSE DU CAS CIES GLOBAL.....		195
2.1.	<i>Présentation de CIES Global</i>	195
2.1.1.	Historique de CIES Global et synthèse de son BM	195
2.1.2.	Focus sur la proposition de valeur de CIES global au Brésil : des services de santé de qualité et humanisés	196
2.2.	<i>L'étude des stratégies développées au sein des dimensions de valeur du business model de CIES Global Brasil</i>	198
2.2.1.	Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de CIES	198
2.2.2.	Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du BM de CIES	202
2.2.3.	Les stratégies mobilisées dans la création de valeur du BM de CIES	204
2.2.4.	Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du BM de CIES	210
2.2.5.	Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale.....	213
2.3.	<i>Conclusion de l'étude de cas CIES Global</i>	221
SECTION 3 : ANALYSE DU CAS DR.CONSULTA.....		221
3.1.	<i>Présentation de l'entreprise à vocation sociale Dr.Consulta</i>	221
3.1.1.	Présentation de Dr.Consulta et BM	221
3.1.2.	Focus sur la proposition de valeur de Dr.Consulta : des services de santé privés de qualité, rapide et à prix abordables.....	222
3.2.	<i>Etude des stratégies mises en place à chaque dimension du business model de Dr.Consulta</i>	224
3.2.1.	Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de Dr.Consulta	224
3.2.2.	Les stratégies mobilisées dans la dimension « découverte de valeur » du business model de Dr.Consulta	226
3.2.3.	Les stratégies mobilisées dans la dimension « création de valeur » du business model de Dr.Consulta	229
3.2.4.	Les stratégies mobilisées dans la dimension « appropriation de valeur » du business model de Dr.Consulta	238
3.2.5.	Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale.....	241
3.3.	<i>Conclusion de l'étude de cas Dr.Consulta</i>	248
SECTION 4 : ANALYSE DU CAS UNJANI.....		248
4.1.	<i>Présentation d'Unjani NPC et de son réseau de cliniques Unjani clinics en Afrique du Sud</i>	248
4.1.1.	Historique et synthèse du business model d'Unjani NPC et des cliniques Unjani	248
4.1.2.	Focus sur la proposition de valeur d'Unjani : des soins primaires à prix abordables aux populations à bas revenus en Afrique du Sud	249
4.2.	<i>Etude des stratégies mises en place à chaque dimension du business model d'Unjani</i>	250
4.2.1.	Les stratégies mobilisées dans la dimension découverte de valeur du business model d'Unjani	250
4.2.2.	Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du BM d'Unjani	254
4.2.3.	Les stratégies mobilisées dans la dimension création de valeur du business model d'Unjani	258
4.2.4.	Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du BM d'Unjani	266
4.2.5.	Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale.....	269
4.3.	<i>Conclusion de l'étude de cas Unjani</i>	277
SECTION 5 : ANALYSE DU CAS PHELOPHEPA.....		278

5.1.	<i>Présentation de Transnet-Phelophepa Healthcare Trains</i>	278
5.1.1.	Historique Transnet-Phelophepa Healthcare Trains et synthèse de son BM	278
5.1.2.	Focus sur la proposition de valeur de Transnet-Phelophepa Healthcare	278
5.2.	<i>L'étude du BM de Phelophepa</i>	279
5.2.1.	Les stratégies mobilisées dans la dimension découverte de valeur du BM de Phelophepa	279
5.2.2.	Les stratégies mobilisées dans la dimension proposition de valeur du business model de Phelophepa	283
5.2.3.	Les stratégies mobilisées dans la dimension création de valeur du business model de Phelophepa.....	287
5.2.4.	Les stratégies mobilisées dans la dimension appropriation de valeur du business model de Phelophepa	296
5.2.5.	Des stratégies émergentes pour une meilleure acceptation locale.....	300
5.3.	<i>Conclusion de l'étude de cas Phelophepa</i>	307
CONCLUSION DE LA PARTIE 2		308
TROISIEME PARTIE - CONSTRUCTION DU JEU PROPOSITIONNEL		309
INTRODUCTION DE LA PARTIE 3		311
CHAPITRE 6 ANALYSES INTER-CAS ET DISCUSSION DES ETUDES DE CAS		313
SECTION 1 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « DECOUVERTE DE VALEUR »		313
1.1.	<i>Cocréation du besoin avec les patients : une stratégie mineure</i>	314
1.2.	<i>Engager les communautés et multiplier les interactions écosystémiques, pour appréhender les besoins locaux</i>	315
1.3.	<i>Ambition stratégique des fondateurs, un moteur d'interactions écosystémiques</i>	316
1.4.	<i>Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « découverte de valeur » : interactions écosystémiques et intention stratégique</i>	317
SECTION 2 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « PROPOSITION DE VALEUR »		318
2.1.	<i>Favoriser l'implication continue des patients</i>	318
2.2.	<i>... mais aussi du personnel pour affiner la proposition de valeur</i>	319
2.3.	<i>Considérer les acteurs locaux pour ajuster la proposition de valeur</i>	320
2.4.	<i>Engager les communautés vulnérables pour leurs rôles multiples</i>	321
2.5.	<i>Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension proposition de valeur : engager et satisfaire plusieurs acteurs de l'écosystème</i>	322
SECTION 3 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « CREATION DE VALEUR »		323
3.1.	<i>Mobiliser des technologies médicales innovantes et des TIC pour délivrer la proposition de valeur</i>	323
3.2.	<i>Tirer parti de la gestion des ressources humaines pour encourager la cocréation dans les expériences de soin</i>	324
3.3.	<i>Créer un réseau de valeur national et international</i>	327
3.4.	<i>Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « création de valeur » : encourager les activités de cocréation multi acteurs</i>	328
SECTION 4 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES DEPLOYEES A LA DIMENSION « APPROPRIATION DE VALEUR »		329
4.1.	<i>Entretenir les relations écosystémiques</i>	329
4.2.	<i>Construire des modèles répliquables pour dupliquer son impact</i>	330
4.3.	<i>L'autonomisation comme levier de développement inclusif</i>	331

