



**HAL**  
open science

# Le contrôle de gestion "médiateur" du changement : le cas d'un hôpital marocain

Farah Douma

► **To cite this version:**

Farah Douma. Le contrôle de gestion "médiateur" du changement : le cas d'un hôpital marocain. Gestion et management. Université Montpellier, 2020. Français. NNT : 2020MONTD033 . tel-03425153

**HAL Id: tel-03425153**

**<https://theses.hal.science/tel-03425153>**

Submitted on 10 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.

# THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

**En Sciences de Gestion**

**École doctorale « Economie et Gestion »**

**Unité de recherche Montpellier Recherche en Management**

**Le contrôle de gestion "médiateur" du changement :  
le cas d'un hôpital marocain**

**Présentée par Farah DOUMA**

**Le 01 Décembre 2020**

**Sous la direction de Ariel Eggrickx et Marc Bollecker**

**Devant le jury composé de**

Mr Gérald NARO, Professeur des Universités, Université de Montpellier  
Mr Benjamin DREVETON, Professeur des Universités, IAE de Poitiers  
Mr Christophe GODOWSKI, Professeur des Universités, IAE de Limoges  
Mme Marie BOITIER, Professeur, Toulouse Business School  
Mme Ariel EGGRICKX, Maître de conférences HDR, Université de Montpellier  
Mr Marc BOLLECKER, Professeur des Universités, Université de Haute Alsace

**Président**  
**Rapporteur**  
**Rapporteur**  
**Examineur**  
**Directrice de Thèse**  
**Co-Directeur de Thèse**



**UNIVERSITÉ  
DE MONTPELLIER**



*« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette these; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

*Pour ma mère et à la mémoire de mon père*

**Le contrôle de gestion "médiateur" du changement :  
le cas d'un hôpital marocain**

**Management control "mediator" of change:  
the case of a Moroccan hospital**

**Laboratoire de rattachement  
MRM – Montpellier Recherche Management**

**Université de Montpellier  
Place Eugène Bataillon  
34095 – Montpellier**

## Remerciements

Arrivée au terme de cette recherche, je tiens à exprimer en premier ma reconnaissance à ma directrice de thèse Ariel Eggrickx. Merci pour votre disponibilité, votre encadrement et vos conseils. Je vous remercie également pour votre bienveillance et votre soutien grâce auxquels j'ai pu persévérer malgré mes engagements professionnels très prenants. Enfin, je vous remercie de m'avoir donné la chance de présenter mon travail de recherche en acceptant mon projet de thèse. Aucun mot ne pourra vous exprimer ma gratitude.

J'adresse mes remerciements et mes respects à mon co-directeur de thèse, Marc Bollecker, pour tout son appui. Ses conseils éclairés et ses orientations m'ont permis de faire aboutir ce projet dans les meilleures conditions et avec les bons atouts.

Mes remerciements vont également à Messieurs les Professeurs Christophe Godowski et Benjamin Drevet qui me font l'honneur d'être rapporteurs pour ce travail et qui m'ont beaucoup aidé au travers de leurs remarques.

Mes sincères remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur Gérald Naro, président de mon jury de thèse et Madame la Professeur Marie Boitier qui a accepté d'y participer.

Je loue également la richesse des échanges au sein de MRM, et à l'occasion des écoles doctorales et des comités de suivis. On en sort à chaque fois avec de meilleures perspectives grâce aux questionnements, aux conseils qui nous challengent et aux remarques constructives.

Dans le cadre professionnel, je tiens à remercier d'abord mes supérieurs hiérarchiques qui m'ont soutenu et se sont intéressés à mon travail de recherche. Aux responsables qui ont bien voulu m'accorder des entretiens principalement Mr Samir Jamal (consultant externe), Pr El hassani Amine (Directeur général) et Pr Al Baroudi Saad (Directeur médical) qui se sont livrés en toute transparence. Tous mes collègues qui se sont impliqués pour répondre à mes entretiens ou appliqués dans le cadre de discussions pour approfondir mon analyse.

Je remercie également le consultant externe, le directeur de pharmacie Dr Cheikh Amine et le responsable contrôle de gestion Mr Hamdaoui Mohamed qui ont donné leur avis sur les résultats de notre recherche dont les conseils et les remarques pertinentes m'ont permis d'étayer mon analyse et ma recherche.

Je remercie ma collègue et amie Imane El Bekkali pour sa contribution et le temps consacré à l'indispensable relecture de ce travail qui m'a permis d'affiner mes propos. Et aussi El Belouani Wafae pour sa participation.

Enfin je ne voudrais surtout pas oublier ma famille et mes amis qui attendent avec impatience la réalisation de ma soutenance. Particulièrement, mon mari Hicham qui me soutient et m'encourage de façon inconditionnelle. Mes deux filles Nihal et Jana qui ont dû s'accommoder d'une mère absorbée par son travail et sa thèse. Mes frères et sœurs qui m'ont épaulé chacun à leur manière.

Enfin, je dédie ce travail à la mémoire de mon père qui nous a quittés durant mes années de préparation de thèse et qui m'a souvent encouragé pendant cette période et aussi ma mère atteinte de la maladie d'Alzheimer pour laquelle l'obtention de mon doctorat aura été une fierté et que je considère comme mon premier booster dans la vie.



## Résumé

A travers le cas singulier d'un hôpital à but non lucratif qui a démarré un projet de restructuration en 2008, cette thèse porte sur le rôle du système de contrôle de gestion dans la diffusion d'une vision financière et la conduite du changement dans une organisation pluraliste.

Si le système de santé marocain connaît de multiples mutations et réformes à l'instar d'autres pays, le point commun de ces réformes est l'intégration du *new public management* qui s'inspire de la gestion des entreprises privées, attestant de l'expansion de la financiarisation dans le domaine de la santé.

Les résultats de la recherche de type observation participante et post-participante (complétée par plus de 20 entretiens de type libre et semi-directif) montrent comment le système de contrôle de gestion devient un médiateur du changement. Mais ce rôle de médiateur ne peut se réaliser sans la présence de certaines conditions nécessaires.

La mobilisation de la théorie de l'acteur réseau permet de mettre en évidence les interactions, les jeux de pouvoirs, les alignements d'intérêt à travers l'analyse des controverses et leurs résolutions. Elle permet également la réalisation d'une analyse fine à travers l'identification des différents moments de la traduction.

Par la mise en visibilité des résultats du changement (autofinancement de l'extension), le système de contrôle de gestion acquiert un statut de porte-parole, avec la réplique du modèle à d'autres hôpitaux privés à but non lucratif. Ainsi le développement et l'évolution de l'hôpital conduit à la création d'un écosystème capable de répondre aux besoins des différents groupes d'acteurs, et permettant au réseau de s'élargir.

**Mots clés :** système de contrôle de gestion, financiarisation, organisation hospitalière, théorie de la traduction.

## Abstract

Through the singular case of a not-for-profit hospital that started a restructuring project in 2008, this thesis focuses on the role of the management control system in the dissemination of a financial vision and management of change in a pluralistic organisation.

If the Moroccan health system is undergoing multiple changes and reforms like other countries, the common point of these reforms is the integration of new public management, which is inspired by the management of private companies, attesting to the expansion of financialisation in the health sector.

The results of research of the participant and post-participant observation type (supplemented by more than 20 interviews of the free and semi-directive type) show how the management control system becomes a mediator of change. However, this role of mediator cannot be fulfilled without the presence of certain necessary conditions.

The mobilization of the network actor theory makes it possible to highlight interactions, power games, alignments of interest through the analysis of controversies and their resolution. It also allows for a fine analysis to be carried out through the identification of the different moments of the translation.

By making the results of the change visible (self-financing of the extension), the management control system acquires the status of a spokesperson, with the replication of the model to other private non-profit hospitals. In this way, the development and evolution of the hospital leads to the creation of an ecosystem capable of satisfying several groups of actors, allowing the network to expand.

**Key words :** management control system, financialisation, hospital organisation, actor network theory.

## Sommaire

<b>Introduction Générale</b> .....	11
<b>PARTIE I : Ancrage théorique, conceptuel et méthodologique</b> .....	27
<b>Chapitre 1 La financiarisation des hôpitaux, organisation pluraliste</b> .....	28
Section 1 : Financiarisation de l'économie et du système de santé.....	30
Section 2 : Le système hospitalier marocain au défi de la financiarisation .....	44
<b>Chapitre 2 Transformer des organisations pluralistes par le contrôle de gestion ?</b> .....	57
Section 1 L'organisation pluraliste au défi de la financiarisation.....	59
Section 2 : Les fondements et développements de la théorie de la traduction.....	71
Section 3 : Le rôle des systèmes de contrôle de gestion dans le changement.....	85
<b>Chapitre 3 Le design de la recherche</b> .....	115
Section 1 : Présentation de l'hôpital universitaire international Cheikh Zaid.....	117
Section 2 : Etude longitudinale et observation (post) participante.....	133
Section 3 : Analyse et traitements des données.....	143
<b>Partie II : Résultat de la recherche</b> .....	150
<b>Chapitre 4 La financiarisation : point de passage obligé à l'HUICZ</b> .....	151
Section 1 : Diagnostic de la situation avant la restructuration .....	153
Section 2 : Orientation vers une logique financière .....	165
Section 3 : Un point de passage obligé porté par des alliés .....	176
<b>Chapitre 5 Le processus d'implémentation du contrôle de gestion, « médiateur » du changement</b> .....	187
Section 1 : Une mobilisation progressive autour du PPO .....	189
Section 2 : Importance des investissements de forme.....	196
Section 3 : Identification des controverses et mode de résolution .....	201
Section 4 : Vers une irréversibilité du changement.....	217
<b>Chapitre 6 Organisation pluraliste : Vers un contrôle de gestion « médiateur »</b> .....	234
Section 1 : Conditions initiales pour l'introduction du contrôle de gestion au sein d'une organisation pluraliste .....	236
Section 2 : Contrôle de gestion « médiateur » du processus de traduction .....	245
Section 3 : Organisation pluraliste : vers une évolution de la financiarisation pour assurer son irréversibilité?.....	259
<b>Conclusion générale</b> .....	277

## **Introduction Générale**

Dans le secteur de la santé, différentes réformes introduisent le New Public Management qui s'inspire de la logique entrepreneuriale. Il est basé « sur les principes du néo-libéralisme de Friedrich Von Meyer et Milton Friedman qui condamnent le rôle de l'Etat dans la vie économique : pour sa part, il doit être régi par la régulation du marché» (Merrien, 1999, p. 98). Ces réformes poussent progressivement à une financiarisation, notamment des hôpitaux, c'est-à-dire à une plus forte intégration de la logique financière. Désormais, selon Merrien (1999), dans la perspective du New Public Management, les secteurs public et privé sont pareils. Ils accordent une importance majeure aux résultats financiers et prône la création d'unités indépendantes gérées par des managers ayant les mêmes prérogatives qu'un chef d'entreprise.

C'est dans cette voie que se dirige le système de santé au Maroc qui connaît de multiples mutations et réformes. En particulier, les hôpitaux publics marocains sont devant un important chantier de réorganisation et de changement et doivent relever les défis liés à la complexité de la problématique du changement et celle des organisations hospitalières. Dans le sens de l'introduction du New Public Management, la réforme hospitalière s'oriente vers la maîtrise du processus de gestion et l'amélioration de la performance des structures hospitalières dans l'objectif de rendre les hôpitaux publics compétitifs, **en équilibrant le flux financier** pour le développement de l'autonomie hospitalière et l'amélioration du management des hôpitaux. En effet, le New Public Management est une nouvelle vision qui s'insère dans la plupart des établissements publics et qui est fondée « sur un ensemble de doctrines, développé par accumulation, qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative à partir d'un ensemble hétérogène de représentations tirées des théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de prescriptions de pratiques expérimentées dans des réformes en particulier dans les pays anglo-saxons et de rationalisation doctrinale réalisée par des organisations transnationales » (Bezes *et al.*, 2011 in Routelous 2013, p. 5).

## **1. Genèse de la question de recherche**

### **1.1 L'émergence du managérialisme**

Porté par une vision néolibérale (Savoie, 1994), le managérialisme est issu des courants de réforme (Kettl, 1997). Selon Exworthy et Halford (1999), l'essor de la gestion est la conséquence du managérialisme qui nous transfère d'un management taylorien vers un management entrepreneurial où l'on constate que la bureaucratie ne fait plus ses preuves. Pour Djelic (2003, p. 13), « Il existe une tendance aujourd'hui à présenter la managérialisation du

secteur public comme le reflet d'une évolution linéaire allant dans le sens d'un progrès. L'idée est que cette évolution nous éloigne de l'irrationalité du politique pour aller dans le sens de l'expertise neutre et rationnelle de la technocratie. Cette évolution nous éloigne de la bureaucratie pour nous diriger vers le management ; elle nous éloigne du gaspillage pour que triomphe l'efficacité [.....]. Ces logiques de marchés et de management sont présentées et perçues comme étant supérieures par nature et la modernisation ne semble pouvoir aller que dans un seul sens - à travers l'influence progressive du secteur privé sur la sphère publique. » . Dans ce contexte, plusieurs auteurs mettent en évidence la difficulté de l'injonction d'un modèle en forte opposition avec les cultures préexistantes ancrées dans des établissements publics (Suleiman, 2003 ; Denhardt, 2000 ; Peters, 1996). L'enjeu démocratique reste le souci principal des réformes (Fortier, 2010), ainsi que la difficulté à mettre en place des nouvelles pratiques managériales du fait des résistances et de l'insuffisance de moyens (Piroux, 2012 b).

Dans le secteur de la santé, les projets de réformes n'ont pas atteint toutes les espérances (Drache et Sullivan, 1999 ; Farmer et Rylko-Bauer, 2001 ; Baker, 2001), en l'occurrence à cause de l'inertie des structures de soins (Contandriopoulos, 2002). En effet, les organisations hospitalières sont décrites comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), une organisation qui présente de nombreuses difficultés pour la mise en place d'un système de contrôle de gestion ou l'introduction d'une vision issue de la gestion de l'entreprise. D'après le cadre de Thompson et Tuden (1959), repris par Burchell et *al.* (1980), il s'agit d'une organisation qui combine une forte complexité dans le processus de transformation, avec un faible accord sur les buts de l'organisation. Selon Alford (1975), les médecins sont un cas classique de monopole professionnel qui a une position dominante au sein de la structure. De ce fait, plusieurs auteurs dont McAdam, Scott (2005), insistent sur le fait que les efforts de changement ne peuvent être efficaces que si on prend en compte les caractéristiques spécifiques de ces organisations avec leurs insolites participants et leurs structures distinctes. Aussi, plusieurs chercheurs (Contandriopoulos, 2002 ; Denis et Langley, 2002 ; Ferlie et Fitzgerald, 2002; Lamothe, 2002; Minvielle et Contandriopoulos, 2004) préconisent des stratégies de changement participatives et décentralisées afin de rassembler de nombreux acteurs autour des mêmes objectifs et de mettre en minorité les résistants. D'autres auteurs comme Derber et Schwartz (1991) mettent en évidence qu'il est possible de combiner les objectifs des professionnels et ceux de l'organisation. Dent (2003) parle d'une « responsabilisation de l'autonomie » qui met en commun des notions d'efficience et de survie économique de l'organisme.

Plusieurs recherches ont été réalisées pour analyser l'impact des réformes issues du NPM sur les professions de santé (Belorgey, 2010 ; Blomgren, 2003 ; Oomkens, 2010 ; Kirkpatrick *et al.*, 2009). Dans un contexte américain, Scott *et al.* (2000) mettent en évidence la déchéance du pouvoir professionnel au profit de l'augmentation des pouvoirs managériaux, entrepreneuriaux et de marché. Selon Bezes *et al.* (2011), cela s'est traduit à deux niveaux : au niveau des pratiques de travail et au niveau de la régulation institutionnelle.

En effet, l'introduction du NPM a orienté les organisations vers une logique de résultats à la place d'une logique de moyens, ce qui s'est manifesté par l'introduction massive d'indicateurs comptables impactant les pratiques de travail de diverses façons, la « déprofessionnalisation ». Certains courants mettent en évidence à partir des années 90 la domination des techniques comptables sur les professionnels, techniques intégrant la notion de « contrôle à distance » ou de « bonnes pratiques » (Harrison, 1998), la « segmentation » avec des instruments de contrôle conduisant à « une segmentation des professions entre élite et leur base » (Bezes *et al.*, 2011, p. 309), « les phénomènes de restratification et de redéfinition des hiérarchies qui s'opèrent par le jeu de luttes de concurrence entre groupes professionnels pour le contrôle de nouvelles juridictions » (Bezes *et al.*, 2011, p. 309), ou encore le « découplage » entre instruments et pratiques professionnelles. Ainsi, Moisdon (2010) met en évidence que la tarification à l'activité (T2A) « n'atteint pas le cœur de l'activité » en raison de « l'asymétrie d'information entre le management et les professionnels » et de la « balkanisation inhérente à la professionnalisation, qui joue à l'encontre de moyens de coordination simples » (Moisdon, 2010, p. 223).

## **1.2 Les réformes engendrent un processus de changement**

D'importantes réformes touchent les établissements de santé qui sont tenus actuellement d'apporter une qualité de service tout en maîtrisant les coûts et en assurant une efficacité financière. Cela suppose l'engagement des établissements hospitaliers dans un processus de changement afin de pouvoir répondre aux défis. En effet, ces contraintes ne peuvent être réalisées, selon Autissier *et al.* (2010), qu'avec un changement radical de la stratégie qui doit être accompagné d'une modification de la culture organisationnelle. Et puisque les hôpitaux sont des structures hiérarchiques tricéphales (administratifs, corps médical et personnel paramédical), il est difficile de gérer le changement qui doit être dans ce cas de figure selon

Béatrix *et al* « progressif et consensuel [...] en raison de l'expertise métier du personnel. » (Béatrix *et al.*, 2004, p 719). Le thème du changement dans les organisations a fait l'objet d'une littérature riche et plusieurs courants sont apparus. Aussi, la problématique du changement est sous plusieurs angles. Un premier, très généraliste, porte sur l'importance du changement, un second se focalise sur les mécanismes du changement et un troisième décrit les outils de conduite du changement.

Autissier *et al.* (2010) distinguent quatre types de changement : le changement continu, le changement proposé, le changement dirigé et le changement organisé. **Le changement continu** (Alter, 2005 ; Argyris, 2002; Hatch, 1997) émerge de façon inopinée suite à un événement externe ou interne où « l'intérêt du projet grandit avec l'envie d'engager des actions en vue de faire « bouger les choses », sans trop avoir une idée très précise des méthodes, échéances et ressources à mobiliser. » (Autissier *et al.*, 2010, p. 13). Ce changement se propage et conduit l'organisation dans un mouvement perpétuel. Alter (2005) assimile le changement à « un flux de changements, celui des hommes et de leurs actions, dans lequel on peut repérer le point de départ, mais ni le point d'aboutissement, ni les contours, ni la durée nécessaire pour atteindre le point d'arrivée...L'état B n'étant donc pas définissable, on ne peut décrire que le mouvement issu de A. » (Alter, 2005, p. 129). Quant à Argyris (2003), il met en évidence le système d'apprentissages individuels en boucle simple et en boucle double qui sont capables d'engendrer des changements. **Le changement proposé** (Burgelman, 2002 ; Balogun, 2003 ; Lewin, 1947, etc.) se fait à partir des orientations de la direction, des résultats à atteindre et un planning à honorer ; les acteurs ont la latitude dans le choix des ressources et des modalités pour déployer et accomplir le changement. C'est ainsi que Balogun (2003) et Burgelman (2002) mettent en évidence le processus de négociation des acteurs de l'organisation et des cadres intermédiaires dans le processus de changement. Greenwood et Hinings (1993) assimilent l'organisation à un archétype où le changement crée une rupture et est considéré comme une évolution, voire même une révolution qui peut être négociée par les acteurs de l'organisation. Dans un **changement dirigé** (Allaire et Firsirotu, 1987 ; Beckhard, 1975; Hannan et Freeman, 1984), la direction maîtrise tous les rouages du changement et la discussion et le compromis sont quasi inexistantes. En effet, pour Allaire et Firsirotu (1987), l'échec d'un processus de changement est dû au manque de préparation de structures et modes d'organisations adéquats à la nouvelle stratégie. Pour le courant du développement de l'organisation, le changement doit être un effort organisé par la direction. (Beckhard, 1975, p. 12) définit cette notion d'effort par « un effort planifié de la totalité de l'organisation dirigé du sommet pour augmenter l'efficacité



de l'organisation et sa santé, par l'intervention programmée dans le processus de l'organisation utilisant le savoir de la science du comportement ». **Le changement organisé** intervient quand la finalité du changement et ses objectifs n'étant bien définis, des méthodes de travail et des expérimentations sont proposées permettant de trouver *in fine* des objectifs et une dynamique de changement. Ainsi, des auteurs comme Bateson (1977), Watzlawick *et al.* (1975) mettent en évidence la relation étroite entre l'apprentissage et le changement ; le changement est un processus dynamique qui doit être redéfini à chaque blocage jusqu'à l'atteinte du changement voulu. Selon Autissier *et al.* (2010), les travaux de Van de Ven complètent les différents modèles de changement en prenant en considération le changement comme un phénomène complexe qui prend en compte le type de moteur du changement, prescrit ou construit, ainsi que l'unité ou les unités de changement concernées (individu, groupe, organisation).

Les caractéristiques fonctionnelles et technologiques ainsi que sociopolitiques et culturelles des organisations de soins rendent la transformation difficile à réaliser. En effet, à travers une analyse plutôt d'ordre politique, plusieurs auteurs mettent en évidence la difficulté de la conduite du changement dans des structures de soins, systèmes complexes (Benson, 1975 ; Denis *et al.*, 1998b; De Roo et Maarse, 1990; Marsh et Rhodes, 1992) du fait de leur nature d'organisation professionnelle au sens de Mintzberg. Dans ces organisations, les acteurs ont tendance à rester sur les positions acquises et à reproduire les conditions d'équilibre initialement existantes. Ainsi, les relations interprofessionnelles (Burns, 1989 ; Lamothe, 1999 ; 2002a) confèrent aux professionnels du centre opérationnel un pouvoir de décision clinique qui a tendance à s'étendre vers la sphère administrative (Mintzberg, 1982). Aussi, l'existence de plusieurs catégories de professionnels conduit à une organisation sociale propre à chaque catégorie au sein d'une organisation plus élargie (Bucher et Stelling, 1969). D'autres auteurs se focalisent sur la dynamique du savoir (Benett et Howlett, 1992 ; Hall, 1993 ; Lemieux-Charles *et al.*, 2002; Moisdon *et al.*, 1995) et mettent en évidence les dynamiques engendrées dans un processus de changement qui se manifestent de façon aléatoire et non anticipée, compte tenu des notions de pouvoirs, de conflit et autres qui interviennent dans toute dynamique de connaissance (Moisdon *et al.*, 1995) ou processus d'apprentissage Holzner et Marx in Benett et Howlett, 1992. Touati *et al.* (2005) montrent l'intérêt des stratégies de changement décentralisées et participatives qui confèrent une autonomie « à l'initiative d'un processus d'apprentissage ». À travers une étude de cas de trois hôpitaux, Minvielle et Contandriopoulos (2004) établissent une analyse de la dimension sociale et humaine du changement et mettent en évidence six principes de gestion du changement :

- « **La transformation des évènements environnementaux en conditions favorables au changement** » : l'environnement exerce lors du processus de changement des influences fluctuantes, il revient aux prometteurs du changement à saisir ces évènements et les transformer en faveur du projet.
- « **Gérer des temporalités** » : concernant la gestion du temps lié au projet, le promoteur doit avoir des agilités lui permettant de donner le rythme adéquat au projet de changement à travers des phases de compression et de décompression. En plus du temps du projet, le promoteur doit tenir compte et savoir gérer les temporalités des autres acteurs liés au changement.
- « **Développer l'apprentissage de la connaissance d'une nouvelle réalité** » le changement engendre une dynamique d'apprentissage, les auteurs mettent en évidence le rôle des nouvelles instances créées dans le cadre du projet qui confèrent aux acteurs une occasion « d'échapper à un positionnement institutionnel propice à la dynamique d'apprentissage [...] les médecins se mettent en effet en position d'intégrer une vision institutionnelle politique de l'établissement dans leur raisonnements cliniques ou organisationnels » (Minvielle et Contandriopoulos, 2004, p. 44). En résumé, il s'agit de mettre en place des modalités de gestion qui favorisent la dynamique d'apprentissage auprès des professionnels de soins, éléments clés dans la conduite du changement.
- « **Arbitrer entre des approches volontaristes et négociées** » : dans le cadre du processus de changement les promoteurs ont recours à « des démarches imposées ou négociées ainsi qu'à une orientation vers une approche déductive ou inductive selon les formes du changement en cause » (Minvielle et Contandriopoulos, 2004, p. 46), il revient à ce dernier de choisir ou d'alterner entre ces deux approches, et cela en fonction des contraintes du projet ou du contexte de tension sociale.
- « **Nouer des alliances pour créer un leadership collectif** » : le projet peut être plus facilement développé si le promoteur a des alliés importants ; « Si ce même promoteur fait aussi preuve de maîtrise dans la gestion des aspects techniques du projet – les travaux de construction du nouvel hôpital, la négociation de la contrainte budgétaire avec la tutelle, la mise en place d'un système d'information, il peut retourner les résistances en sa faveur » (Minvielle et Contandriopoulos, 2004, p. 47). Les auteurs mettent en évidence le rôle de l'intéressement et de recherche d'alliés défini par Akrich, Callon et Latour (1988).
- « **La présentation du projet : entre explicitation et incomplétude** » : les promoteurs du changement s'engagent dans une politique de communication explicite leur

permettant d'acquiescer l'adhésion nécessaire auprès des différents acteurs et laissant également de l'espace pour ne pas figer le changement. Les auteurs précisent que les promoteurs entretiennent un certain degré d'imprécision autour du projet.

Enfin, pour conclure, les six principes cités précédemment sont combinés par les promoteurs pour gérer le changement, il faut en quelque sorte une gestion « sur mesure ».

### **1.3 Inspiration du secteur privé et mobilisation des instruments de gestion**

L'idéologie managériale conduit l'organisation publique à adopter un mode de gestion et de management issus de l'entreprise afin de maîtriser les ressources allouées et atteindre les objectifs escomptés, en rationalisant les activités où désormais les acteurs sont responsables et doivent rendre compte de leurs actions selon le « principe d'*accountability* ». Ainsi, le recours à la comptabilité augmente, Power et Laughlin (1992) parlent d'un phénomène d'*accountingization* ou de colonisation comptable (Naro, 2010), car cette dernière permet de rendre les performances « calculables et comparables » selon (Miller, 2001, p. 381). En effet, face à ce nouveau mode de gestion inspiré du privé, « le contrôle de gestion s'impose alors comme le fer de lance des réformes de modernisation des services publics. Les modes de contrôle des résultats semblent prendre le pas sur le contrôle bureaucratique par les règles » (Georgescu et Naro, 2012, p. 90).

Dans le domaine de la santé, plusieurs auteurs se sont intéressés à cette expansion comptable (Hood, 1995 ; Power et Laughlin, 1992), le managérialisme impose une logique gestionnaire aux professionnels (Sainsaulieu, 2007), à travers la mise en place d'outils pour l'évaluation du travail des professionnels de soins. Takagi (2006) parle d'un passage d'une domination par les professionnels vers une ère managériale valorisant les gestionnaires : « *l'accent mis par les supérieurs sur les critères de performance quantitatifs comptables et financiers et qui sont prédéfinis en tant qu'objectifs budgétaires* » (Harrison, 1993, p. 319). Ces mesures managériales, selon Kurunmäki (1999), modifient fortement la logique de soins, instaurent un système de quasi-marché et démontrent à travers le cas de la Finlande la survenue d'un phénomène d'hybridation de la profession médicale (Kurunmäki, 2004). Georgescu et Naro (2012, p. 88) parlent d'un triple phénomène d'hybridation : « l'hybridation de la profession médicale, avec l'émergence d'un «*médecin-gestionnaire*» (Opdahl Mo, 2008; Loubet, 2007) ; l'hybridation de la structure organisationnelle où coexistent les fondamentaux de la bureaucratie professionnelle et ceux d'une configuration en division dans le cadre de la

structuration en pôles d'activité ; l'hybridation des systèmes de gestion et d'information où logiques comptables et médicales se confondent dans une approche médico-économique (Kurunmäki et Miller, 2008 ; Miller *et al.*, 2008) ». Si le recours aux outils de gestion et au contrôle de gestion sont mis en évidence dans le cadre de la modernisation des organisations publiques (Peaucelle, 2003), plusieurs auteurs se sont penchés sur le rôle du contrôle de gestion dans une vision de gouvernance ; une relation qui dépasse la vision classique et conventionnelle de discipline et de conformité (Pesqueux, 2002 ; Bisbe et Otley, 2004 ; Busco *et al.*, 2007 ; Bouquin et Fiol, 2007 ; Donada *et al.*, 2008). Quemener (2010) met ainsi en évidence une autre conception de l'articulation entre la gouvernance et le contrôle de gestion en tant qu'« espace d'action reposant sur des enjeux plus cognitifs liés à l'apprentissage et l'innovation » (Quemener, 2010, p.28). Aussi, Callon et Latour (1986) préconisent que le déploiement d'une innovation ne suit pas un processus de haut en bas mais un processus qui se construit à travers des controverses, des modifications de la technique, d'interactions et un ajustement des intérêts : « il trace comment les technologies (telles que la comptabilité) sont formées et stabilisées dans des réseaux diffus de personnes et de machines » (Cooper et Hooper, 2007, p. 221)<sup>1</sup>. Dans cette perspective, Quemener (2010) montre que « la contribution des dispositifs de contrôle de gestion au déploiement des principes de gouvernance est soumise aux modalités de constitution d'un réseau sociotechnique. [...] le contrôle de gestion n'est pas simplement une déclinaison disciplinaire de principes de gouvernance, mais aussi le résultat d'un processus de conception interactif engagé dans l'action » (Quemener, 2010, p. 25). Ainsi, l'usage des outils de gestion engendre des changements de différentes envergures au sein des organisations par l'introduction d'un langage nouveau et une nouvelle conception de l'organisation capable de vaincre les résistances (Dambrin *et al.*, 2007). D'autre part, Lozeau, Langley et Denis (2002) mettent en évidence quatre modes d'influence de l'outil sur l'organisation :

- Le mode de transformation où l'outil change l'organisation en convertissant les valeurs et les modes de fonctionnement.
- L'adaptation mutuelle où l'outil s'adapte à l'organisation, et en retour, l'organisation s'ajuste, c'est le concept de « customization » selon Westphal, Gulati et Shortell (1997).
- Le « couplage ritualisé » selon Meyer et Rowan (1977) : une adoption légère de l'outil, voire factice, où les activités y afférentes deviennent comme un rituel.

---

<sup>1</sup> Traduction de « *it traces how technologies (such as accounting) are formed and stabilised in diffuse networks of people and machines* »

- Le mode corruption où la technique s'intègre de façon politique pour maintenir le pouvoir en place.

Nous nous positionnons clairement sur les deux premières situations d'influence des outils car dans notre recherche, l'action managériale a exercé un changement important sur l'organisation, contrairement aux deux derniers modes qui n'ont pas un réel impact sur l'organisation. Dans les organisations pluralistes, Reay et Hinings (2009) s'intéressent à la gestion des tensions entre les différents acteurs en raison des différences de logiques et de valeurs et mettent en évidence le rôle de révélateur ou de déclencheur des artefacts. Dans ce sens, Michaud (2011) montre que les outils sont les médiateurs des tensions car ils sont porteurs d'un langage dépersonnalisé, simplifié et standard des situations complexes.

#### **1.4 Contexte et question de recherche**

Durant nos dix années d'expérience au sein d'une structure hospitalière à but non lucratif en tant que cadre financier, puis chef de service audit et contrôle de gestion et enfin directeur organisation contrôle et qualité, nous constatons une forte évolution au sein de la structure au gré des différentes stratégies et objectifs impulsés par les différents directeurs nommés pour diriger cet organisme. Si l'hôpital, objet de notre recherche, est une structure privée appartenant à une fondation à but non lucratif, elle est soumise aux exigences et contraintes imposées aux structures publiques dans le cadre du New Public Management, à savoir intégrer une logique de gestion et assurer une autonomie économique tout en maintenant la même attractivité et la même qualité de service médical aux patients. L'organisme doit combiner une philosophie issue du service public et un fonctionnement soumis aux règles du droit privé avec l'absence de finalité lucrative. En l'absence de subvention financière externe, la structure s'est vue dans l'obligation d'assurer son équilibre financier.

Aussitôt après la création du service audit et contrôle de gestion, l'hôpital élabore son premier reporting financier avec des indicateurs hospitaliers. La création de ces outils de gestion s'explique principalement par une quête de légitimité du jeune service audit et contrôle de gestion, mais également par mimétisme avec des pratiques en vigueur dans des structures semblables. A la création de ce service, les professionnels médicaux ont le leadership sur toutes les décisions engageant l'hôpital même dans le domaine de la gestion. La recherche débute avec une nouvelle étape dans l'histoire de l'hôpital : l'impulsion d'un processus de changement avec l'objectif d'atteindre un équilibre financier et de garantir la pérennité de l'hôpital. Dans ce

contexte, différents outils du contrôle de gestion sont mis en place, afin d'intégrer et diffuser ces objectifs dans la structure et auprès des différentes parties prenantes. Dans cette phase de changement, le système de contrôle de gestion est mobilisé comme « une des clés de la gouvernance, un levier essentiel manœuvré par les dirigeants, la composante la plus subtile du contrôle interne » (Bouquin, 2008, p. 17).

Dans le cadre de cette recherche, nous mettons à profit notre expérience d'une dizaine d'années comme cadre puis directeur pour analyser en profondeur la transformation de l'hôpital, le développement d'une culture managériale et l'instauration d'une vision financière. Pour ce faire, nous mobilisons la théorie de l'acteur réseau qui permet de rendre compte du processus d'intéressement, d'enrôlement d'alliés, de résolution des controverses (Akrich *et al.*, 1988), des éléments clés pour passer d'une organisation dominée par les professionnels de santé pour toute question technico-administrative à une organisation prenant aussi en compte les contraintes financières, l'obligation d'atteindre un équilibre financier pour assurer la pérennité de l'hôpital. Il s'agit d'analyser à travers l'introduction d'outils de gestion les interactions qui émergent et les consensus qui en résultent, favorisant ou non l'acceptation et l'utilisation des outils. En effet, selon Drevet (2008) « l'interaction entre l'outil de contrôle de gestion et les représentations des acteurs est un facteur de succès des processus d'instrumentation ». Ainsi les systèmes de contrôle sont le résultat d'une construction sociale et d'une interférence entre organisation et outils, acteurs et outils et groupe d'acteurs et outils.

Nous avons pour objectif d'explorer dans le cadre de la problématique centrale de cette thèse, **comment le contrôle de gestion peut contribuer au changement dans une organisation pluraliste sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives ?** Elle suppose dès lors d'examiner les conditions et leviers pour réussir à impulser une logique financière dans ce type d'organisation.

Dans la littérature plusieurs auteurs se sont penchés sur le rôle du système de contrôle de gestion dans un processus de changement. Touchais et Herriau (2009) définissent les différents rôles du contrôle de gestion dans une dynamique de changement. Moisdon (1997) et David (1998) soulignent le rôle structurant des outils de gestion dans les processus de changement organisationnel ; Ogden et Anderson (1999) montrent que le système de contrôle permet de créer et propager de nouvelles représentations et logiques de fonctionnement de l'organisation. Dans ce processus, le contrôleur de gestion joue un rôle particulier ; le contrôleur de gestion a

un rôle d'agent de changement dans les organisations (Bollecker, 2007) ou un rôle de transformateur de visions pour le centre opérationnel (Morales et Pezet, 2010).

## 2. L'objectif de la thèse

### 2.1 Problématique construite au carrefour de trois axes

Ainsi, notre problématique se situe au carrefour de trois axes ou concepts : le système de contrôle de gestion, l'organisation et le processus de changement.

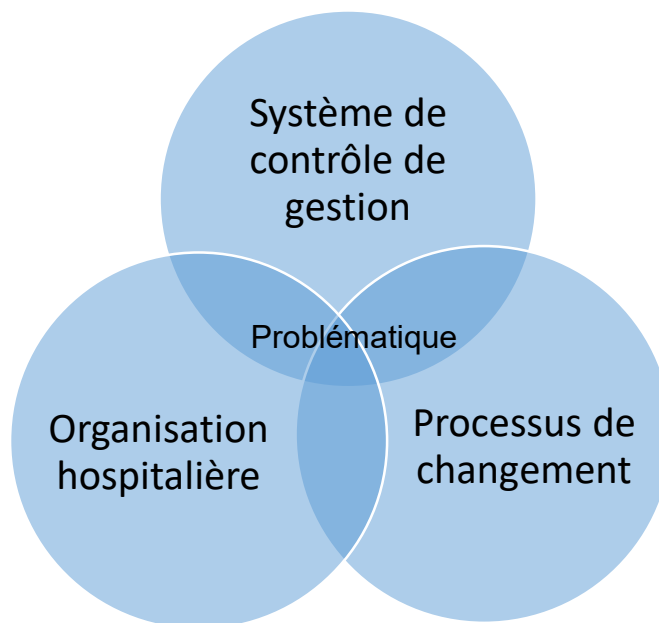


Figure 1 : Une problématique au carrefour de trois axes

#### Processus de changement

Les dirigeants de l'Hôpital universitaire international Cheikh Zaid (HUICZ), objet de notre recherche, ont amorcé un processus de changement organisationnel à travers la mise en place d'un nouveau modèle de management inspiré du monde de l'entreprise, afin de remédier aux risques financiers (déficits) et opérationnels auxquels la structure était confrontée. En effet, en raison de l'absence de subventions financières, l'hôpital est contraint d'atteindre un équilibre financier pour assurer sa continuité et aussi de dégager des résultats pour assurer son développement à travers des investissements et le développement de pôles d'excellence. L'enjeu dans le cadre de cette thèse est de mettre en évidence l'introduction et la propagation d'une logique financière au sein d'une structure de service public à but non lucratif.

## Organisation hospitalière

La présente recherche se déroule au sein d'une organisation hospitalière, l'hôpital est considéré comme une organisation complexe où il est difficile d'introduire un système de contrôle de gestion ou une logique financière. Il est important de saisir la particularité des organisations pluralistes définis par plusieurs auteurs (Mintzberg, 1982 ; Contandriopoulos, 2002 ; Burchell *et al.*, 1980), comme hyperspécialisées (spécialités médicales très variées) avec un faible accord sur les buts de l'organisation. Il est important de prendre en compte les caractéristiques spécifiques de ces organisations, de ces acteurs et de faire une analyse fine des groupes et acteurs en présence. Ces derniers ont des objectifs plus au moins convergents ou divergents avec le projet de changement, ce qui peut générer des formes de coopération ou au contraire des conflits.

## Système de contrôle de gestion

Durant cette période de changement, nous contribuons à la mise en place d'outils de contrôle de gestion qui impactent plusieurs activités. En effet, plusieurs outils sont créés, améliorés et revus en fonction des négociations avec le corps médical ou des constats dans l'action. Pour la plupart, ces outils sont mis en place de façon définitive, d'autres sont plusieurs fois modifiés avant leur mise en place, d'autres encore ne sont mis en place que pour une période donnée et de façon plus pointue. En parallèle à la mise en place de ces outils, le service contrôle est au cœur du chantier du projet de changement pour la réalisation, le suivi et la négociation avec les différentes parties prenantes. Il est intégré à la direction organisation contrôle et qualité qui regroupe tous les services transversaux (Systèmes d'information, Contrôle interne, Contrôle qualité). Par son étendue, cette direction gagne en terme de pouvoir et de légitimité. A travers notre thèse, nous souhaitons mettre en évidence le rôle joué par les outils et par le contrôleur de gestion dans la restructuration de l'hôpital pour l'atteinte des nouveaux objectifs.

## **2.2 Objectif de la thèse d'un point de vue théorique**

Les apports théoriques de cette recherche sont triples. La thèse approfondit les causes de la financiarisation dans une structure hospitalière, de la diffusion des logiques financières au sein des structures publiques ou à but non lucratif, à travers la propagation du New Public Management et de façon plus large le phénomène de financiarisation de la société. La recherche permet une compréhension du processus de mise en place d'un outil de contrôle de gestion en mobilisant la théorie de la traduction, qui permet une analyse fine. Enfin, cette thèse permet d'approfondir le rôle des systèmes de contrôle de gestion (acteurs et outils) dans la



conduite du changement, en mettant l'accent sur les interactions entre les différentes parties prenantes, l'organisation et le système de contrôle de gestion.

### **2.3 Objectif de la thèse d'un point de vue managérial**

L'introduction d'une logique entrepreneuriale dans les organisations dites pluralistes est souvent mise en échec car les professionnels s'accaparent le pouvoir de décision et essaient de maintenir leur position. Dans le cadre de cette recherche, nous mettons en évidence la manière dont se développe une culture managériale dans les hôpitaux, alors même que les outils de gestion y sont peu développés, et que les médecins sont habitués à bénéficier d'une forte autonomie de gestion pour les activités opérationnelles.

### **2.4 Objectif de la thèse d'un point de vue méthodologique**

Dans des organisations complexes, il est nécessaire de mener la recherche sur une longue période afin de pouvoir étudier en profondeur les comportements des différents acteurs. Nous avons réalisé une étude de type longitudinal sur une dizaine d'années. Nous nous inscrivons dans une recherche de type post-participante où le chercheur a pris part par le passé aux activités de l'organisation et réalise un retour sur le passé (Benoit, 2016). Notre présence lors du démarrage du processus de changement, et notre implication dans le processus situent notre recherche à la limite entre l'observation participante et la recherche intervention.