4.4.	<i>Enseignements tirés de l'analyse croisée des cas à la dimension « appropriation de valeur » : interagir, dupliquer et formaliser en faveur du Triple Aim</i>	331
SECTION 5 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES STRATEGIES EMERGENTES		332
5.1.	<i>Une infrastructure et une localisation physiquement accessible</i>	332
5.2.	<i>Design interne et processus de services soignés et standardisés</i>	334
5.3.	<i>Créer des aspirations</i>	335
5.4.	<i>Mobiliser le sens communautaire</i>	337
CHAPITRE 7 :UN OUTIL, CONCEPTS ET PROPOSITIONS GENERIQUES		339
SECTION 1 : UN BUSINESS MODEL BoP DEDIE A LA PRESTATION DE SERVICE DE SANTE PRIMAIRES		340
1.1.	<i>Le besoin d'un business model adapté</i>	340
1.2.	<i>Ajuster les dimensions de valeur d'Angeli et Jaiswal.....</i>	341
1.2.1.	<i>La découverte de valeur – appréhender le contexte local.....</i>	341
1.2.2.	<i>La proposition de valeur – Eduquer et créer des opportunités</i>	343
1.2.3.	<i>La création de valeur – Encourager la création d'arrangements institutionnels pour délivrer la prestation de services de santé inclusifs.....</i>	344
1.2.4.	<i>L'appropriation de valeur – Favoriser la répliation</i>	345
1.2.5.	<i>Ajouter des caractéristiques aux dimensions de valeur du BM d'Angeli et Jaiswal.....</i>	345
1.3.	<i>La dimension « Valeur écosystémique de la marque » comme nouvelle dimension de valeur du business model</i>	346
1.3.1.	<i>Améliorer les interactions et l'accès grâce à un design interne soigné et à des processus minutieux ...</i>	346
1.3.2.	<i>Créer une identité fiable et significative pour attirer les membres de l'écosystème</i>	347
1.4.	<i>Proposition d'un outil générique</i>	348
SECTION 2 : LES PROPOSITIONS FONDATRICES		351
2.1.	<i>Ajuster les dimensions de valeur du business model d'Angeli et Jaiswal</i>	351
2.2.	<i>Propositions fondatrices relatives à la dimension « découverte de valeur ».....</i>	352
2.3.	<i>Propositions fondatrices relatives à la dimension « proposition de valeur »</i>	355
2.4.	<i>Propositions fondatrices relatives à la dimension « création de valeur »</i>	357
2.5.	<i>Propositions fondatrices relatives à la dimension « appropriation de valeur »</i>	360
2.6.	<i>Propositions fondatrices relatives à la gestion des barrières de l'accès.....</i>	361
SECTION 3 : LES PROPOSITIONS D'ORDRE OPERATOIRE		366
3.1.	<i>Propositions opératoires relatives à la dimension « découverte de valeur »</i>	366
3.2.	<i>Propositions opératoires relatives à la dimension « proposition de valeur ».....</i>	369
3.3.	<i>Propositions opératoires relatives à la dimension « cocréation de valeur »</i>	371
3.4.	<i>Propositions opératoires relatives à la dimension « appropriation de valeur ».....</i>	375
3.5.	<i>Propositions opératoires relatives à la dimension « valeur écosystémique de la marque »</i>	378
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.....		381
CONCLUSION GENERALE		383
SECTION 1 : LES REPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE.....		386
SECTION 2 : LES IMPLICATIONS THEORIQUES DE LA RECHERCHE		391
2.1.	<i>Contributions à la littérature sur les stratégies BoP.....</i>	391
2.1.1.	<i>L'étude empirique d'une stratégie BoP dédiée à un service transformateur</i>	391
2.1.2.	<i>L'inclusivité pivot central de l'accessibilité d'un service de santé primaire à la base de la pyramide</i>	392
2.1.3.	<i>L'encastrement local, une condition indispensable à la prestation de soins inclusifs aux plus démunis</i>	393
2.1.4.	<i>Affiner la définition des services de santé inclusifs</i>	395
2.2.	<i>Contributions à la littérature sur les business models.....</i>	396

2.2.1.	Le besoin d'un business model adapté à la prestation de santé aux plus démunis.....	396
2.2.2.	Repenser le BM pour qu'il soit adapté à la prestation d'un service de santé aux plus démunis	397
SECTION 3 :	LES IMPLICATIONS MANAGERIALES DE LA RECHERCHE	397
SECTION 4 :	LA VALIDITE DE LA CONNAISSANCE ACTIONNABLE	399
SECTION 5 :	LES LIMITES METHODOLOGIQUES ET EMPIRIQUES DE LA THESE	400
SECTION 6 :	LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	401
REFERENCES		403
ANNEXES.....		415
LISTES DES ANNEXES		417