### **2.5 L'architecture de la thèse**

Notre thèse s'articule autour de deux grandes parties. Dans une première partie, nous présentons une revue de littérature permettant de clarifier notre question et nos sous-questions de recherche, de justifier les concepts mobilisés et enfin nous exposons notre méthodologie. Dans le premier chapitre, nous définissons le phénomène de la financiarisation qui se propage et s'étend de façon au sein des entreprises et au sein même des structures publiques à travers l'expansion du New Public Management. Après une présentation du système hospitalier marocain au défi de la financiarisation, nous exposons également les spécificités des structures hospitalières publiques et privées en termes de contraintes de gestion. Dans le second chapitre, l'analyse des spécificités d'une structure hospitalière, organisation pluraliste, et la présentation des cadres théoriques mobilisés dans les recherches en contrôle de gestion, nous permet de justifier la mobilisation de la théorie de l'acteur réseau pour notre recherche. A la suite, nous présentons les fondements, principes et concepts clés de la théorie de la traduction ainsi qu'une synthèse des recherches en contrôle de gestion mobilisant cette théorie. Enfin, à partir d'une revue de littérature sur le contrôle de gestion, nous analysons le rôle d'intermédiaire des

instruments du contrôle de gestion (outils de gestion) et de l'acteur « contrôleur de gestion ». Le troisième chapitre est consacré à la présentation de l'organisme, objet de notre recherche, et de méthodologie adoptée pour la collecte et analyse des données.

Dans une deuxième partie, nous présentons les résultats avant de les discuter au regard du cadre théorique mobilisé. Dans le premier chapitre, nous montrons que le diagnostic avant restructuration conduit à la mise en œuvre d'un ambitieux projet de restructuration, orienté vers l'intégration d'une logique financière, devenu point de passage obligé (PPO). Le second chapitre est centré sur le processus d'implémentation du contrôle de gestion, porteur de la logique financière. Nous explicitons le processus de mobilisation progressive autour du PPO, l'importance des différents investissements de forme (outils de gestion, procédures, réorganisations de services, etc.), les différentes controverses et leur mode de résolution avec au final, une réussite du changement (autofinancement de l'extension) et la réplique du *business model* dans d'autres structures hospitalières. Le dernier chapitre approfondit les résultats au regard de la théorie. Il explicite les conditions initiales pour que le contrôle de gestion devienne « médiateur du changement », il analyse les différents rôles d'un contrôle de gestion « médiateur du changement » ainsi que les conditions pour que le contrôle de gestion conserve ce rôle de médiateur, Le redressement de l'hôpital et son extension autofinancée génère de nouvelles attentes chez les différentes parties prenantes (Etat, personnel, patients, etc.), des attentes qui doivent être intégrées dans le PPO, logique financière, pour garantir *in fine* l'irréversibilité du changement. Le PPO doit évoluer vers une financiarisation intégrant des enjeux éthiques et sociétaux, une responsabilité sociale et environnementale (RSE) afin de répondre aux demandes tant des différentes catégories de personnel que des patients, notamment les plus démunis en milieu rural au Maroc.

La figure suivante synthétise l'architecture de la thèse.

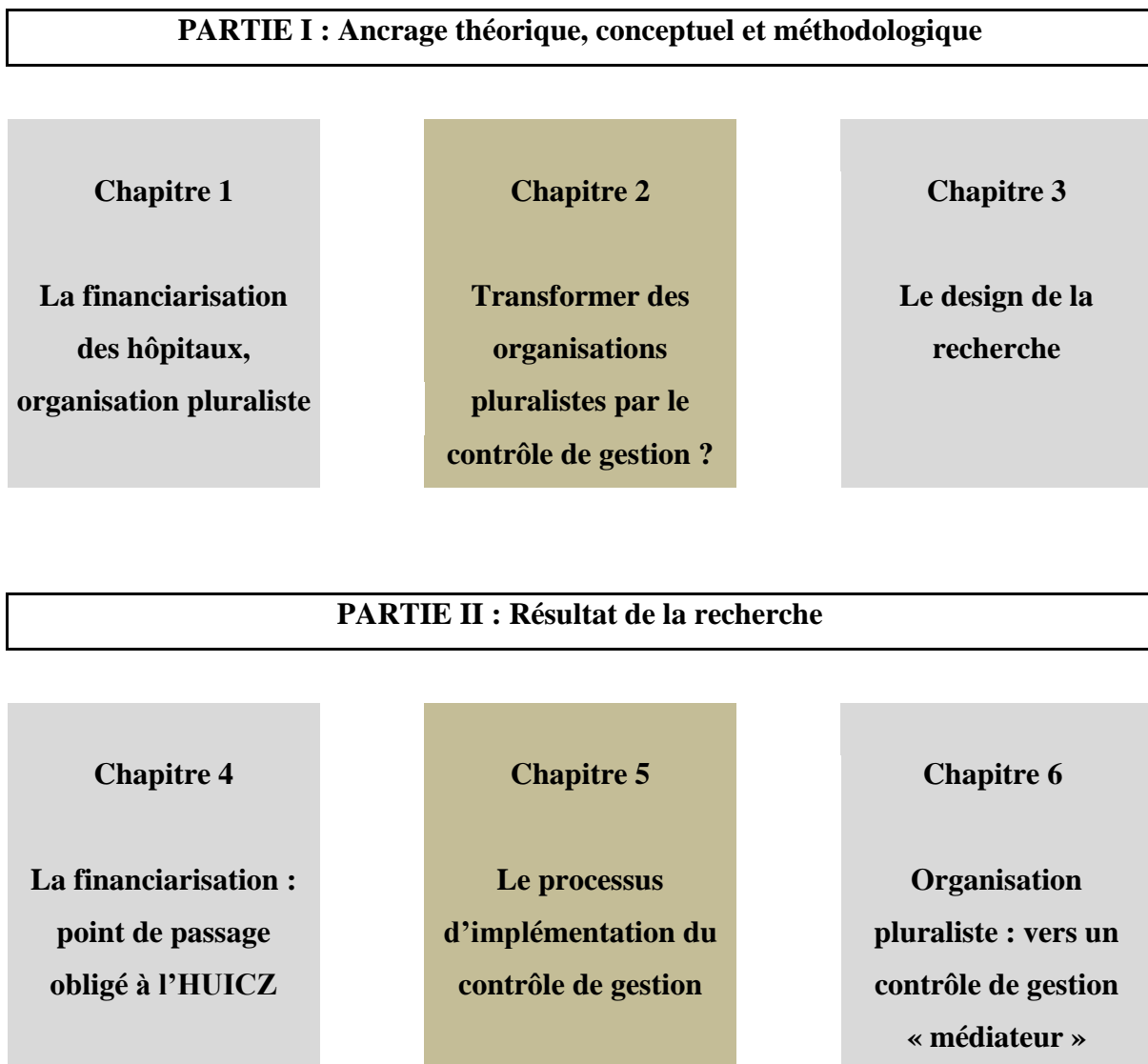


Figure 2 : Architecture de la thèse

## **PARTIE I : Ancrage théorique, conceptuel et méthodologique**

**Chapitre 1**  
**La financiarisation des hôpitaux, organisation  
pluraliste**

La transformation des organisations depuis une trentaine d'années peut être analysée comme une forte montée en puissance de la logique financière, que certains qualifient de financiarisation. Si certains auteurs plaident pour la généralisation des données non financières afin de prendre en compte une réalité plus large de l'organisation, comme en témoignent les travaux sur la responsabilité sociale de l'entreprise, la succession de crises économiques redonne une impulsion à la domination des logiques de mesure de la performance financière.

Dans les organisations publiques, la diminution des marges de manœuvre des Etats les incite à déployer un New Public Management ou à défaut un de ses avatars (Néo-weberien, nouvelle gouvernance publique...) dont la rationalité financière constitue un axe majeur. Dans le secteur privé, la mondialisation exacerbe une concurrence croissante générant une recherche de compétitivité notamment sur les prix, et donc sur les coûts. La mondialisation des flux de capitaux favorise par ailleurs ce regain d'intérêt pour une logique financière.

Le secteur de la santé n'est pas épargné par ces évolutions qui se traduisent par la prise en compte de nouveaux paramètres pour le management des établissements hospitaliers. Caractérisés par le pluralisme des parties prenantes, le développement de logiques financières en leur sein bouleverse des organisations rassemblées originellement autour du soin à apporter aux patients. Différents dispositifs sont déployés dans de nombreux hôpitaux afin d'accompagner ces logiques.

Ce chapitre vise à expliquer l'ensemble de ces évolutions et à définir des concepts mobilisés dans les chapitres suivants. Par ailleurs, il permet de faire émerger la problématique centrale de cette thèse et d'en expliquer le contexte. Dans une première section, nous nous attachons à analyser l'émergence de la financiarisation et à la définir. Nous tenterons également d'étudier son institutionnalisation dans la société, dans les entreprises et dans le secteur hospitalier ainsi que ses interdépendances avec la mondialisation et le néolibéralisme. Dans une seconde section, nous nous pencherons sur le système hospitalier marocain, sur son organisation et sur les réformes qui y sont menées.

## **Section 1 : Financiarisation de l'économie et du système de santé**

La financiarisation est un phénomène macro-économique étroitement lié au néolibéralisme et à la mondialisation. Elles se soutiennent et s'influencent sur différents aspects permettant leur expansion dans l'économie mondiale. En effet, la création et la modification des orientations de certaines institutions mondiales contribuent à l'institutionnalisation de la financiarisation. Elles favorisent le passage d'un phénomène macro-économique à un phénomène micro-économique qui atteint l'industrie, les entreprises et les ménages. Ainsi, au sein des entreprises, se développe un intérêt croissant pour des outils financiers et des profils d'emplois à orientation financière.

Dans le même sens, la financiarisation se propage au sein de l'institution publique à travers la généralisation du New Public Management (ou de modèles équivalents) et par l'encouragement de la réalisation de partenariats public / privé. Le secteur de la santé connaît lui aussi de profondes mutations, en application des orientations des organismes internationaux. Ces mutations contribuent à la diffusion de la financiarisation. Cela se manifeste par des modifications structurelles qui transforment le rôle de l'Etat, insèrent un mode de management inspiré du secteur privé, une volonté d'autonomiser l'activité des hôpitaux et enfin une privatisation du secteur (« autonomization », « corporitization » et « privatization »). A l'instar des autres pays, le système de santé au Maroc connaît les mêmes restructurations et les mêmes orientations.

### **1. Emergence et définition de la financiarisation**

Après avoir rappelé les origines de la financiarisation (1.1.), nous nous attacherons à présenter les travaux empiriques sur cette dernière (1.2.) et à la définir (1.3.).

#### **1.1. L'apparition de la financiarisation**

Les économies du monde ont connu de profondes mutations durant ces trente dernières années. Une des conséquences de ces transformations est la montée du néolibéralisme, de la mondialisation et de la financiarisation, qui sont caractérisés par la diminution du rôle de l'Etat et par l'augmentation des marchés financiers (Baker, Epstein et Pollin, 1998). Les chercheurs ne se sont intéressés que récemment au phénomène de la financiarisation. En effet, les premières études trouvent leurs racines en économie politique dans le courant marxiste qui qualifie cette dernière comme une alternative pour la classe rentière à faire face à la stagnation du capitalisme industriel en l'absence de richesse, et qui s'est ainsi tournée vers les activités financières pour

maintenir le taux de richesse existant (Sweezy et Magdoff, 1987). En résumé, le capitalisme financier est apparu comme un nouveau régime d'accumulation alternatif au capitalisme industriel (Foster, 2007).

Dans un article de Davis et Kim (2015), qui passe en revue les causes et les conséquences de la financiarisation aux États-Unis et dans le monde entier, on peut relever que le courant socio-économique soutient que la financiarisation est le résultat de la confluence de plusieurs facteurs telles que les conditions macro-économiques, les changements réglementaires et les avancées technologiques. Dans cette perspective, la financiarisation est la conséquence de l'émergence d'un marché de reprise de l'entreprise obligeant les dirigeants à s'intéresser davantage à la performance boursière. Enfin, la sociologie politique démontre le rôle de l'état dans la financiarisation comme conséquence involontaire des réponses politiques aux crises survenues après-guerre. Selon Krippner (2011), le gouvernement américain a surmonté ses crises en déléguant leur résolution au marché financier, avec une accessibilité accrue au crédit et l'afflux de capitaux étrangers. Ces décisions politiques créent des conséquences plus graves avec « une croissance explosive du secteur financier et la transition vers un capitalisme financier structurellement instable » (Davis et Kim, 2015).

## **1.2. Les travaux empiriques sur la financiarisation de l'économie**

Plusieurs auteurs démontrent empiriquement la financiarisation de l'économie par l'analyse de l'évolution du PIB. Par exemple, Epstein et Jayadev (2007) observent l'augmentation de la « part rentière » du revenu national, qu'ils définissent comme les bénéfices des entreprises financières, en plus des intérêts créditeurs générés par des entreprises et des ménages non financiers. Ils constatent la même tendance pour tous les pays de l'OCDE.

Krippner (2005) fait une comparaison de l'image du changement structurel dans l'économie américaine qui provient de l'emploi du PIB et les données sur les bénéfices. Elle met l'accent sur l'origine des bénéfices dans l'économie à travers une analyse centrée sur l'accumulation du changement économique. L'objectif est de montrer à quel point ces divergences sont spectaculaires en termes de changements fondamentaux qui caractérisent l'économie américaine contemporaine. Parallèlement à cette évolution, il est constaté une dérégulation financière (Krippner 2011 ; Philippon et Reshef 2012) qui conduit à des inégalités dans les revenus, la masse salariale ou les richesses (Piketty et Saez 2003 ; Atkinson et Piketty 2010; Piketty 2013). Kus (2013) et Dünhaupt (2014) mettent en évidence pour les pays de l'OCDE



que les indicateurs de financiarisation sont significativement liés à la hausse des inégalités mesurée par le coefficient de Gini<sup>2</sup>.

### 1.3. Définition de la financiarisation

La financiarisation est un terme qui a plusieurs significations. Nous allons essayer dans ce paragraphe d'en présenter les différentes définitions. En effet, la littérature sur la financiarisation est assez libre et porte des visions qui manquent de cohérence. Greta Krippner (2004) fait une analyse de l'historique du terme et présente les avantages et les inconvénients de diverses définitions.

Pour certains auteurs, le terme financiarisation signifie la primauté de la « valeur actionnariale » en tant que mode de gouvernance (Froud *et al.*, 2000 ; Lazonick et O'Sullivan, 2000 ; Williams, 2000). D'autres l'utilisent pour se référer à la domination grandissante des systèmes financiers des marchés des capitaux sur les systèmes financiers bancaires (Phillips, 2002). Une autre vision qui remonte au début du 20<sup>ème</sup> siècle définit la financiarisation par l'augmentation du pouvoir politique économique de la classe rentière (Duménil et Lévy, 2002 ; Epstein et Jayadev, 2005; Greider, 1997). Enfin, pour certains, le terme est utilisé pour décrire l'explosion du commerce financier et la multiplication de nouveaux instruments financiers (Phillips, 1996). Quant à Krippner (2005), elle suit la définition de Arrighi (1994) : « modèle d'accumulation, dans lequel le profit se fait de façon croissante par les canaux financiers plutôt que par le commerce et de la production de marchandises », (Krippner, 2005, p174). Epstein (2005) propose la définition suivante : « l'importance croissante des marchés financiers, critères financiers, institutions financières, et élites financières dans le mode opératoire de l'économie et de ses institutions directrices, aux niveaux à la fois nationaux et internationaux » (Epstein, 2005, p 3). Enfin, Krippner (2011) précise qu'elle donne la signification suivante : « par financiarisation, je me réfère à une transformation généralisée dans laquelle les activités financières (plutôt que les services dans leur globalité) sont devenues dominantes dans l'économie américaine au cours des dernières décennies ».

Plus récemment, Gleadle *et al.* (2012) définissent la financiarisation comme une : « réorientation des priorités stratégiques de création de valeur pour les clients (sous la forme de

---

<sup>2</sup> L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée. Il varie entre 0 (égalité parfaite) et 1 (inégalité extrême). Les inégalités ainsi mesurées peuvent porter sur des variables de revenus, de salaires, de niveau de vie, etc. (Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1551> date de publication le : 13/01/2020)

produits commercialisables), vers les créanciers et actionnaires (sous forme de bénéfices distribuables ou instruments financiers à but lucratif) »<sup>3</sup>. Sawyer (2014) met en évidence deux perspectives de la financiarisation : la première repose sur une financiarisation liée à la croissance du secteur financier dans ses opérations et son pouvoir ; la seconde perspective considère la financiarisation (capitalisme financiarisé) comme une étape ou époque du capitalisme des années 1980 dans laquelle la finance est devenue plus dominante qu'auparavant, conduisant à une nouvelle forme de capitalisme.

## **2. Institutionnalisation de la financiarisation dans la société**

Nombreux sont les domaines concernés par la financiarisation (2.1.). Au fond, le développement de celle-ci est étroitement lié au néolibéralisme (2.2.), à la mondialisation ainsi qu'à son institutionnalisation dans les entreprises (2.3.).<sup>4</sup>

### **2.1 Les secteurs concernés par la financiarisation**

La financiarisation de l'économie est identifiable à trois niveaux selon Davis et Suntea Kim (2015) : l'industrie, les entreprises et les ménages. En ce qui concerne le premier niveau, l'industrie financière connaît un intérêt croissant car elle est considérée comme la plus rentable de l'économie Américaine. En effet, selon Krippner (2005), l'industrie financière ne cesse d'augmenter, elle représente 23% du PIB en 2001 contre 15% en 1960. En termes de bénéfices des entreprises dans le secteur financier, leur proportion atteint plus de 40% du chiffre d'affaires en l'an 2000 contre 20% en 1980. Ces réalisations sans précédent sont même reflétées, selon Kaplan et Rauh (2010), dans les rémunérations du personnel cadre gestionnaire des fonds spéculatifs qui dépassent de loin les salaires des PDG des s&p 500 réunis.

Au niveau des entreprises, la financiarisation est observable à travers une importante orientation vers la maximisation du profit et de la valeur pour les actionnaires, et par une importante participation aux transactions financières des entreprises « non financières ». Ce mode de gouvernance orienté vers l'augmentation de la valeur actionnariale est lié à plusieurs causes : une concurrence accrue, de nouvelles disponibilités provenant des investisseurs institutionnels tels que les caisses de retraite et les compagnies d'assurance-vie, la désintermédiation et

---

<sup>3</sup> Traduction de « Financialisation is here defined as a change in strategic priority from delivering value to customers (in the form of marketable products) to delivering value to creditors and shareholders (in the form of distributable profit or financial instruments saleable at profit) ». Gleadle *et al.* (2012) Restructuring and innovation in pharmaceuticals and biotech: The impact of financialisation. Page 5

dérégulation des marchés financiers. Cette orientation financière conduit les entreprises, selon Lazonick et O'Sullivan (2000), à passer d'un mode de gouvernance 'retain and reinvest' vers le modèle 'downsize and distribute'. Ainsi, une nouvelle doctrine accompagne l'augmentation de la financiarisation en donnant la primauté aux actionnaires dans la gouvernance des entreprises (Davis 2005, Fama & Jensen 1983).

Cette doctrine est façonnée par des économistes libéraux (Jensen et Meckling, 1976,1979), soutenue par des cabinets de conseil (Froud *et al.* 2000 ; Lordon 2000) et par les analystes financiers (Zuckerman 1999 ; Frank Dobbin et Jiwook Jung 2010). L'orientation vers la maximisation de la valeur actionnariale s'est traduite par un changement d'intérêt vers les fonctions finances au détriment d'autres fonctions plus traditionnelles telles que la fabrication ou le commerce et le marketing (Fligstein 1990 ; Zorn 2004). Parallèlement, ce changement est aussi identifié par Kädtler et Sperling (2002) qui étudient les pratiques managériales (stratégie, contrôle, procédures internes au sein des entreprises) dans les entreprises de l'industrie allemande. Leur analyse les conduit à distinguer la financiarisation externe de la financiarisation interne.

Par ailleurs, la financiarisation concerne également les ménages. En effet, la proportion des ressources financières des ménages par rapport à l'actif total augmente considérablement (Keister 2005). Cela s'explique par l'implication des ménages sur le marché boursier à travers la participation directe ou à travers les fonds communs de placement (Davis 2008) et par le développement des retraites par capitalisation (Montagne 2006). Le recours à l'endettement des ménages joue lui aussi un rôle majeur. En effet, suite à la stagnation du revenu et afin de maintenir ou d'accroître leur niveau de vie (Streeck 2014), les ménages s'orientent vers des crédits hypothécaires, crédits de consommation (Poon 2009) ou crédits étudiant. La proportion du revenu consacrée au paiement de la dette exigée est passée de 5% en 1983 à 13% en 2007 (Dyran 2009). Enfin, d'autres auteurs (Jordà, Schularick, et Taylor 2014) mettent en évidence l'impact de l'endettement des ménages sur la dynamique de financiarisation, dont l'accroissement participe de façon significative à l'éclatement fréquent de crises financières.

## **2.2 Les relations entre néolibéralisme, mondialisation et financiarisation**

Parmi les questions que se sont posées plusieurs auteurs, nous retrouvons la relation entre la mondialisation et la financiarisation. Selon Duménil et Lévy (2005), la finance règne sur l'économie mondiale, et le néo-libéralisme et la mondialisation sont eux aussi les dérivés de la financiarisation. Epstein (2005) considère que l'augmentation des marchés et des transactions

financières est caractérisée par la montée du néolibéralisme, de la mondialisation et de la financiarisation. Pour Bourguignat (1992), la globalisation financière est une composante de la mondialisation. Quant à Kotz (2015), la financiarisation est tirée par la restructuration néolibérale. En effet, les institutions financières se sont rapidement appropriées une part de profit dans l'économie grâce à la structure globale néolibérale. Cet auteur met également en évidence que le capitalisme a atteint un nouveau stade dans lequel la finance est devenue dominante, faisant émerger une forme différente du capitalisme (« capitalisme néolibéral »), qui explique l'expansion économique du début des années 1980, avec un fort lien entre financiarisation et mondialisation.

Pour accompagner cette nouvelle ère et faire respecter le libre-échange, de nouvelles organisations sont apparues dont les plus importantes sont l'organisation mondiale du commerce, le Fonds Monétaire International (FMI) et la banque mondiale. Ces organisations se sont transformées en passant de régulateurs à protecteurs et garants du nouveau système mondial.

Dans le même sens, Foster (2007) soutient que « les changements dans le capitalisme au cours des trois dernières décennies ont été généralement caractérisés par le néolibéralisme, la mondialisation et la financiarisation ». Malgré des études moins nombreuses sur la financiarisation que sur le néolibéralisme et la mondialisation, Foster affirme que celle-ci peut être aujourd'hui considérée comme « la force dominante » de ce trio, voire un élément clé du changement du capitalisme et de l'activité économique. Elle va soutenir que, grâce au changement ayant pu être introduit à la suite de la financiarisation, une nouvelle phase hybride de monopole du capitalisme a débuté, le « capital monopolistique-financier » (Foster, 2007, p.1)<sup>4</sup>.

D'autres études se sont penchées sur l'impact de ces phénomènes sur l'activité des entreprises, leurs stratégies et leur mode de gestion et de gouvernance. En effet, une étude menée par

---

<sup>4</sup> Traduction de (Foster, 2007 p.1): Changes in capitalism over the last three decades have been commonly characterized using a trio of terms: neoliberalism, globalization, and financialization. Although a lot has been written on the first two of these, much less attention has been given to the third. Yet, financialization is now increasingly seen as the dominant force in this triad. The financialization of capitalism—the shift in gravity of economic activity from production (and even from much of the growing service sector) to finance—is thus one of the key issues of our time. More than any other phenomenon it raises the question: has capitalism entered a new stage? I will argue that, although the system has changed as a result of financialization, this falls short of a whole new stage of capitalism, since the basic problem of accumulation within production remains the same. Instead, financialization has resulted in a new hybrid phase of the monopoly stage of capitalism that might be termed “monopoly-finance capital.”

Palpacuer *et al.* (2005), sur une trentaine de grandes firmes multinationales agro-alimentaires (FMN-A) en Europe, démontre que la globalisation et la financiarisation sont indissociables dans l'évolution stratégique de ce type de firmes. Elle observe l'émergence d'un modèle de la firme « globale et financiarisée » qui s'articule autour de ces deux dimensions. L'étude démontre également l'existence d'un « couplage » entre stratégie de globalisation et de financiarisation.

Une autre étude, réalisée sur l'industrie de l'automobile Allemande par Kadtlar et Sperling (2002), met en évidence l'impact de la mondialisation dans le fonctionnement des entreprises. Ils distinguent entre autre trois types de globalisation particulière :

- « La mondialisation des marchés, c'est-à-dire des entreprises forcées d'être présentes sur le marché mondial et de vendre la dernière génération de leurs produits partout (Pries, 1999 in Kadtlar et Sperling, 2002) ;
- La mondialisation de la production, c'est-à-dire l'opportunité pour les entreprises de diviser leurs chaînes de valeur et de les optimiser en termes de coûts par recombinaison transnationale ;
- La mondialisation des marchés financiers, offrant aux investisseurs la possibilité de réaliser des bénéfices constamment élevés à travers des investissements financiers plutôt qu'en investissant dans l'économie réelle qui doit cependant payer ces opérations. Chesnais *et al.* (1997) la comparent à la « résurrection des rentiers dont Keynes avait recommandé l'euthanasie des décennies avant. » » (Kadtlar et Sperling, 2002, p. 152)<sup>5</sup>.

### **2.3 L'institutionnalisation de la financiarisation au sein de l'entreprise**

La financiarisation est un phénomène macro-économique. Plusieurs auteurs se sont intéressés à sa dimension micro, démontrant l'institutionnalisation de cette dernière. Kadtlar et Sperling (2002) identifient la financiarisation externe et la financiarisation interne : la première représente l'effet macroéconomique de la recrudescence des marchés financiers et la seconde concerne l'impact du premier dans les pratiques managériales au sein de l'entreprise (stratégie,

---

<sup>5</sup> Traduction de «1. Globalisation of markets, that means here that companies are forced to be present on markets worldwide and to sell products of there last product generation every where (Pries, 1999) ; 2. Globalisation of production that means the opportunity for companies to split up their volue chains and to optimise them in terms of costs by transnational recombination ; 3. Globalisation of financial markets, providing investors with the opportunity to get continuously high profits just by financial investment instead of investment in real economy, which however has pay for these operations chesnais (1997) and Froud *et al.* (1997) take this for the resurrection of rentiers whose euthanasia keynes had recommended some decades before » (Kadtlar et Sperling, 2002)

système de contrôle, mode de gestion etc.). Salento *et al.* (2013) observent également qu'il existe une relation entre le processus de financiarisation de l'économie et les changements organisationnels et des pratiques managériales réalisés par les grandes multinationales. En effet, ces dernières abandonnent tout investissement dans des activités où les rendements sont vus comme fortuits et à long terme. Ainsi, le processus d'institutionnalisation est étudié de différentes manières.

L'analyse de Hasselbladh et Kallinikos (2000) porte sur les moments de construction sociale (Berger et Luckman, 1966). Ces moments, externalisation - objectivation et internalisation, permettent de démêler les éléments qui constituent le processus d'institutionnalisation à travers l'objectivation des idéaux et des discours dans un premier temps, puis la construction de rôles sociaux. Greenwood *et al.* (2008) p.4, définissent les institutions comme : « un comportement social acquis et répétitif, soutenu par les systèmes normatifs et la compréhension cognitive, qui donne un sens à l'échange social et lui permet ainsi de s'auto-entretenir »<sup>6</sup> (Greenwood *et al.* 2008, p.4).

L'objectif des performances financières visant à maximiser la valeur actionnariale constitue une première étape d'objectivation ; puis vient une deuxième phase de subjectivation où les acteurs internes de l'entreprise se sont appropriés les caractéristiques de la financiarisation et modifient ainsi leurs pratiques et discours. En effet, Morales et Pezet (2010), partant du constat que la financiarisation est un idéal social, montrent que « l'idéal social se transforme en discours (de la direction générale, des financiers) puis est ensuite véhiculé par les contrôleurs de gestion et leurs dispositifs. C'est ainsi que la financiarisation devient réalité au cœur même des pratiques quand les opérationnels s'en emparent au travers d'une requalification des critères de performance qui transforment - même si c'est partiellement - leurs rôles sociaux » (Morales et Pezet, 2010, p. 127).

Plus généralement, Fligstein (1990), Zorn (2004), Widmer (2011) et Legalais et Morales (2014) démontrent le rôle important joué par les acteurs internes de l'entreprise (les dirigeants, les agents comptables et financiers) dans la diffusion de la logique financière et ainsi l'institutionnalisation de la financiarisation par l'utilisation d'outils et d'indicateurs financiers, par les discours et par leurs pratiques. En effet, la diffusion de pratiques gestionnaires ou de

---

<sup>6</sup> Traduction de « more-or-less taken-for-granted repetitive social behaviour that is underpinned by normative systems and cognitive understandings that give meaning to social exchange and thus enable self-reproducing social order » Greenwood *et al.* (2008) p. 4

mécanismes de choix économiques rationnels explique la montée en puissance de la finance au sein des entreprises privées, des politiques publiques et plus globalement dans la société.

Par ailleurs, Alvehus et Spicer (2012) démontrent l'impact de la finance dans la manière de raisonner des acteurs internes à l'organisation par la fréquence d'utilisation de termes financiers comme « investir » ou « rentabiliser » pour décrire leurs activités professionnelles.

Dans le but d'atteindre leur objectif de maximisation de la valeur actionnariale, les dirigeants d'entreprise doivent utiliser des indicateurs financiers au lieu d'autres indicateurs opérationnels et stratégiques (Cauvin, 2010 ; Dekker *et al.*, 2012 ; Wenner et Le Ber, 1989). Devant ce constat de prolifération des indicateurs financiers, au détriment d'autres non financiers, il est noté un intérêt croissant pour les professionnels de la finance (Widmer, 2011 ; Zorn, 2004). Zorn (2004) démontre que la transformation de la conception du contrôle des organisations incite les entreprises américaines à recruter des directeurs financiers, et à leur accorder un pouvoir plus important.

Les rôles attendus par les dirigeants dépassent celui de simple cadre financier pour devenir celui de « cadre stratégique clé de l'entreprise ». Cela démontre l'intérêt porté par les entreprises à la dimension financière. Salento *et al.* (2013) constatent également l'augmentation des pouvoirs des directeurs financiers au sein des entreprises. Dans le même sens, Redon (2015), en étudiant la professionnalisation des directeurs administratifs et financiers comme acteurs internes à l'organisation, explique qu'ils façonnent et orientent les trajectoires prises au sein de l'entreprise.

### **3. L'institutionnalisation de la financiarisation dans le secteur hospitalier**

Le secteur public n'échappe pas au phénomène de la financiarisation (3.1.), en particulier celui de l'hôpital (3.2.) et, plus globalement, celui des organisations de santé (3.3.).

#### **3.1. La financiarisation du secteur public**

Le secteur public est également concerné par les modifications du capitalisme et la propagation du néo-libéralisme. L'expansion de modèles de type New Public Management, qui s'inspire de pratiques entrepreneuriales, témoigne des changements des pratiques et des orientations de l'état. Nosbonne (2013) démontre que les réformes du secteur public sont comparables dans les différents pays et constate qu'elles « induisent un déplacement lent et progressif des frontières entre le secteur public et le secteur privé. Ainsi nous est-il donné d'assister à des transferts de

pouvoir et de financement, à des privatisations totales ou partielles d'entreprises publiques, à une multiplication des situations de délégation de service public ou encore à une remise en cause des statuts propres à la fonction publique » (Nosbonne, 2013, p.2).

Ces transformations sont pour plusieurs auteurs portées par des organismes internationaux. Le FMI et la Banque Mondiale « institutionnalisent le droit d'ingérence en l'absence de fiscalité propre de la communauté internationale. Ils sont, à l'échelle mondiale et aux côtés de l'OTAN et de l'OMC, les seuls « outils opérationnels » multilatéraux significatifs » (Calame, 2001, p. 5). Pour Bauby (2007), l'Union Européenne orchestre, intègre et organise petit à petit la libéralisation ; elle démarre d'abord au niveau des secteurs de l'énergie, des transports et des communications, pour ensuite s'étendre à d'autres secteurs comme la santé, et l'éducation.

D'un autre côté, les institutions financières internationales sont les principaux « propagateurs de la doctrine néolibérale-globalisation des marchés et orthodoxie macroéconomique. En situation de rappeler quelques vérités d'évidence sur les dérives et le laxisme des Etats et des services publics, ils l'ont fait avec un dogmatisme universalisant à la fois peu tolérable et peu performant » (Calame, 2001, p.5). Les pratiques managériales au sein des établissements publics se sont alors inspirées des méthodes de gestion du privé par l'introduction de pratiques émanant de ce dernier (Talbot, 2000). En effet, sont apparus de nouveaux objectifs d'atteinte d'efficacité, de qualité et de maîtrise de coût, de nouvelles pratiques d'optimisation de l'offre et de la demande du service public, ainsi que d'évaluations des activités et de la rentabilité.

Cette nouvelle vision, nommée New Public Management, est adoptée par bon nombre de gouvernements dans les années 1980-2000. L'objectif est de responsabiliser les institutions publiques (Hood, 1991, 1995) auprès du contribuable en démontrant grâce à des indicateurs qu'elles sont performantes et efficaces. A cet effet, des pratiques de contrôle de gestion orientées coût/ performance des activités sont déployées : « la mise en œuvre d'indicateurs d'activité, d'outils de gestion budgétaire et comptable, d'outils de mesure des coûts dans la perspective de répondre à trois logiques d'action : celle de l'efficacité socio-économique (les objectifs énoncent le bénéfice attendu de l'action de l'Etat), celle de la qualité de service (les objectifs énoncent la qualité attendue du service rendu à l'utilisateur), celle de l'efficacité de gestion ou d'efficience (les objectifs énoncent, pour le contribuable, l'optimisation attendue dans l'utilisation des moyens employés en rapportant les produits ou l'activité obtenus des ressources consommées) » (Pesqueux, 2010, p.3).



L'aspect financier étant très important dans le cadre du NPM, il a engendré le managérialisme, les restrictions budgétaires, la nécessité de moderniser la gestion publique. Il induit le recours aux outils de contrôle de gestion (Chatelain-Ponroy, 2010) permettant l'action organisée (David, 1996) et de structurer les comportements des acteurs de l'organisation.

De nouvelles études se sont intéressées à une autre forme d'institutionnalisation de la financiarisation au sein du secteur public : l'introduction du PPP (partenariat public privé). Il est considéré comme un pan du néo-libéralisme et une innovation financière qui libère le crédit pour financer des équipements publics. Deffontaines (2013) analyse le PPP comme une construction sociale du marché. Il démontre que les partenariats public-privé ouvrent un pan de la commande publique au secteur financier. Les dispositifs de financement sont identifiés comme une succession d'opérations de titrisation qui participe au découpage des équipements publics en actifs liés au marché financier et à leurs exigences.

D'autres travaux sur la financiarisation de la ville et des infrastructures de services publics (Barraud-Serfaty, 2008, 2011, Lorrain, 2011, Renard, 2008) introduisent les PPP comme un nouveau marché susceptible d'intéresser des acteurs financiers. Ils mettent en évidence leur pluralité dans les projets d'urbanisation de la ville. Theurillat (2011) étudie la production urbaine en Suisse et l'introduction du PPP dans ce type de projets. Il essaye d'analyser et d'interpréter la relation entre la finance, la production urbaine de la ville et la durabilité. Il met en évidence deux modèles distincts : la ville financiarisée et la ville durable. La première donne un rôle important aux financiers, notamment un pouvoir de négociation. La deuxième considère le construit urbain comme un instrument de durabilité qui doit être négocié par différentes parties prenantes.

### **3.2. La financiarisation de l'hôpital**

Lors du forum social mondial en 2015, des discussions sur la marchandisation de la santé et la protection sociale ont permis de constater que les politiques néolibérales ont un impact sur la santé. En effet, la financiarisation de l'économie, soutenue par les organismes monétaires internationaux, au détriment des politiques sociales et sanitaires, impose l'austérité et favorise les intérêts des banques et des multinationales. Les traités de libre échange augmentent les bénéfices des banques et des multinationales. La globalisation du marché de la santé et de la protection sociale introduisent le phénomène de la financiarisation dans le secteur de la santé.

Les différentes réformes réalisées dans ce dernier se traduisent par la diffusion du New Public Management, inspiré de la logique entrepreneuriale. Elles encouragent la diffusion d'une culture managériale dans les décisions politiques de façon à « restreindre le périmètre de l'action étatique » (Denord, 2007, p. 26). Les réformes portent sur le financement et la création de services de l'économie de la santé. Elles se caractérisent par la séparation de la fonction de financement et celle de production de soins ainsi que par l'émergence de nouveaux comportements, méthodes, outils et normes en matière de management qui s'inspirent du secteur privé. Ces réformes s'orientent vers l'atteinte d'un profit susceptible de permettre aux établissements hospitaliers de s'autonomiser, de financer de nouveaux équipements ou activités et de maîtriser les aspects économiques liés à la santé

L'introduction de la financiarisation dans le secteur de la santé est appuyée par les organismes internationaux (OCDE, OMS, Banque Mondiale) qui confirment à travers leurs études et publications la nécessité de transformation des systèmes de santé. En effet, il est constaté l'augmentation du financement de l'OMS par des donateurs privés et la baisse de la contribution des états membres, ce qui donne aux premiers (notamment les fondations philanthropes) un pouvoir de décision sur les stratégies de santé. Selon Livinec et Kerouedan (2015, p. 11), « la Banque Mondiale a également contribué à une vision utilitariste de la santé, favorisant non seulement la privatisation de structures de soins dans les pays en développement, mais aussi la privatisation des politiques elles-mêmes, ce qui a contribué à exclure un peu plus les pauvres contrairement aux objectifs prétendus de réduire la pauvreté ». La maladie et le patient deviennent un actif financier pour les investisseurs intéressés par ce créneau : Laboratoires pharmaceutiques, groupements d'hôpitaux privés, compagnies d'assurance etc.

Nous assistons donc à un démantèlement des « biens communs » et à une orientation vers l'efficacité économique des niches de marché. Ainsi, dans le prolongement du New Public Management, Preker et Harding (2003) proposent un modèle de gouvernance au sein des établissements hospitaliers qui s'inspire de la gouvernance des entreprises privées (« corporatization »). Il s'agit d'un modèle qui se situe entre la propriété publique et la privatisation par la délégation de certaines activités à des entreprises parapubliques. Ces économistes de la banque mondiale proposent une indépendance des organisations hospitalières publiques par la mise en place d'instances décisionnelles autonomes. Ce changement au niveau des établissements hospitaliers devrait s'opérer en trois étapes : une autonomie de gestion des hôpitaux par rapport à l'administration publique, l'utilisation de règles de gestion des

organismes privés, et enfin la mise en œuvre d'une politique de cession des hôpitaux au secteur privé.<sup>7</sup>

Le Maroc n'échappe pas à cette tendance. En effet, cet Etat déploie actuellement des réformes en phase avec les orientations des institutions internationales. Elles visent à renforcer la privatisation de la santé en s'appuyant sur différents leviers comme le partenariat public/privé l'externalisation d'activités ou la sous-traitance. La loi 13-131 8 Jumada I 1436 (19-3-2015) ouvre la voie à la libéralisation des capitaux des cliniques. Cette opération est qualifiée comme une financiarisation du système de santé, elle permettra aux fonds d'investissements détenus par les assureurs, les laboratoires pharmaceutiques ou des multinationales de la santé d'acquérir une partie du marché de la santé.

### **3.3. Les changements induits par financiarisation des organisations de santé**

En phase avec le développement de la financiarisation, plusieurs réformes sont instaurées notamment dans le système de santé, et dans les hôpitaux en particulier qui subissent de profondes mutations. L'hôpital se voit ainsi dans l'obligation de mettre en œuvre de multiples changements. Le processus de financiarisation nécessite un changement structurel global qui engendre des modifications organisationnelles et institutionnelles à l'instar des systèmes financiers et industriels.

Dans ce sens, Weinstein (2015, p. 16) identifie trois transformations qui touchent les organisations dans le processus de financiarisation :

- « La place croissante prise par les opérations de croissance externe, les fusions acquisitions et cessions dans les stratégies d'entreprise, faisant de la grande entreprise un portefeuille d'activités en recomposition permanente, reposant sur des mécanos industriels, financiers et juridiques de plus en plus sophistiqués.
- La division de l'appareil managérial et la formation d'une nouvelle classe de dirigeants d'entreprise, de plus en plus proche du monde financier, et bénéficiant de revenus de plus en plus élevés.
- La transformation des méthodes de gestion et des critères de performance, de plus en plus dominée par des indicateurs et des systèmes comptables financiers ».

---

<sup>7</sup> There are three types of organizational reforms that share a common element of "marketization." These are *autonomization*, *corporatization*, and *privatization*. All three involve reducing direct government control over the hospitals in question and exposing them more to the market or marketlike incentives (Preker et Harding, 2003, p. 45).

Au Maroc, la réforme présentée par Belghiti Alaoui, secrétaire général du ministère de la santé (2013 - 2017), correspond à un processus de changement soutenu par un fort engagement politique. Pour réussir une réforme, le changement doit toucher aussi bien les institutions existantes que les structures organisationnelles et les systèmes de management.

La réforme hospitalière est de nature à influencer entre autres les processus de gestion et la performance des structures hospitalières. Le projet est de faire face à la transition sanitaire et à l'intégration du nouveau système d'assurance maladie qui visent à terme à assurer une autonomie des structures hospitalières et une mise à niveau et une modernisation du plateau technique.

Relevons que les transformations des hôpitaux en France se sont caractérisées, en premier lieu, par la création et le développement du contrôle de gestion. Elles se sont élargies progressivement vers la prise en compte de la dimension organisationnelle pour modifier en profondeur les structures et les processus. Ainsi, après l'introduction de la mesure de la performance, la création de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), différentes actions ont eu pour but de transformer l'hôpital sur différents aspects : les ressources humaines, la dimension territoriale, la structuration par pôle, la tarification, le circuit du patient, le numérique ou encore la chirurgie ambulatoire (Nobre, 2014 in Bollecker et Naro, 2014).

Par conséquent, les actions à entreprendre devront être axées sur l'amélioration de la gestion, le développement des compétences managériales et l'introduction de nouveaux mécanismes et outils de gestion, d'évaluation, d'audit et de contrôle de gestion.

**Conclusion section 1 :**

**Vers une financiarisation croissante et généralisée des hôpitaux**

Dans cette section, nous montrons que la financiarisation est un phénomène macro-économique étroitement lié au néolibéralisme et à la mondialisation. Après avoir rappelé ses origines, nous présentons les travaux empiriques avant de fournir un certain nombre de définitions applicables aux organisations. Elles s'accordent sur l'idée d'une orientation de création de valeur pour les actionnaires et les clients, qu'il s'agisse des secteurs financiers ou non financiers, marchands ou non marchands. Nombreux sont alors les domaines concernés par la financiarisation, notamment celui des organisations publiques ou, plus largement, des organisations à but non lucratif. Elle se traduit dans ces dernières par le développement d'outils de gestion et d'emplois

à orientation financière qui l'institutionnalise. Dans le secteur public, elle se caractérise par le déploiement du New Public Management dont les principes reposent sur la recherche d'économies et l'amélioration de la qualité rendue aux usagers. A l'hôpital, la mise en œuvre de différents dispositifs organisationnels va dans le même sens, qu'il s'agisse de structures entièrement financés par l'Etat ou partiellement.

## **Section 2 : Le système hospitalier marocain au défi de la financiarisation**

Les hôpitaux occupent une place centrale dans le système de santé. En effet, devenus un dispositif incontournable d'une politique de santé au bénéfice de la population dans son ensemble, les hôpitaux participent à la protection et à la promotion de la santé.

Atteint de nombreux dysfonctionnements, le secteur hospitalier marocain doit faire face à plusieurs défis liés au progrès des techniques de soins, à l'institutionnalisation de la sécurité sociale, à la nécessité d'avoir des équipements spécialisés de qualité et du personnel qualifié, et enfin au projet de réforme (nouvelle constitution de 2011). Cette dernière ouvre le droit d'accès aux soins et à la couverture médicale en tant que droit fondamental : elle constitue une motivation supplémentaire pour corriger les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins, et ainsi penser la politique de santé selon de nouvelles approches plus cohérentes et plus efficaces.

Avant de discuter différents points liés à la réforme de santé au Maroc, nous allons mettre en exergue les spécificités du milieu hospitalier, sa répartition et son mode de gouvernance (1). Nous allons ensuite définir les particularités des organisations hospitalières dans ce pays et la complexité de la gestion de ce type de structure (2).

### **1. Les Spécificités et les réformes du système hospitalier Marocain**

Au Maroc, le système de santé se caractérise par la coexistence de différents types d'établissement de santé qui se différencient, d'une part, selon le régime juridique auquel ils sont soumis et, d'autre part, selon leurs missions. On distingue deux secteurs :

- Le secteur public, représenté essentiellement par le Ministère de la santé et les Services de Santé des Forces Armées Royales. Il représente 65 % de l'ensemble des lits hospitaliers. Pour certaines régions du pays, il représente la seule offre

disponible. Relevons que l'offre publique est insuffisante, ce qui participe à creuser le fossé des inégalités sociales.

- Le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif) jugé de qualité supérieure vers lequel les catégories privilégiées s'orientent pour satisfaire leurs besoins de santé.

La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soin, prévoit la définition d'établissement de santé dans son article 11 : « Les établissements de santé publics et privés assurent chacun selon son objet, des prestations de prévention, de diagnostic, de soins ou de réadaptation nécessitant ou non une hospitalisation. En fonction de son objet, chaque établissement de santé s'organise pour assurer, conformément aux dispositions législatives et réglementaires qui lui sont spécifiques, la meilleure sécurité possible aux patients et les accueillir dans des conditions adaptées à leur état de santé, éventuellement en urgence ou de les référer, le cas échéant vers l'établissement de santé approprié »

L'offre de soins à l'hôpital se structure en fonction d'une organisation pyramidale autour de quatre niveaux d'intervention :

- L'offre de proximité, représentée par des établissements de soins de santé de base et des cabinets privés.
- Les polycliniques de soins de première intervention (hôpitaux provinciaux et cliniques privées).
- Les hôpitaux généraux et spécialisés ainsi que les cliniques privées, les centres hospitaliers universitaires.

### **1.1. Les différents types d'établissements hospitaliers publics au Maroc**

Pendant les premières années de l'indépendance, face aux exigences du besoin et en fonction des moyens disponibles les hôpitaux sont implantés au Maroc sans aucune logique ni planification d'où l'existence d'une grande diversité d'un point de vue taille, destination et mode de fonctionnement Brejon de Lavergnée (1989). Ce n'est qu'en 1972 qu'on intègre la nécessité de mise en place d'un système de santé publique qui comprend 4 types d'action CHU ou national, régional ou provincial et de zone. Selon Hassouni et Razine (2012) trois critères permettent de répartir les hôpitaux publics à savoir : l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours.

L'offre de soins permet de distinguer **les hôpitaux généraux** qui comprennent, mis à part le service des urgences, des disciplines de base appelées généralement polycliniques de santé publique (PSP), **des hôpitaux spécialisés** qui assurent la prise en charge médicale et/ou chirurgicale d'une pathologie donnée ou plusieurs pathologies d'un organe donné, ou d'une pathologie liée à une catégorie spécifique de patients. Historiquement au Maroc il s'agit des Mâristâns (hôpitaux psychiatriques) et des hôpitaux de pneumo-physiologie en remplacement des centres de traitement de la tuberculose.

Le mode de gestion quant à lui permet de différencier trois types d'hôpitaux, **les Etablissements Publics Hospitaliers** (EPH) communément connus sous le nom de centre hospitalier universitaire (CHU). Ils représentent 15 % des hôpitaux publics marocains. Ceux-ci bénéficient d'un statut qui leur permet d'être dotés d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Ils sont soumis à la tutelle du Ministère de la Santé et leur mission est scindée en trois axes : la réalisation des soins de niveau tertiaire, l'enseignement et la recherche en collaboration avec la faculté de médecine, les unités de formation et de recherche étrangères.

**Les hôpitaux SEGMA** du ministère de la santé représentent 60 % des hôpitaux publics et sont regroupés en centres hospitaliers régionaux, préfectoraux et provinciaux. Conformément aux dispositions de la loi organique des finances n° 7-98 relative à la loi de finances, depuis l'an 2000 les SEGMA constituent une composante à part entière du budget de l'Etat à l'instar du budget général. Les budgets annexes et les comptes spéciaux du Trésor confèrent une autonomie financière à ce type d'établissement, mais pas la personnalité morale. Ce type de structuration permet de renforcer l'autonomie financière de ces entités et d'améliorer leur productivité à travers le renforcement de la qualité des soins de santé, la réduction des frais d'administration et de gestion, la réduction du coût d'approvisionnement, l'optimisation de l'utilisation des ressources communes et le financement des hôpitaux par le recouvrement partiel du coût des services rendus.

Des **hôpitaux sont gérés en mode régie**. Ils sont définis comme un service qui relève du délégué du ministère de la santé. Ils ont un statut qui ne leur permet d'avoir ni une personnalité morale ni une autonomie financière.

Enfin, le niveau de recours permet de définir trois types d'hôpitaux dans le réseau des établissements hospitaliers. **L'hôpital local** qui assure les soins hospitaliers de proximité : il constitue le premier niveau de référence dans la filière des soins hospitaliers, il dispense des

soins dans les disciplines médicales essentielles à savoir les soins d'urgences, l'obstétrique, la pédiatrie, la médecine générale et la chirurgie générale. **Le centre hospitalier préfectoral** ou provincial représente le deuxième niveau de recours : il rassemble deux ou plusieurs hôpitaux généraux et/ou spécialité. En terme de prestations, en plus des disciplines existantes dans l'hôpital local, il offre des spécialités différentes telles que l'ophtalmologie, la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la gastro-entérologie, la traumatologie, l'ORL, la stomatologie, la chirurgie maxillo-faciale, la cardiologie et la néphrologie. Enfin, **le centre hospitalier régional** représente le troisième niveau de recours. Il rassemble lui aussi un ou plusieurs hôpitaux régionaux ou spécialisés et développe d'autres spécialités comme l'urologie, la neurochirurgie, la chirurgie réparatrice et plastique, la néphrologie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

## 1.2. Les établissements privés au Maroc

Les carences du secteur public pour l'offre de soins ont généré un développement relativement important du secteur privé à partir de 1980. Les établissements de soins privés à but lucratif ou non lucratif sont constitués de cabinets de médecine générale ou de spécialistes, de cliniques ou d'établissements assimilés, d'établissements médico-sociaux assurant une prise en charge médicalisée. Le secteur privé dispose d'une capacité litière hospitalière d'environ 5 500 lits, soit 19 % de la capacité litière totale, et de 6700 cabinets de médecine générale ou de spécialité. Il représente désormais 50 % du financement. Néanmoins, la couverture par le privé pose problème, il s'est implanté en grande partie dans les grandes villes et dans les zones urbaines.

Suite au rapport de l'OMS intitulé « rapport sur la santé dans le monde » en 2008, les pays à faible revenu et à revenu moyen souffrent d'une marchandisation des soins, que ce soit dans les établissements à but lucratif ou non, dans des proportions importantes notamment dans les pays qui ne sont pas capables de réglementer le secteur sanitaire. Reprochant au ministère de tutelle sa déchéance dans la régulation du secteur privé, l'OMS note que ce dernier doit établir un meilleur partenariat avec le secteur public. En effet, le secteur privé est confronté à plusieurs problèmes liés aux dépenses de santé encore supportées par les ménages (soit 53,6 %) et à la généralisation insuffisante de la couverture médicale.

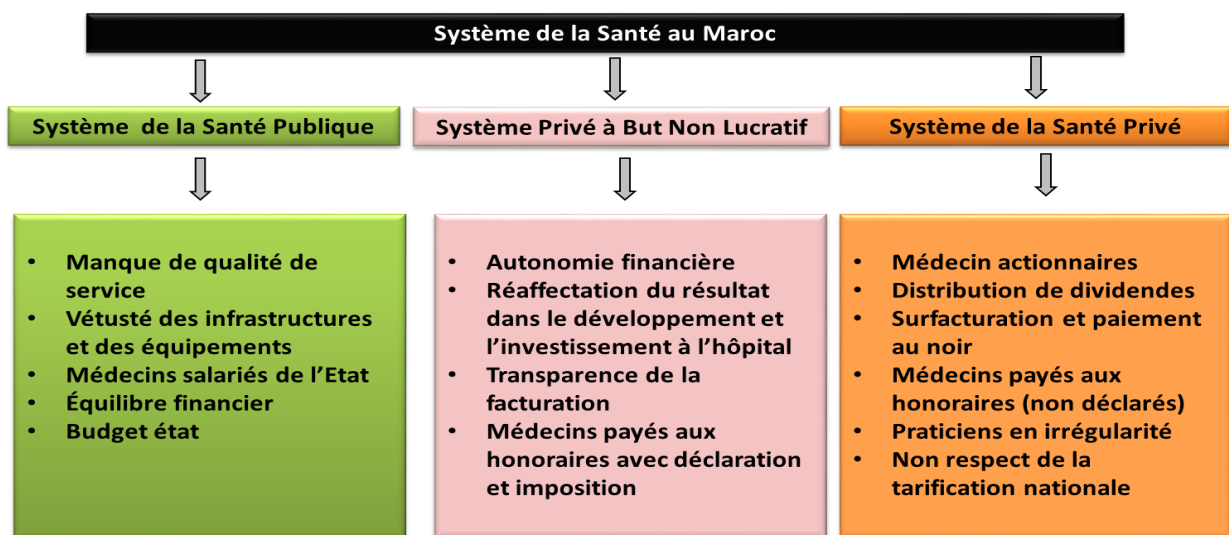
De ce fait, les établissements privés sont contraints de faire face à la diversité des interlocuteurs et de gérer le risque financier associé (Makhloufi *et al.*, 2012). D'autre part, la tarification NGAP (Nomenclature générale des actes et de praticiens), appliquée en 2006 et inspirée du système de santé français, est très contestée auprès de l'ANAM (Agence Nationale des



Assurances Maladie). Cette tarification sert de base de remboursement des dossiers de maladie et devait être réajustée après trois ans. Les prestataires de soins ont souvent des pratiques peu transparentes : par exemple des systèmes informels de paiement faisant supporter une partie du coût des prestations aux patients afin de compenser le sous-financement chronique du secteur de la santé. Ces surfacturations ne figurent pas sur la facture établie par la clinique, elles ne sont donc pas prises en charge par les organismes gestionnaires (Makhloufi et *al.*, 2012).

Le cadre d'exercice des praticiens a connu des réformes importantes surtout concernant la pratique du TPA (temps plein aménagé) par des médecins-professeurs. Ce droit accordé en 1996 aux professeurs de médecine d'exercer à titre privé et lucratif était exclusivement prévu pour les cliniques universitaires, avec dans l'attente de la création de cliniques universitaires une dérogation pendant une période de 5 ans pour un exercice en clinique privée. Ce mode d'exercice en TPA a continué de manière quasi anarchique et incontrôlée (Makhloufi et *al.*, 2012). De fait, les cliniques privées dépendent de médecins ayant un faible sentiment d'appartenance à la clinique et recourant à des rémunérations occultes.

Le système hospitalier se structure en trois groupes distincts que nous résumons dans la figure suivante :



**Figure 3 : La structuration du système hospitalier marocain**

### 1.3. La réforme hospitalière au Maroc

L'étude sur « Système de Santé et Qualité de Vie », publiée dans le cadre du Rapport « 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 » vers la fin des années soixante-dix, distingue deux acteurs dans les pays en développement. D'une part, un système public de

santé organisé par l'état sur tous les plans (lois, règlements, politique, gestion des structures de santé) et dont le financement est assuré par les recettes publiques et l'aide politique. D'autre part, le secteur privé qui s'est développé de façon cloisonnée. Confrontés à des crises financières dans les années 80, ces pays sont obligés d'adopter des plans d'ajustement structurel ou des réformes du système de santé, un phénomène devenu mondial vers les années 90.

L'analyse du système de santé au Maroc permet d'identifier trois grandes périodes. Une première période (1959 -1981) correspond à la mise en place et au développement du système national de santé. Une seconde (1981-1995) correspond au développement et renforcement de l'offre et des programmes sanitaires. Et enfin, une troisième période (1995-2000) constitue une période de quête de changement et d'annonce de la réforme.

A travers la nouvelle stratégie sectorielle du ministère de la santé, les années 2000 à 2005 marquent la concrétisation de la mise à niveau par l'introduction de plusieurs réformes (loi sur la régionalisation, amélioration de la gestion des ressources financières, réforme hospitalière). En effet, la réforme de santé s'inscrit dans le cadre d'un choix politique de régionalisation et de réforme de l'administration publique qui vise notamment la séparation entre la fonction de production des soins et le financement des services de santé, la séparation de la fonction de tutelle de la fonction managériale et le développement de la fonction de régulation.

En ce qui concerne la séparation entre la fonction de production des soins et leur financement, le Maroc espère arriver à une couverture médicale de 50 %, permettant aux hôpitaux de s'autofinancer et ainsi de réduire leurs subventions, et cela grâce à la mise en place de nouveaux dispositifs de financement à savoir l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Personnes Economiquement Démunies (RAMED). Cependant, le mécanisme de financement du dispositif RAMED mis en place en 2011, n'a jamais été mis en œuvre, amenant celui-ci à fonctionner, pour l'essentiel, sur les subventions normales des hôpitaux (Ferrié et *al.*, 2018). Au travers de la deuxième orientation, le rôle de l'Etat doit se limiter à gouverner le système de santé et mobiliser les financements. Le rôle des administrations extérieures et des établissements serait d'assurer la performance et l'efficacité de la production des soins et des services à travers la décentralisation des pouvoirs de planification envers les établissements (décentralisation et régionalisation) et la redéfinition du rôle de l'Etat dans la gouvernance et la régulation : allègement du contrôle *a priori* au profit d'un contrôle *a posteriori* pour le secteur public (Alami, 2018).

La réforme du système de santé marocain repose sur quatre éléments ; régionalisation, système de santé intégré, couverture médicale, réforme hospitalière. Le premier concerne la régionalisation qui permettra la dynamisation du système de santé par l'adoption d'une approche territoriale capable de responsabiliser les niveaux locaux, plus concernés par les problèmes de santé, et de mieux comprendre et corriger les inégalités de santé. En effet, la mise en place des nouveaux conseils régionaux et des nouvelles directions régionales de santé permet une convergence entre les approches territoriales et sectorielles. Elle offre ainsi une double appropriation des questions de santé au sein des territoires régionaux, avec une mise à profit des nombreux outils d'actions du secteur et des collectivités territoriales pour l'amélioration des conditions de vie et de l'état de santé de la population. Le second élément de la réforme concerne l'approche du système de santé intégré qui a l'ambition de prendre en considération les secteurs public et privé, les réseaux hospitaliers et soins de santé de base. La réforme de financement représente le troisième point à travers les deux mécanismes de couverture médicale, soit l'AMO et le RAMED. Enfin, le quatrième élément concerne la réforme hospitalière pour répondre aux exigences de la transition sanitaire via la modernisation, l'autonomisation, l'amélioration de la compétitivité et de la performance des hôpitaux, et enfin leur préparation à la mise en place de l'AMO et du RAMED.

Ainsi, nous pouvons constater que la réforme hospitalière est importante pour l'amélioration du management des services de santé car elle est considérée comme un appui à la politique de maîtrise des coûts, à la mobilisation et la rationalisation des ressources. En effet, cette dernière est soutenue par deux projets : le "Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé" (PAGSS) financé par un don de la Commission Européenne dans le cadre du programme MEDA<sup>8</sup>, d'environ 20 Millions d'Euros et le "Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé" (PFGSS) financé par un prêt de la Banque Mondiale d'environ 76,1 Millions de dollars U.S. dont la composante première concerne exclusivement la réforme hospitalière. Dans une logique de maîtrise des coûts pour les établissements publics, il s'agit d'alléger le contrôle *a priori* au profit d'un contrôle *ex post* en responsabilisant les gestionnaires, ce qui passe par un développement de la contractualisation, du contrôle de gestion et du contrôle interne (Alami, 2018).

---

<sup>8</sup> « MEDA / MEDA II - Instrument financier du Partenariat euro-méditerranéen (PEM) »

## **2. L'organisation des hôpitaux sous contrainte de gestion**

A l'instar de nombreux pays, les hôpitaux marocains sont très encadrés par la loi et notamment par l'arrêté 2011 (2.1.). En revanche, les hôpitaux privés disposent de marges de manœuvre bien plus grandes (2.2.).

### **2.1 Le secteur public**

L'arrêté du 6 juillet 2010 publié au Bulletin officiel N° 5926 du 17 mars 2011 apporte de nouvelles dispositions tant au niveau de l'organisation administrative qu'au niveau des soins et des services. Cet arrêté apporte des changements dans les modes de gestion, avec une nouvelle réorganisation articulée autour de trois pôles distincts. Dirigé par un directeur d'hôpital qui est nommé par le ministère de la santé et qui assure la gestion technique, administrative et financière, l'administration d'un centre hospitalier et de chaque hôpital qui le compose est organisée en trois pôles de gestion : le pôle des affaires médicales, le pôle des soins infirmiers et celui des affaires administratives.

Le pôle des affaires médicales placé sous la responsabilité d'un médecin, a pour missions la coordination des programmes de soins et des services médicaux, l'évaluation de la qualité et de la performance des soins hospitaliers, la formation continue du personnel médical, la contribution à la prévention des infections et à l'hygiène de l'établissement, et la planification et la gestion des ressources destinées au personnel médical (article 5).

Le pôle des soins infirmiers, placé sous la responsabilité d'un cadre titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier, veille à la gestion des unités de soins et de services paramédicaux. Il a pour mission la coordination et la planification des activités et programmes de soins et des services paramédicaux, leur évaluation, la contribution à la prévention des infections nosocomiales, la planification et la gestion des ressources destinées au personnel paramédical, la contribution à l'élaboration et au suivi des programmes d'éducation sanitaire, la contribution au développement de la recherche en soin infirmier (article 7).

Le pôle des affaires administratives, dirigé par un cadre administratif, a pour mission d'assurer la gestion des ressources humaines et financières ainsi que la gestion des services techniques et de maintenance (article 9). Il est chargé, entre autres, d'assurer la gestion administrative du personnel, d'élaborer le plan de développement des ressources humaines, d'assurer la gestion budgétaire, financière et comptable, de veiller au recouvrement des créances de l'hôpital, et

d'élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion et de maintenance des équipements médicaux et des installations techniques.

Parallèlement, au sein de l'hôpital, il est prévu des instances de concertation et d'appui tel que le comité d'établissement qui est présidé par le directeur et est composé des chefs de chacun des trois pôles. Ce comité a pour mission de définir les orientations stratégiques de l'hôpital et se prononce sur le projet d'établissement de l'hôpital, le plan d'action annuel, ainsi que le budget et le programme d'investissement.

De plus, la mise en place d'un comité de suivi et d'évaluation est considérée comme une nouveauté de cette nouvelle loi. Ainsi, ce comité est composé des représentants de chacun des trois pôles sus cités, du responsable du service d'accueil et d'admission ainsi que du responsable de la pharmacie hospitalière. Présidé par le directeur de l'hôpital, ce comité est tenu de se réunir une fois par mois. Cet organe a pour mission d'assurer le suivi des activités de l'hôpital au niveau clinique et le suivi de la gestion des ressources humaines, financières, matérielles. Il est également chargé de l'examen des données sur l'activité hospitalière, de l'analyse de la performance de l'hôpital et de la qualité des soins. De plus, il est chargé de procéder à une analyse mensuelle des indicateurs et des résultats obtenus.

Les autres comités mis en place sont représentés par le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), le conseil des infirmiers et infirmières (CII), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), et le comité de gestion du centre hospitalier

Par ailleurs, le ministère de la Santé a pris en compte la capacité d'accueil des hôpitaux pour procéder à une nouvelle organisation des équipes. Ainsi, les établissements hospitaliers de plus de 240 lits ne peuvent dépasser huit départements cliniques dont chacun est sous l'autorité d'un médecin chef assisté par un infirmier chef. L'article 28 stipule que « les urgences doivent être intégrées dans un département clinique dans le respect de la cohérence des activités médicales et chirurgicales. Ils doivent en outre comprendre le service d'accueil et d'admission et la pharmacie hospitalière ». En ce qui concerne le service de la pharmacie hospitalière géré par un pharmacien, et le service d'accueil et d'admission géré par un médecin, ils sont placés sous l'autorité directe du directeur de l'hôpital.

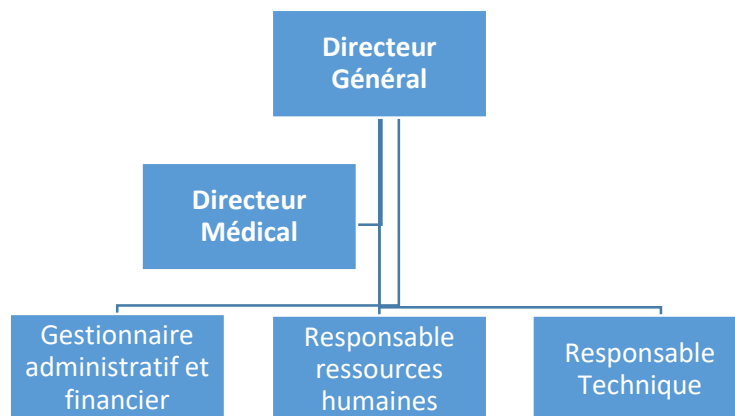
## 2.2 Le secteur privé

On distingue généralement parmi les établissements de soins privés ceux qui poursuivent un but lucratif (que l'on appelle généralement cliniques), et ceux dénués de but lucratif qui sont représentés par un certain nombre de structures de soins. La plupart de ces établissements déploient une action curative soit à travers des cabinets de consultation, des cliniques ou des hôpitaux, développant toutes les disciplines médicales et chirurgicales et avec l'introduction d'équipements de haut niveau et de meilleure qualité que dans les hôpitaux publics.

A l'instar des pays en développement, le secteur privé s'est développé de manière anarchique sans réglementation ni suivi de la part de l'Etat. Loin de toute contrainte, leur mode d'organisation reste variable, sans aucune structuration stable, avec pour seul objectif la réalisation de profit pour les actionnaires et rémunérer leurs apports. Leur gouvernance vise à générer de la richesse à court terme pour les actionnaires. En effet, la majorité des cliniques appartiennent à plusieurs actionnaires médecins, en général au nombre de cinq qui se partagent les dividendes en fin d'exercice. Les cliniques privées ne sont pas des sociétés commerciales et n'ont donc pas le droit de faire de la promotion. Aussi le secteur ne bénéficie pas de subvention comme les autres secteurs sociaux (agriculture ou enseignement), tous subventionnés ou du moins protégés. Cet état de fait a conduit les cliniques à avoir des pratiques peu conventionnelles, comme la facturation « au noir » pour être attractives pour les médecins qui ne souhaitent pas payer leur impôt sur le revenu. Aussi, ils ne disposent que très rarement d'un personnel médical et paramédical dédié, souvent en sous effectifs pour générer davantage de résultats. Par ailleurs, il n'est pas rare de voir des médecins et des infirmiers travailler simultanément dans le secteur public et dans le privé, en totale infraction avec la loi.

En 2016, la nouvelle loi 131-13 a suscité beaucoup d'interrogation et de controverses. Elle a autorisé l'ouverture des capitaux des cliniques privées aux investisseurs non médicaux. Toutefois, elle exige la nomination d'un directeur médical. De plus, elle réserve une multitude de nouvelles dispositions qui concernent l'organisation et le fonctionnement de la clinique comme celle relative au directeur médical qui pilote l'organisation des soins dont il définit les missions. Cependant, la loi ne détermine pas les liens hiérarchiques et fonctionnels entre ce dernier, le directeur administratif et financier ou encore le représentant légal (gérant ou administrateur). Ces fonctions sont nouvelles dans le cadre de cette loi. Ainsi, l'organigramme type des cliniques se présente comme décrit dans le schéma ci-dessous, chaque clinique peut

développer son organisation interne à son bon vouloir toute en respectant la mise en place des fonctions décrites ci-dessus.



**Figure 4 : Organigramme simplifié des établissements du secteur privé (Marrakech consulting group)** source : article l'économiste, par Badra BERRISSOULE « les Cliniques privées : Les limites juridiques de la réforme » Edition N° :4953 Le 03/02/2017

Le cas des organismes privés à but non lucratif occupe une place particulière dans le secteur privé. Bien qu'ils bénéficient d'avantages fiscaux, ils ne sont pas sous la tutelle étatique mais leurs actions doivent s'inscrire dans les politiques publiques dès lors qu'ils sont partiellement financés par l'Etat. Cependant, leur financement ne provient pas directement des fonds de l'Etat mais plutôt d'institutions qui peuvent être marquées par des valeurs et une vision propre. Leur tutelle est exercée selon le cas par une association, une fondation, une mutuelle ou une congrégation avec des objectifs qui sont souvent marqués par leur propre histoire et les valeurs portées par leurs créateurs. L'évaluation de leur performance est donc influencée par ces valeurs fondatrices, mais aussi par leur contribution aux politiques publiques et d'autres critères (capacité à se pérenniser, équilibre financier), variables selon le degré de contrôle exercé par la tutelle.

Comme la généralisation de la couverture sociale n'a pas abouti, le secteur privé traite avec plusieurs interlocuteurs dans le cadre de la prise en charge médicale de ses patients dont une bonne partie n'est affiliée à aucun organisme (payant). En 2010, les paiements directs par les ménages représentent près de 54% des dépenses de santé ; avec ce taux, le Maroc est mal positionné par rapport aux pays à revenu intermédiaire, ou encore par rapport aux pays voisins et économiquement similaires (Belmaati, 2015). Selon cet auteur, la structure de financement n'aurait quasiment pas changé depuis 1997/1998 avec des ménages supportant toujours l'essentiel des dépenses. Parmi les organismes phares avec lesquels le secteur privé traite, citons

la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui couvre tous les salariés de l'industrie, du commerce, des professions libérales, ainsi que ceux de l'agriculture et de l'artisanat, caisse financée par les cotisations employeurs et salariés. Citons également la Caisse Nationale des organismes de prévoyances Sociale (CNOPS) qui couvre les professionnels de l'Etat et assimilés, et recouvre 9 mutuelles. Compte tenu de l'importance du portefeuille de cet organisme, nous pouvons dire qu'elle a une force de négociation assez importante. Enfin, la Caisse mutualiste interprofessionnelle dans le secteur privé (CMIM) couvre 256 entreprises essentiellement dans les secteurs bancaires et des hydrocarbures. La relation entre ces différents organismes est régulée par l'agence nationale d'assurance maladie qui a le pouvoir d'arbitrer entre le secteur privé et les organismes de couverture médicale.

Avec la mise en place de la réforme santé, l'objectif prioritaire est l'expansion de la couverture médicale, ce qui pose question quant aux relations entre secteur public et secteur privé. En effet, le développement insuffisant des structures de soins publics conduit à un secteur public en position défavorable par rapport aux structures privées. La réforme du financement, pourrait créer une situation de déséquilibre en faveur du privé, situation ne permettant pas d'atteindre le but escompté : la création de l'assurance maladie pour une autonomisation des hôpitaux publics.

**Conclusion section 2 :**

**Des réformes mettant le système hospitalier marocain au défi de la financiarisation**

Cette section a permis de distinguer les différents types de structures hospitalières présentes au Maroc : hôpitaux généraux, hôpitaux spécialisés, Etablissements Publics Hospitaliers, hôpitaux SEGMA, hôpitaux gérés en mode régie, hôpital local, centre hospitalier préfectoral, centre hospitalier régional, privés, publics, à but non lucratif.

Quelle que soit la typologie, l'ensemble de ces structures est touché par des réformes qui visent à améliorer non seulement le système global de santé du pays, mais aussi leur fonctionnement et à garantir leur pérennité financière. Ces transformations, dont la financiarisation est sous-jacente, conduisent finalement à poser la question des modalités de changement au sein de ces organisations, et plus précisément des acteurs, fonctions et dispositifs de gestion susceptibles d'être impliqués.



## CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Après avoir présenté les origines, définitions et secteurs touchés par le phénomène de la financiarisation, ce chapitre a permis de cerner son institutionnalisation dans les entreprises. Il met également en évidence que le secteur public n'échappe à cette financiarisation compte tenu des restrictions budgétaires auxquelles sont confrontés les Etats et de l'influence d'organismes internationaux (OMS / OCDE / Banque Mondiale). Le déploiement d'un New Public Management, ou du moins de modèles similaires, constitue l'un des principaux véhicules de la financiarisation du secteur public et, en particulier, de l'hôpital. Il est de nature à transformer le fonctionnement des organisations publiques et de celles financées, même en partie, par l'Etat dans de nombreux pays, y compris au Maroc. C'est le cas des hôpitaux publics et privés à but non lucratif dans ce pays. Ce dernier est amené à relever différents défis liés au progrès des techniques de soins, à l'institutionnalisation de la sécurité sociale, à l'augmentation d'équipements de qualité et du personnel qualifié et, surtout, à la mise en œuvre de réformes.

Après avoir caractérisé les différents types d'établissements hospitaliers publics et privés marocains fortement engagés dans les réformes de 2011 et de 2016, ce chapitre montre les différences entre les deux types de structures. Les premières sont particulièrement encadrées par la loi de 2011 s'agissant de financements publics, les secondes par celle de 2016 qui leur accorde le droit d'ouvrir le capital aux investisseurs non médicaux. Plus précisément, les hôpitaux privés à but non lucratif ne sont pas sous la tutelle de l'Etat bien que bénéficiant d'avantage fiscaux et devant s'inscrire dans les politiques publiques dès lors qu'ils sont partiellement financés par l'Etat. Dans cette dualité public / privé, les structures sous le giron de l'Etat semblent défavorisées en raison du développement insuffisant des structures de soins publics et de l'ouverture des hôpitaux privés aux financeurs non médicaux.

Les défis que les établissements de santé ont à relever dépendent certes des choix des Etats et des réformes qu'ils engagent, mais aussi de l'évolution de l'environnement dans lequel ils se situent. Ces défis se traduisent clairement par une montée en puissance des préoccupations financières, à côté de celles liées à leur mission originelle de soigner des patients. Ces organisations ne peuvent relever leurs défis qu'en se transformant, en combinant voire en intégrant deux logiques, l'une financière, l'autre médicale. La fonction contrôle de gestion en tant que vecteur du changement, de par son orientation financière et/ou non financière, peut-elle alors aider ces établissements à se transfo

**Chapitre 2**  
**Transformer des organisations pluralistes**  
**par le contrôle de gestion ?**

Le système de santé marocain connaît de multiples mutations et réformes. Face à ces dernières, l'hôpital a besoin de moderniser sa gestion à l'instar de toute structure publique s'inscrivant dans le New Public Management ou dans des idéaux-types similaires. En effet, nombreux sont les hôpitaux qui s'inspirent de la gestion des entreprises privées pour impulser davantage de performance managériale et financière. Or, le changement dans ces organisations par réformes successives peut s'avérer être une impasse en raison de leurs spécificités (section 1). Considérées comme une bureaucratie professionnelle (Nobre, 1999) ou une anarchie organisée (Denis *et al.*, 1995 ; Vallejo *et al.* 2015), elles se caractérisent par le pluralisme de ses membres et donc par des logiques et intérêts divergents.

Au travers de notre recherche, l'objectif est d'explorer le rôle du contrôle de gestion dans la conduite du changement, dans le passage d'une organisation dominée par le seul staff médical à une organisation qui développe un système de contrôle plus formel, basée sur une culture managériale. Pour étudier le rôle du contrôle de gestion dans le changement, un certain nombre de recherches en comptabilité, contrôle et audit mobilisent la théorie de l'acteur réseau, dont nous présentons les principes, fondements, concepts clés et moments du processus de traduction (section 2).

Cette recherche place le contrôle de gestion au cœur de la conduite du changement. Certaines recherches portent sur le rôle de l'outil de gestion comme investissement de forme (Chua, 1995) ou créateur de normes (Llewellyn et Northcott, 2005) ; d'autres sont consacrées au rôle du contrôleur de gestion comme animateur du changement (Hachmanian et Hussenot, 1984) ou déclencheur du changement (Russell *et al.*, 1999) notamment dans les organisations soumises à de fortes contraintes (Bühler, 1979). D'autres encore portent sur un rôle offensif voire de domination du contrôleur qui impose un langage financier (Bessire, 1995, Morales et Pezet 2010). Dans différentes recherches, le contrôle de gestion assure un rôle de traduction, au sens de Callon et Latour (Bollecker, 2004), qui nous paraît riche à analyser dans le cadre de la transformation d'organisations pluralistes (section 3).

## **Section 1 : L'organisation pluraliste au défi de la financiarisation**

L'intégration croissante de la financiarisation dans les organisations à but non lucratif pose la redoutable question de la cohérence avec la mission originelle de ces structures. La recherche d'une création de valeur actionnariale ne constitue clairement pas leur priorité lorsqu'elles se constituent. Cependant, les contraintes budgétaires nécessitent d'optimiser l'utilisation de leurs ressources et, dans certains cas, de les diversifier. L'intégration d'une logique financière dans ce type d'organisations devient donc incontournable. Cette nouvelle logique se greffe alors à la logique originelle fondée sur la mission. C'est le cas des hôpitaux dans lesquels la transformation peut être plus fastidieuse, compte tenu d'une pluralité de parties prenantes, d'intérêts et donc de logiques. Dans cette section, nous nous penchons sur les spécificités de ces organisations et sur les cadres théoriques utilisés en contrôle de gestion susceptibles d'être mobilisés pour traiter la question du changement.

### **1. Spécificités des organisations hospitalières et contraintes de gestion**

En tant que bureaucratie professionnelle, les organisations hospitalières se caractérisent par un centre opérationnel dont les membres coordonnent leurs activités à partir de la standardisation des qualifications (1.1.). La multiplicité des parties prenantes confère à ces organisations une autre particularité, celle d'une structure pluraliste (1.2.) susceptible de s'opposer aux mutations (1.3.).

#### **1.1 L'hôpital : une bureaucratie professionnelle et une organisation pluraliste**

L'hôpital est souvent désigné comme une organisation complexe par « l'étendue et la diversité des compétences, le développement d'hyper-spécialités, l'incommunicabilité entre services (et parfois au sein d'un même service) » (Honoré et Samson, 1994, p. 18). En premier lieu, l'hôpital est soumis à de nombreux rapports de pouvoir en interne en raison de la coexistence de différentes catégories professionnelles (corps médical, personnel soignant, personnel administratif, personnel technique). Mintzberg (1986) met en évidence le rôle du centre opérationnel représenté principalement par le corps médical qui dispose d'un pouvoir important au sein de l'institution. Il explique que ce pouvoir leur est attribué grâce à l'autorité professionnelle et à leur compétence Mintzberg (1989). Des travaux antérieurs ont également mis en évidence ce rapport de pouvoir entre les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984 ; Harris, 1977 ; Huard, 1977 ; Young et Saltman, 1985).

Selon les critères présentés par Mintzberg (1989), l'hôpital se caractérise par un mode de coordination basé sur la standardisation des qualifications. Le centre opérationnel représente la partie centrale de l'organisation ; l'hyper-spécialité des tâches de nature complexe et les processus de formation et de socialisation confèrent au corps médical une position dominante au détriment d'autres directions.

L'hôpital est aussi qualifié « d'organisation pluraliste » (Denis *et al.*, 2004). En effet, c'est une entité où cohabitent plusieurs directions et catégories professionnelles étanches avec des objectifs divergents voire antagonistes et des valeurs contradictoires. D'après Glouberman et Mintzberg (2001), quatre mondes cohabitent à l'hôpital sans réelle communication entre eux (cure - monde des médecins, care - monde des infirmières, control - monde des managers, et community - monde extérieur). Pour Nobre (2013, p.153), « ces catégories de professionnels, au sens sociologique du terme, coopèrent de façon plus au moins étroite tout en jouant des rôles fortement intériorisés de par leur formation, leur cursus et le système de valeurs auquel se réfère leur monde, au sens de Thévenot et Boltanski (1991) ou Glouberman et Mintzberg (2001) ». Glouberman et Mintzberg (2001) évoquent les problèmes de coordination entre ces mondes surtout lorsqu'il s'agit d'allier la gestion des coûts, celle des soins et le traitement des maladies. Par exemple, la décision d'achat d'un équipement médical met en évidence la complexité et les frontières entre ces mondes dont l'aboutissement à un accord est un réel exploit : « Prenez la décision commune d'achat d'équipement. La prise en compte des responsabilités techniques des médecins et des responsabilités financières des gestionnaires est totalement irréaliste. Exigé par les médecins, acheté par les gérants et payé par les bailleurs de fonds a toujours été une formule catastrophe »<sup>9</sup>(Glouberman et Mintzberg, 2001, p.81).

Les auteurs plaident alors pour la mise en place d'un style de management collaboratif « un style artisanal, « craft style », c'est plus une question d'inspiration que de donner du pouvoir, de convaincre que de contrôler, faciliter ce qui pourrait l'être plutôt que de décider ce qui devrait l'être »<sup>10</sup> (Glouberman et Mintzberg, 2001, p. 82). Ils présentent quatre alternatives pour penser

---

<sup>9</sup> Traduction de « Take the common decision of equipment purchase. Factoring it into the technological responsibilities of the physicians and the fiscal responsibilities of the managers is utterly unrealistic. Demanded by the physicians, bought by the managers, and paid for by the donors has always been a formula for disaster ».

<sup>10</sup> Traduction de « Craft managing is more about inspiring than empowering, convincing than controlling, facilitating what might be than deciding what should be »

le management autrement : 1. Propriété sociale, 2. Échelle appropriée, 3. Un leadership engagé et 4. Réseaux de collaboration.

Les organisations hospitalières sont souvent confrontées au manque de coordination, de formalisation des activités et d'efficacité dans le pilotage. En effet, selon Nobre (1999), l'impact des formations et de la socialisation des groupes professionnels provoque l'existence d'une double ligne hiérarchique parallèle qui s'oppose, posant le problème de manque de coordination. Par ailleurs, le conseil d'administration, le directeur d'établissement et le comité médical d'établissement (CME) se heurtent à une difficulté de pilotage, compte tenu de la multiplicité des parties prenantes ayant des valeurs et langages différents, ainsi que du rapport de pouvoir entre les acteurs. En dépit de l'existence de procédures de gestion, la « balkanisation », l'hyper-spécialité et la diversité des unités de production ou des départements rendent la culture d'ajustement mutuel très coûteuse pour l'organisation. Or, il s'agit du mécanisme de coordination prépondérant dans ces organisations. Si les dispositifs de concertation sont multiples à l'hôpital, ce dernier souffre d'un problème de dialogue interne.

## **1.2. Multiplicité des parties prenantes et divergences dans les orientations et les objectifs**

L'hôpital est soumis à plusieurs influences externes exercées par la tutelle et par l'environnement politique. Constandriopoulos et Souteyrand (1997) observent que les différents acteurs en interaction à l'hôpital sont unis par des liens complexes qui nécessitent le recours à des rapports et des stratégies multiples. Il est par ailleurs constaté le pouvoir croissant des acteurs externes, en particulier les organismes d'assurance maladie, les autorités publiques comme les tutelles, les autres hôpitaux publics et privés. Selon Moisdon et Tonneau (1996), la tutelle dispose de moyens très étendus pour agir sur les établissements sanitaires, elle est assimilable à une direction centrale capable d'influencer fortement le système hospitalier. Dans le même sens, Nobre (1998) observe l'impact des contraintes budgétaires sur l'augmentation du champ d'influence auquel est soumis l'hôpital. Par ailleurs, l'évolution des pratiques technologiques conduit à une transformation des modes de fonctionnement de l'hôpital : « des relations transversales de coopération et de dépendance se développent qui viennent s'ajouter aux relations verticales traditionnelles. Ces relations d'interdépendance entraînent une transformation de la chaîne de valeur qui accroît le rôle des interfaces en modifiant les rapports de pouvoir traditionnels » (Nobre, 1998, p131).

Comme indiqué plus haut, l'existence de deux lignes hiérarchiques favorise la mise en place de stratégies individuelles au détriment de stratégies collectives (Nobre, 1999). D'après Bartoli *et*

*al.* (1997) les stratégies sont difficilement identifiables dans les organisations qualifiées de pluralistes. En effet, elles sont le résultat de jeux de pouvoir, d'intérêts politiques au profit de personnes ayant des visions souvent opposées et divergentes. Ces stratégies peuvent être éloignées des orientations et des objectifs de l'organisation. En étudiant la formation des stratégies dans ce type d'organisation, Mintzberg *et al.* (1985) les qualifient de stratégies émergentes insufflées par l'activité opérationnelle des professionnels et la convergence d'opportunités, loin de toute idée directrice ou centrale. D'une certaine manière, on retrouve ici le processus de prise de décision de type « poubelle » (Cohen *et al.*, 1972) qui se traduit par une incohérence entre les problèmes, leurs solutions et les choix réalisés. Finalement, les organisations pluralistes se caractérisent par « une grande fragilité dans les orientations stratégiques » (Denis *et al.*, 2004, p. 4).

### **1.3. Le défi d'un secteur en mutation : l'inertie organisationnelle**

L'hôpital est soumis à de profondes mutations du fait de différents facteurs. Le premier est lié aux projets de réforme de la santé dans de nombreux pays qui s'inspirent du New Public Management (Hood, 1995 ; Pettigrew *et al.* ; 1995 ; Keraudren ; 1999). Ce dernier vise principalement l'introduction d'une culture managériale pour l'autonomisation financière des établissements, modifier les relations de l'hôpital avec ses partenaires, prendre davantage en considération les droits des usagers et la qualité du service rendu, transformer l'organisation interne, la sécurité sanitaire et l'accès aux soins. Les changements démographiques de la population et les exigences sociétales constituent également des facteurs de contraintes de l'hôpital. Enfin, les innovations technologiques et l'introduction massive de ces dernières (Bazy-Malaurie et Berthod-wurmser, 1996 ; Chandernagor *et al.*, 1996) changent les pratiques médicales.

Dans la littérature, les bureaucraties professionnelles ou organisations pluralistes sont confrontées à des formes d'inertie organisationnelle et à des difficultés dans la réalisation des changements (Contandriopoulos, 2002). Ainsi, pour Denis *et al.* (2004) « le pluralisme semble promouvoir l'inertie organisationnelle de trois façons :

- L'autonomie individuelle produit la paralysie collective ; [...]
- La participation à la formation des stratégies produit du consensus inflationniste ; [...]
- Les lieux de pouvoir étant diffus et les objectifs divergents entraînent la dilution dans les initiatives de changement stratégique » (Denis *et al.*, 2004, p.4-5).

De plus, les études montrent un décalage de temps entre l'identification des problèmes, leur solution et la promulgation des lois. Pour Schweyer (2006, p.215), la multiplication des réformes entraîne des formes d'inertie.

Compte tenu de ces difficultés, nous nous tournons vers la fonction contrôle de gestion afin d'y rechercher des moyens de transformer ces structures, les habitudes et les acquis des différentes parties prenantes. **La problématique centrale de cette thèse est alors la suivante : Le contrôle de gestion peut-il contribuer au changement dans des organisations pluralistes, sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives ? Nous formulons une question de recherche qui découle de cette problématique centrale : Dans l'affirmative, comment le contrôle de gestion contribue-t-il au changement ?**

## **2. Identification des cadres théoriques mobilisables en contrôle de gestion**

Pour répondre à cette problématique, il nous paraît pertinent de rechercher en premier lieu des réponses parmi les cadres théoriques mobilisés en contrôle. Différents cadres théoriques ont été mobilisés ces dernières années dans la littérature pour analyser le rôle du contrôle de gestion dans le changement. Par exemple, Nobre et Zawadski (2013) utilisent l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) pour mettre en évidence les mécanismes sociopolitiques dans la mise en œuvre du contrôle de gestion au sein d'une PME. Boitier et Rivière (2011) et Bollecker (2016) font appel à la théorie néo-institutionnaliste : « Les systèmes de contrôle de gestion formels sont eux-mêmes des institutions qui s'expriment au niveau des organisations, exerçant des pressions cognitives, normatives et coercitives sur les acteurs » (Boitier et Rivière, 2011, p.96). Drevetton et Rocher (2010) mobilisent la théorie de la traduction pour analyser l'implantation d'une innovation managériale au sein d'un établissement public. Ils constatent la nécessité de trouver un équilibre entre le besoin de s'aligner avec les objectifs initiaux de la traduction et de permettre une adaptation afin de faire adhérer plus d'acteurs au projet. La fonction contrôle de gestion peut donc jouer un rôle dans la transformation organisationnelle. Pour définir un cadre théorique en cohérence avec l'objet de notre recherche, nous nous sommes référés à deux analyses typologiques de théories en contrôle de gestion : l'approche interprétative et humaniste proposée par Bessire (2.1.) et la synthèse de Ben Temellist (2009) des différents cadres théoriques mobilisés (2.2.).



## **2.1. Une approche interprétative et humaniste du contrôle de gestion**

Bessire (2002) recommande de sortir des sentiers battus et de s'orienter vers un modèle de contrôle de gestion distinct qui se focalise sur le rôle de l'être humain. Notre interprétation du fonctionnement des organisations pluralistes, où l'acteur est au centre des contraintes de gestion, nous conduit à être totalement en phase avec une telle orientation et nous invite à adopter d'emblée un cadre théorique non rationaliste. Contrairement à ce dernier, les approches rationalistes négligent l'aspect humain et les conflits sociaux dans les organisations.

De ce fait, nous adoptons une approche interprétative du contrôle de gestion qui s'intéresse, selon Morgan (1988), aux schémas d'interprétations des individus et tente ainsi de comprendre l'action sociale en s'intéressant à l'expérience subjective des acteurs et aux représentations de leurs actions. L'approche interprétative favorise le compromis et la convention dans la construction et l'intégration d'éléments normatifs. C'est ainsi que les pratiques de gestion sont conçues et modifiées par les acteurs sociaux. Les questions sous-jacentes à cette approche interprétative sont alors : « comment les individus, placés dans des contextes organisationnels différents, perçoivent-ils et organisent-ils un système de contrôle de gestion ? Quelles significations ce système génère-t-il ? Les règles et processus de comptabilisation font-ils partie du dispositif de production de sens utilisé par les individus au sein des organisations de travail et si oui, comment les individus les utilisent-ils pour voir, décrire et expliquer l'ordre des choses ? » (Chua, 1988, p. 73). Dans une telle approche, Bessire (2002) présente le contrôle de gestion comme un contrôle d'opportunité reposant sur l'Humanisme.

Bessire (2002) précise que cette approche humaniste découle des travaux de l'Institut pour la recherche sociale de Francfort. Il met en évidence les relations de pouvoir dans l'organisation et s'intéresse à l'émancipation qui se manifeste par une prise de conscience des individus des contraintes idéologiques. Ce courant critique s'attache à analyser les relations de pouvoir et de domination. La gestion rationnelle impose des manières de faire aux acteurs, ce qui peut les conduire à une perte de sens du travail. Pour pallier ce risque de perte de sens, l'organisation a recours aux discours, aux stratégies et aux slogans mobilisateurs. Pour Bessire (2002), ce courant représenté par Habermas, est fertile en contrôle de gestion : il met en évidence trois notions fondamentales : « le monde vécu » représenté par la sphère de vie privée, « les systèmes » représentés par l'Etat, l'économie et les structures intentionnelles de la société, et « la colonisation intérieure » qui est le résultat de la submersion du monde vécu par les

systèmes. Par exemple, la comptabilité, à travers ses concepts et discours, colonise la sphère du monde vécu et envahit la sphère publique. Ainsi, pour Bessire « les recherches sur le contrôle de gestion se référant à l'humanisme radical peuvent être considérées comme une tentative pour échapper au modèle du contrôle mécanique, qui met l'accent sur la conformité et la productivité, afin de promouvoir un contrôle de type concourant, axé sur l'opportunité et la légitimité. » (Bessire, 2002, p 19).

## **2.2. De multiples cadres théoriques envisageables**

Au-delà de cette approche interprétative et humaniste du contrôle de gestion que nous adoptons, il convient de s'intéresser plus profondément aux théories mobilisées en contrôle et s'intéressant au changement. Ben Temellist (2009) a réalisé une synthèse en se référant à l'ensemble des articles critiques en contrôle de gestion parus dans *Accounting Organizations and Society* (AOS) entre 1976 et 2006. Différentes perspectives sont mises en évidence.

**Les perspectives interactionnistes** : elles regroupent l'interactionnisme symbolique, la Grounded Theory (GT) ou théorisation ancrée, l'ethnométhodologie, l'ethnographie et la théorie de la structuration. Ces perspectives voient la société comme le résultat des interactions interindividuelles. En contrôle de gestion, ces perspectives sont mobilisées pour comprendre la génération et le développement du système de contrôle et des informations managériales. Bessire (2002) situe ce courant « à mi-chemin entre le contrôle d'opportunité (relié à une position humaniste) et le contrôle de conformité (correspondant à une orientation structuraliste), dans la mesure où la dimension contrôle de légitimité n'est que faiblement mise en évidence » (Bessire, 2002, p13). En contrôle de gestion, le recours à la théorie de la structuration est initié dès les années 1980 par Roberts et Scapens (1985), puis par Macintosh et Scapens (1990). Ces auteurs mettent en évidence l'intérêt de se pencher sur le rôle disciplinaire du contrôle de gestion, son impact dans les organisations grâce à la légitimité d'actions qu'il procure aux acteurs, et son rôle de domination des individus. Nobre et Zawadzki (2015) soulignent cependant la difficulté d'opérationnalisation de ces perspectives, en particulier la théorie de la structuration, qui conduirait le chercheur à faire des concessions ou des choix en terme de méthodologie.

**La perspective foucauldienne** : inspirée des travaux des philosophes Michel Foucault (1975) et Jürgen Habermas (2005), cette perspective est mobilisée pour étudier le rôle de l'outil en tant

qu'instrument de pouvoir qui émerge des conflits sociaux (Lorino, 2005). Dans ce sens, les outils et les acteurs n'ont pas une essence propre (Miller & O'Leary, 1987), de même que les acteurs, conscients qu'ils sont contrôlés, n'ont ni influence ni initiative.

**Le « Labour process »** : issue des travaux de Karl Marx, cette perspective analyse le processus capitaliste du travail et ses transformations (Braverman 1974) et (Burawoy 1978). En contrôle de gestion, le Labour process est mobilisé pour étudier l'influence de ce dernier sur la relation entre les acteurs managers et les autres acteurs (Ezzamel *et al.* 2004), et expliquer l'existence d'une interdépendance entre le contrôle de gestion et le contexte socioéconomique (Ezzamel *et al.*, 2007).

**Les théories critiques** : plus connues sous le vocable « École de Francfort », elle englobe des travaux qui s'inspirent d'auteurs comme Max Horkheimer, Theodor Adorno, Jürgen Habermas ou Axel Honneth. Cette perspective s'intéresse à la recherche sociale en mettant en exergue des critiques du capitalisme et son impact social négatif. Voirol (2012) identifie le socle commun et la base de cette théorie à travers trois points. D'abord, il existe des pratiques sociales réelles qui ne sont saisies que partiellement par la théorie, mais cette dernière arrive à en repérer celles porteuses d'une « vie bonne... donc à une forme de libération puisque l'être humain s'arrache alors à l'état d'oppression et d'aliénation dans lequel il est pris. » (Voirol, 2012, p.115). Ensuite, le déploiement de ces pratiques définies comme souhaitables sont le résultat d'un processus d'émancipation : « plus ces pratiques pourront se déployer dans le monde social, plus la collectivité a des chances d'échapper aux dynamiques qui l'enserrent dans la reproduction de processus d'aliénation et de domination » (Voirol 2012, p 115). Enfin, la mise en exergue du concept de réification explique la constatation d'obstacles pour contrecarrer le déploiement de ces pratiques émancipatoires. En contrôle de gestion, différents auteurs mobilisent cette perspective pour expliquer comment les techniques de comptabilité de gestion émergent et diffusent des rapports de pouvoir (Burchell *et al.* 1985 ; Hopwood, 1987, 1989 ; Miller et O'Leary, 1987 ; Miller, 1991, 2001).

**La perspective latourienne** ou théorie de l'acteur réseau : inspirée des travaux en sociologie de la traduction de Bruno Latour et Michel Callon, elle s'intéresse au phénomène de réseaux constitués d'éléments matériels et immatériels, d'humains et non humains qui composent le monde social, donnent sens et entretiennent le réseau. Souvent mobilisée pour expliquer le succès ou l'échec des innovations, cette perspective étudie, grâce à son aspect processuel, les

innovations et les processus de changement. En contrôle de gestion, les études qui font référence à la sociologie de la traduction renvoient à une transformation et un déplacement des acteurs humains et non humains par des négociations. Certains auteurs mettent en perspective la relation entre les outils de gestion et l'environnement dans lequel ils évoluent (Robson, 1991; 1992 ; Justesen et Mouritsen, 2011).

**La perspective de la Carnegie school :** apparue à la fin des années 40, elle est représentée par March et Simon (1958), Cyert et March (1963) et Cohen, March et Olsen (1972) qui cherchent à démontrer les limites des individus dans le traitement des informations et la résolution des problèmes (rationalité limitée) et leurs conséquences sur les organisations (par exemple le modèle de la « poubelle » ou « garbage can »). Cette perspective est l'une des premières à être mobilisée dans les recherches critiques en contrôle de gestion par Hedberg & Jönsson (1978). Dans une approche comportementale, Argyris (1952) met en évidence les dysfonctionnements créés par les budgets (slack budgétaire) priorisant l'intérêt individuel au détriment de celui de l'organisation. Il s'est penché avec d'autres auteurs sur l'étude des moyens qui amplifient ou encore limitent les dysfonctionnements organisationnels et leur impact sur la performance.

**La perspective néo-interactionniste :** les travaux de Abbot (1988) incarnent cette perspective marquée par la sociologie de la profession. Ainsi, l'introduction de la fonction contrôle de gestion dans les organisations peut être le jeu de lutte entre les professions pour s'accaparer le champ de la comptabilité de gestion. Cette perspective se penche sur le processus de professionnalisation, ce qu'Abbot (1988) nomme « le système des professions » : « chaque profession est associée à un ensemble de tâches par les liens de la compétence, les forces et les faiblesses de ces liens étant établies dans les processus du véritable travail professionnel. Puisqu'aucun de ces liens n'est absolu ni permanent, les professions constituent entre elles un système interactif, une écologie. Les professions sont en compétition au sein de ce système et le succès d'une profession reflète autant les situations de ses concurrents et la structure du système que les propres efforts réalisés par cette profession [...]. Les professions ne doivent pas être appréhendées indépendamment les unes des autres, mais elles ne peuvent pas non plus être regroupées au sein d'un tout homogène appelé « les professions ». Elles existent dans un système » (Abbott, 1988, p. 33).

**Les perspectives institutionnelles :** initialement utilisées en sciences sociales, elles se sont mobilisées en Sciences de gestion par différents auteurs qualifiés de néo-institutionnalistes. Ils

se sont focalisés sur l'étude des formes et des champs organisationnels (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983 ; North, 1991 ; Mézias, 1995). DiMaggio et Powell (1977) observent que les organisations appartiennent à des champs organisationnels hautement structurés qui forment au total un domaine reconnu de la vie institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1977). Ce champ organisationnel induit les organisations à réagir aux différentes pressions institutionnelles de la même manière, générant ainsi un certain conformisme, appelé isomorphisme institutionnel. Ainsi, l'organisation subit deux environnements différents, l'un technique, et l'autre institutionnel qui est composé selon Scott (2008) de « symboles, systèmes cognitifs et croyances normatives ». Pour subsister, l'organisation doit répondre aux exigences techniques de son environnement et se conformer aux éléments constitutifs des institutions, les croyances, les règles et les pratiques pour acquérir une légitimité sociale (Scott, 1987, Abernethy et Chua, 1996). Cette perspective théorique explique également des pratiques organisationnelles qualifiées de contrôle aveugle (Olson, 1985), de mythe rationalisé (Scott 1981), de rituel (Olsen, 1971 et Ouchi, 1977), de rituel rhétorique (Peterssen 1995), ou encore d'action hypocrite (Brunsson 1986). Dans leur étude consacrée à l'influence du changement de l'environnement institutionnel sur le contrôle de gestion, Dambrin *et al.* (2005) observent que le découplage apparaît comme une solution pour satisfaire les besoins d'acteurs puissants opposés ou différents. Les travaux d'Oliver (1991) et ceux de Pache et Santos (2013) s'inscrivent également dans cette perspective : face aux exigences institutionnelles contradictoires, les organisations développent des réponses stratégiques différentes.

### **3. Le choix de la théorie de l'acteur réseau**

Notre thèse est consacrée au rôle du contrôle de gestion dans le changement d'une organisation pluraliste sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives. Compte tenu du contexte, elle induit l'idée de changement se traduisant par l'imbrication des dimensions organisationnelle et relationnelle et, notamment, l'élaboration d'alliances et de réajustements stratégiques plus adéquats.

Dans les théories citées précédemment, il ressort que l'introduction des outils de gestion n'est pas un processus interactif entre acteurs qui instaурeraient le changement mais plutôt un moyen entre les mains des managers pour imposer, maîtriser l'action et pour dominer. Le changement à travers la mobilisation d'outils de gestion n'est pas construit entre différents acteurs mais représente plutôt un rapport de pouvoir.

La théorie de la traduction, qui met la lumière sur la façon dont les différents acteurs dans une situation peuvent se mettre d'accord autour d'un changement ou d'un projet, nous semble appropriée à notre étude. En effet, cette perspective permet d'étudier les conditions favorisant la coopération et la construction d'un réseau soutenant le changement, et la stabilisation voire l'irréversibilité du réseau (Amblard *et al.*, 2005). Pour l'Actor Network Théorie (ANT), la diffusion d'une innovation est tributaire d'un ensemble de facteurs et interactions qui « montre des innovateurs naviguant sans arrêt entre le social, le technique, l'économique etc., négociant les contenus mêmes de leurs innovations avec les acteurs qu'ils souhaitent enrôler » (Akrich, 2006, p.111).

L'ANT nous permet ainsi d'appréhender le processus de changement en mettant en évidence toutes les interactions, les actions et les acteurs qui interviennent pour faire aboutir ou freiner cette traduction. Son cadre particulier nous offre une grille d'analyse fine du processus qui se déroule. Il permet d'identifier les controverses et les rapports entre les acteurs humains et non humains qui donnent lieu à des ajustements et des adaptations au contexte. Dans les autres perspectives théoriques, l'outil de gestion est considéré comme un moyen plutôt qu'un actant qui a les mêmes pouvoirs d'influence que les acteurs humains. De plus, dans le cadre du projet de changement qui se traduit le plus souvent par l'implantation de certains outils de gestion, l'ANT permet de mettre en relation les outils de gestion et l'environnement dans lequel ils évoluent (Robson, 1991, 1992 ; Justesen et Mouritsen, 2011). Etant constitué d'un réseau d'acteurs humains et non humains, l'ANT considère ces derniers de façon équivalente et leur confère un pouvoir leur permettant d'agir grâce à leur intégration aux réseaux (Justesen & Mouritsen, 2011). D'autres auteurs mettent en évidence le processus d'appropriation des outils de gestion par les acteurs qui le modifient et le transforment lors de sa diffusion dans l'organisation (Lorino, 2002 ; Perez *et al.* 2005). En effet, les outils de gestion sont construits, interprétés et émergent en fonction des intérêts des acteurs du réseau (Preston *et al.*, 1992 ; Chua, 1995 ; Baxter et Chua, 2003 ; Quattrone et Hopper, 2005). Le rôle d'actant de l'outil de gestion lui confère une position égale aux acteurs humains et peut participer à la formulation, la construction et la stabilisation d'activités organisationnelles (Justesen & Mouritsen, 2011). Enfin, cette théorie nous permet de nous focaliser également sur le rôle joué par le contrôleur de gestion qui est considéré comme un acteur actif (Bühler, 1979), voire proactif (Meyssonier et Pourtier, 2006) du changement. La dimension relationnelle de sa mission s'avère par ailleurs porteuse pour faire converger les buts dans l'organisation (Halgand, 1996, Lemaitre, 1993,

Lebas, 1995, Danziger, 1995). L'ANT s'intéresse à l'analyse du rôle des différents acteurs dans un processus de traduction, elle définit les rôles de certains actants tels que 'premium movens', le traducteur, les médiateurs, les intermédiaires et les portes paroles (ce que nous explicitons dans la prochaine section). Ces multiples concepts et l'analyse proposée par cette théorie aident à identifier le rôle du contrôle de gestion et du contrôleur de gestion dans un processus de changement.

### Conclusion section 1

#### **La théorie de l'acteur réseau pour cerner le rôle du contrôle de gestion dans des bureaucraties professionnelles pluralistes.**

Dans cette section, nous montrons que l'hôpital est largement reconnu dans de nombreux travaux comme une bureaucratie professionnelle dont le centre opérationnel occupe une place importante dans l'organisation. Fondée principalement sur la standardisation des qualifications, la structure confère un pouvoir important aux membres du centre opérationnel. Nous montrons également que l'hôpital est caractérisé par la multiplicité de ses parties prenantes et des divergences dans les orientations et les objectifs. Le pouvoir des membres du centre opérationnel et les divergences d'intérêts des parties prenantes sont donc particulièrement problématiques dans un contexte en mutation. Ils peuvent conduire à l'inertie organisationnelle alors que la structure doit se transformer. Ces constats nous ont conduits à la **problématique centrale de la thèse et à une question de recherche qui en découle : le contrôle de gestion peut-il contribuer au changement dans des organisations pluralistes sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives ? Dans l'affirmative, comment le contrôle de gestion contribue-t-il au changement ?** Dans cette section, nous avons également analysé des cadres théoriques susceptibles d'être mobilisés pour contribuer à apporter des réponses à ces questions. Dans une perspective interprétative et humaniste du contrôle de gestion, nous considérons que la théorie de l'acteur réseau constitue le cadre le plus pertinent.

## **Section 2 : Les fondements et développements de la théorie de la traduction**

La théorie de la traduction est née des travaux controversés de Bruno Latour qui s'est engagé dans une anthropologie des sciences par l'analyse des débats scientifiques et des controverses, en expliquant la manière dont la connaissance est produite. Nommée théorie de la traduction, ou Actor Network Theory (ANT) (théorie de l'acteur réseau), cette approche est développée par plusieurs auteurs au sein du Centre de Sociologie de l'Innovation de l'Ecole des Mines de Paris. Elle s'articule autour de deux axiomes. Premièrement, le monde social est composé d'actants, d'acteurs humains et non humains, qui interagissent dans un processus d'ordonnement sociotechnique et aboutissent à une certaine coopération. Deuxièmement, les différents acteurs du réseau formé ne prennent sens que dans leurs relations avec les autres. Après une présentation des fondements et des principes de la théorie de la traduction (1.), nous explicitons les différents moments du processus de la traduction (2.) et enfin, nous présentons les différentes études en contrôle de gestion qui mobilisent cette théorie (3).

### **1. Principes et fondements de la théorie de la traduction**

Par une approche ethnographique, la théorie de l'acteur réseau analyse, d'une part, la fabrique des sciences et des innovations techniques en se focalisant sur le processus par lequel cette innovation s'est propagée, et non pas sur sa qualité technique et intrinsèque. En effet, le cas d'Aramis, étudié par Latour (1992), illustre bien cette idée. Il démontre que, malgré l'intérêt du projet et sa qualité novatrice et technique, ce dernier échoue à cause de la croyance par les promoteurs que la capacité technique est suffisante. Le projet a avorté en raison d'un manque de mobilisation et de vigilance envers la concurrence, conduisant à une absence d'un réseau sur lequel compter. D'autre part, les auteurs de l'ANT mettent en évidence le principe de symétrie où les éléments humains et non-humains, la société et la nature, ont le même pouvoir d'agir en tant qu'acteur à part entière ; c'est le « principe de symétrie généralisée » (Callon, 1999, p. 115). Ce principe est considéré comme un élément fondamental dans la construction sociotechnique. En troisième lieu, l'introduction d'une innovation ou d'un changement crée des controverses qui sont nécessaires dans la constitution du réseau et dans la traduction par l'acteur. L'analyse des controverses est un élément central : « certaines controverses mettent clairement en évidence les jeux d'oppositions et d'alliances suivis par les acteurs pour identifier, contenir et éventuellement dévier les contraintes qui pèsent sur eux ou pour imposer des logiques inattendues » (Callon, 2006, p. 146). Dans ce cadre, Callon (1986) met en évidence



trois types de difficultés : stylistique, méthodologique et théorique. Il préconise des solutions à chaque type de difficultés, solutions que Walsh et Renaud (2010) répertorient dans le tableau suivant pour un processus de changement.

<b>Problèmes organisationnels dans une situation de changement incrémental</b>	<b>Application managériale des principes de méthode de Callon</b>
<p><b>Stylistique :</b> La seule perspective managériale n'est pas suffisante pour étudier une controverse organisationnelle et la comprendre dans toute sa complexité.</p>	<p><b>Agnostisme :</b> Toutes les parties prenantes à une controverse organisationnelle doivent être autorisées à exprimer leur propre vision qui doit être prise en considération.</p>
<p><b>Théorique :</b> Le changement est socialement construit et non pas seulement techniquement prescrit.</p>	<p><b>Symétrie généralisée :</b> Toutes les préoccupations des actants concernés par le changement ainsi que leurs points de vue doivent être interprétées dans un répertoire commun compris par tous.</p>
<p><i>Méthodologique :</i> Le changement est un processus dynamique qui ne peut être étudié, compris, géré dans un schéma social statique i.e . dans lequel les acteurs ont un rôle statique et les jeux de pouvoir ne sont pas pris en compte.</p>	<p><i>Libre association :</i> Toutes les parties prenantes doivent être incluses dans le processus de changement tout en prenant en compte les évolutions structurelles possibles. Ces évolutions peuvent être liées à des jeux de pouvoir ou d'opportunisme</p>

**Tableau 1: Problèmes et principes de la conduite du changement (Walsh et Renaud, 2010, 289)**

Le concept de traduction est défini par Callon (1986) comme le mécanisme par lequel un monde social et naturel se met progressivement en forme et se stabilise pour aboutir à un phénomène nouveau. La traduction nécessite que plusieurs entités ou processus interagissent autour d'un même objectif. La traduction permet « d'exprimer dans son propre langage ce que les autres disent, veulent...A la fin, on n'entend plus que des voix parlant à l'unisson et se comprenant mutuellement. » (Callon, 1986, p. 204). La traduction est également définie comme un rapport de force qui se produit grâce à la négociation et la persuasion d'un acteur pour s'attribuer le pouvoir d'agir : « l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences, grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force » (Akrich *et al.*, 2006, p. 12-13).

Callon *et al.* (1992) précisent la terminologie des différents concepts mobilisés dans la théorie de la traduction : réseau, actant, traducteur, porte-parole et intermédiaire. **Le réseau** est une

"méta-organisation" au sens d'Amblard *et al.* (1996, p.134), un dispositif d'action qui rassemble des humains et non humains. Il s'agit d'un « ensemble d'entités humaines ou non humaines, individuelles ou collectives, définies par leur rôle, leur identité, leur programme » (Callon *et al.*, 1992, p. 55). La théorie met en exergue le rôle et l'influence des non humains dans la construction, la composition ou la modification du réseau et qui interviennent dans le processus de changement, ce qui conduit les auteurs à préférer le terme d'**actants** (humains et non humains) au terme « acteurs », « [L'acteur est] n'importe quel élément qui cherche à courber l'espace autour de lui, à rendre d'autres éléments dépendants de lui, à traduire les volontés dans le langage de la sienne propre. Un acteur dénivelé autour de lui l'ensemble des éléments et des concepts que l'on utilise d'habitude pour décrire le monde social ou naturel. » (Callon et Latour, 2006, p.20). Acteur capital du processus de traduction, **le traducteur** doit bénéficier d'une certaine légitimité qui lui permet d'assurer une relation entre les différentes parties prenantes du réseau. Il choisit les divers acteurs et actants pour leurs différentes qualités ou forces, il rassemble les membres du réseau et gère leurs relations pour faire accepter le projet. En effet le traducteur doit guider le processus et doit s'assurer en permanence que les acteurs en présence sont intéressés par le projet et s'orientent vers la réalisation des objectifs. « Traduire c'est déplacer. [...] Mais traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c'est s'ériger en porte-parole. » (Callon, 1986, p. 204). Un traducteur doit donc choisir ces **porte-paroles**, des acteurs et actants ayant des caractéristiques et des qualités intrinsèques qui leur permettent d'intéresser ou de représenter d'autres acteurs. Aussi pour permettre le décloisonnement des différents groupes sociaux, le traducteur a également recours à la mobilisation d'objets. Ainsi, Latour (1994, p. 592) met en évidence que les objets permettent de prolonger les interactions entre les différents mondes : « A chaque fois qu'une interaction dure dans le temps et s'allonge dans l'espace, c'est qu'on a partagé avec du non-humain », les objets interagissent avec les différents actants et avec l'environnement et permettent que le processus d'innovation devienne dynamique.

**Les intermédiaires** sont des éléments qui facilitent l'expression et l'action aux actants. Selon (Amblard *et al.*, 1996, p. 157), ces intermédiaires peuvent être des objets techniques (Akrich, 1987), des informations, des ressources financières ou des humains.

La question de la légitimité du traducteur et des porte-paroles est importante dans le processus de changement (Callon, 2006 ; Amblard *et al.*, 1996). Dans leur article, Nobre et Zawadski (2013) démontrent l'échec de la traduction dans des PME en raison d'un manque de légitimité du directeur administratif (traducteur) et des porte-paroles. Eggrickx (2016) suggère une

fertilisation croisée entre la théorie de la traduction et le concept de légitimité au sens de Suchman (1995). Ce dernier définit la légitimité comme « une perception ou présomption généralisée selon laquelle les actions d'une entité sont souhaitables, convenables ou appropriées au sein d'un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions » (Suchman, 1995, p.574). Elle permet à son détenteur d'être plus digne de confiance et plus valable. Pour les organisations, Suchman (1995) met en évidence trois types de légitimité : pragmatique, cognitive et morale.

La légitimité pragmatique est assimilée à une légitimité d'influence et d'échange entre une organisation et ses parties prenantes. Pour pouvoir exercer une influence, l'entité doit être perçue comme ayant le souci constant d'apporter une réponse aux besoins du plus grand nombre (groupe, organisation, réseau). Mais, il faut également une légitimité d'échange, c'est-à-dire mener des actions qui contribuent visiblement aux intérêts ou bien-être des parties prenantes (Suchman, 1995).

La légitimité cognitive est fondée sur des règles de cognition plutôt que sur l'intérêt et l'évaluation. Les pratiques et discours doivent avoir une correspondance à la fois avec les systèmes de croyances plus larges et avec la réalité vécue au quotidien, elles doivent prendre sens dans les pratiques au quotidien, devenir indiscutables, « taken for granted » ou prises pour acquies (Suchman, 1995). Elle se base sur la compréhensibilité et le pris pour acquis (Mobus, 2005 ; Cashore, 2002). La première découle des modèles culturels qui façonnent le comportement des organisations (Suchman, 1995), la seconde découle des coutumes, des traditions et des comportements tenus pour acquis.

La légitimité morale est fondée sur une évaluation normative des croyances sociales d'une organisation et de ses actions (Mobus, 2005 ; Cashore, 2002). Ces actions doivent reposer sur des valeurs socialement construites. Pour Suchman (1995), la légitimité morale combine plusieurs formes de légitimité : personnelle (charisme individuel), structurelle (caractéristiques de l'entité permettant d'agir pour des fins collectivement valorisées de façon appropriée et adéquate), procédurale (conformité aux techniques et procédures largement acceptées), et conséquentielle (jugement sur les conséquences et résultats),

## **2. Les différents moments de la traduction**

A partir du cas de la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, Michel Callon (1986) distingue quatre moments dans le processus de traduction : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et le fait de durer. Si pour

Drevet et Rocher (2010), les moments de la traduction ont un ordre chronologique, d'autres auteurs s'alignent avec Akrich *et al.* (1988) qui les voient comme des « boucles tourbillonnaires » ou des moments qui peuvent survenir sans ordre particulier et se caractériser par plusieurs allers et retours (Walsh et Renaud, 2010). En 2001, Callon complète son approche pour mieux expliciter le mécanisme de traduction : l'analyse de contexte, les investissements de forme, le rallongement et l'irréversibilité du réseau.

Le premier moment clé est **la problématisation**, la formulation d'une question capable de faire converger les intérêts des différents acteurs et de les conduire à coopérer : « La problématisation, outre la définition des acteurs qu'elle implique, possède donc des propriétés dynamiques : elle indique les déplacements et détours à consentir, et pour cela les alliances à sceller » (Callon 1986, p. 183). La problématisation suppose, au préalable, une analyse du contexte, c'est-à-dire une « **contextualisation** » : analyse des actants en présence, de leurs intérêts, de leurs enjeux et degré de convergence (Amblard *et al.*, 1996). Par exemple, face au risque avéré de disparition de la coquille Saint-Jacques (CSJ), la question « peut-elle se fixer dans la baie de Saint-Brieuc » est rassembleuse, intéressant autant les pêcheurs que les consommateurs, les politiques et chercheurs. Cette question conduit à une autre formulation, à un énoncé incontournable, un Point de Passage Obligé (PPO) défini par « la mise en œuvre d'un mouvement qui conduit chacun à s'engager dans une action qui rassemble, fût-ce provisoirement et autour d'un objectif intermédiaire encore éloigné de ce que sera le projet final » (Herreros, non daté, p. 5). En l'occurrence, le PPO ou l'objectif intermédiaire est : comment favoriser le processus de reproduction de la CSJ ?

Le second moment est **l'intéressement**, l'effort consenti pour démontrer l'utilité du projet et ainsi orienter les intérêts des différentes parties prenantes vers les intérêts du réseau. L'intéressement est « l'ensemble des actions par lesquelles une entité s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'elle a définie par sa problématisation » (Callon 1986, p. 185). L'intéressement passe par l'identification de porte-paroles, représentants dans les espaces de négociation, et la réalisation d'**investissements de forme**. Dans le cas des CSJ, il s'agit d'identifier des porte-paroles légitimes qui sont associés à l'action commune, par exemple, représentants des pêcheurs (syndicats, organisations professionnelles), experts et politiques. Ces porte-paroles doivent avoir une capacité à faire écho, et à diffuser les actions du réseau, ses objectifs, etc. Le dispositif matériel (délimitation de zone, règles pour sa protection, containers pour la fixation des CSJ) constitue un investissement de forme. Ce terme emprunté

par Callon et Latour à Thévenot (1985), représente « le travail consenti par un acteur-traducteur pour substituer à des entités nombreuses et difficilement manipulables un ensemble d'intermédiaires moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à manipuler et contrôler » (Callon, 1988, p 87). Identifiés par le courant de l'économie de la convention, les investissements de forme sont une illustration du développement d'une autre forme de coordination qui complète les procédures du marché (Gendron, 2006). En effet ces derniers permettent de réduire la complexité et la rendent transparente et saisissable. Les investissements de forme ouvrent la voie vers une multitude de possibilités de coordination qui permettent une réduction de coût, comme la mise en place d'un standard de temps, d'un investissement informatique ou d'une formation, autant d'interventions qui mettent en évidence que des investissements de formes de validité générale peuvent être combinés avec des investissements de formes de validité restreintes ou spécifique (les formes générales et les formes spécifiques). Ainsi les formes générales représentent tout ce qui est conventionnel comme les règles, les lois, les standards qui créent un lien durable, matériel et formalisé. Au contraire, les investissements de forme spécifique se conforment aux besoins de l'organisation et sont « sur mesure », singuliers avec moins de stabilité mais avec un effet non négligeable sur l'entreprise. Thévenot (1986) l'explique ainsi : « la formule d'investissement met en balance un coût et la généralité d'une forme qui sert d'instrument d'équivalence et qui est caractérisée par sa stabilité et son extension du domaine de validité » (Thévenot, 1986, p.30). Les investissements de forme s'opérationnalisent en produisant des intermédiaires. Michel Callon (1988) suggère quatre types d'intermédiaires : les informations, les objets techniques, l'argent, les êtres humains et leurs compétences.

Le troisième moment est l'**enrôlement**, qui se matérialise par l'attribution de rôles définis à des acteurs qui les acceptent, dans le but de réaliser les objectifs (Callon, 1986). L'affectation d'un rôle avec des tâches précises et missions a pour objectif de mobiliser les acteurs, d'en faire des acteurs essentiels et non passifs du réseau. Avoir un rôle, c'est trouver du sens. L'enrôlement consiste donc à fixer, aux différents acteurs du réseau, ce qu'ils doivent faire pour être en phase avec la traduction qui a été faite de leurs intérêts. Par exemple, les marins pêcheurs délimitent la zone de pêche interdite dans la baie de Saint-Brieuc. L'enrôlement permet d'engager les soutiens du réseau et, en même temps, de construire le réseau grâce à cet engagement (Amblard *et al.*, 1996). Enfin, l'enrôlement permet de rassembler et mobiliser des alliés pour préserver les divers intérêts et stabiliser le système d'alliances définit durant la phase d'intéressement. Callon (1986) précise que « décrire l'enrôlement, c'est donc décrire l'ensemble des

négociations multilatérales, des coups de force ou des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir » (Callon, 1986 , p.189-190).

Le quatrième moment consiste à faire durer le réseau en le rallongeant. **Rallonger le réseau** est une des conditions de la solidité du réseau. Cette phase consiste à multiplier les entités qui le composent dans une logique qui conduit du centre à la périphérie » (Amblard *et al.*, 1996, p 163). Au noyau de base, des entités nouvelles doivent être agglomérées pour le solidifier, et en même temps, donner une consistance plus grande aux projets. Pour les CSJ, les chercheurs doivent s'allier à d'autres chercheurs, les marins de St Brieuc peuvent être soutenus par la communauté des pêcheurs au-delà du secteur géographique, ...etc. Cependant, le réseau peut être fragilisé par l'intégration de multiples entités. Aussi, pour faire durer le réseau, deux autres conditions sont nécessaires : la vigilance et la transparence. La vigilance est essentielle, car toute chaîne de traduction est soumise en permanence à des traductions concurrentes, qui ne peuvent être déjouées que si celles-ci sont préalablement identifiées. Pour Callon (1986), le pas peut être vite franchi de l'attitude *traduttore* (traduction) à *traditore* (trahison). Enfin, la transparence doit être permanente pour éviter que des éléments du réseau aient l'impression d'être tenus à l'écart, ce qui leur donne de bonnes raisons de se sentir trahis. La transparence conditionne la confiance entre acteurs ; elle repose sur la mise en visibilité, la lisibilité, l'intelligibilité de ce qui est mis en œuvre dans et par le réseau. Dans l'exemple des CSJ, une crise de confiance naît entre les marins et les chercheurs qui mettent en doute la fiabilité des données recueillies sur le terrain par les marins, détruisant le dispositif mis en place et l'intéressement. Ainsi, les marins pêcheurs n'hésitent pas le soir de Noël de s'emparer et de pêcher dans la zone protégée en détruisant les larves à leur passage. Les marins se sont sentis trahis et bafoués et ont détruit leur propre projet. De ce fait, les chercheurs perdent leur laboratoire, mais également tout le réseau qui a été constitué. Les différents moments de la traduction constituent donc un aspect important de la théorie. Le tableau 2 synthétise ces aspects.

### *les Moments de la traduction*

<i>Problématisation</i>	Formulation d'une question qui met en évidence un problème capable de générer la coopération
	Etablissement d'un effort de contextualisation et une analyse des parties prenante
	Détermination d'un PPO : élément qui rassemble et crée un consensus où les acteurs sont entre définis et deviennent disposer à poursuivre la coopération.
<i>Intéressement</i>	Etablissement d'un effort pour convaincre des acteurs clefs à se joindre au réseau et défendre son intérêt
	Identification de portes paroles légitimes, représentants dans les espaces de négociation
	Etablissement des investissements de forme
<i>Enrôlement &amp; mobilisation</i>	Attribution de rôle à des acteurs qui les acceptent
	Définition des missions et des objectifs aux acteurs identifiés pour être en phase avec la traduction
	Mobilisation des portes paroles et s'assurer de leur représentativité
<i>le rallongement</i>	Solidifier le réseau pour le faire durer
	Donner une consistance au projet

**Tableau 2 : Les principaux aspects des moments de la traduction**

### **3. La théorie de la traduction en comptabilité et contrôle de gestion**

Dans la littérature des années 1990, la théorie de la traduction est mobilisée en contrôle de gestion par plusieurs auteurs (Robson, 1991, 1992 ; Chua 1995 ; Briers et Chua, 2001 ; etc.) pour étudier le processus d'implantation de systèmes de comptabilité et de contrôle, comme la mise en place d'un nouveau système budgétaire dans un hôpital (Preston *et al.*, 1992), l'expérimentation de nouveaux systèmes comptables dans des hôpitaux (Chua, 1995), l'implantation de l'Activity Based Costing (ABC) dans une entreprise d'aluminium (Briers et Chua, 2001), ou encore l'implantation d'un outil de gestion des déchets dans une région française (Drevetton et Rocher, 2010).

Dans une autre perspective, la théorie est mobilisée pour ré-ouvrir et analyser la boîte noire des systèmes comptables et de contrôle. Jones et Dugdale (2002) analysent la diffusion de la méthode ABC, un processus de traduction complexe montrant l'influence des consultants et des systèmes informatiques dans la construction de la méthode ABC. Llewellyn et Northcott (2005)

étudient la diffusion de la notion de coûts moyens dans les hôpitaux, processus conduisant à la création de normes et à la standardisation des activités hospitalières.

D'autres travaux s'intéressent aux rôles des systèmes de contrôle de gestion dans les relations inter-organisationnelles (Mouritsen et Thrane, 2006), ou comme investissement de forme. A partir d'une expérience dans trois hôpitaux australiens, Chua (1995) montre que les outils du contrôle de gestion contribuent à instaurer de la confiance, ce qui favorise le changement. Par l'expérimentation de nouveaux systèmes comptables, les experts produisent des investissements de forme, qui permettent d'allier les intérêts divergents dans le réseau d'acteurs. En effet, les outils du contrôle de gestion seraient un moyen pour réduire le nombre d'intermédiaires et faciliter ainsi le processus de traduction. Les investissements de forme peuvent aboutir à de nouvelles conceptions des organisations. Robson (1991) met en évidence le rôle d'action à distance du contrôle de gestion qui est dépendant des interactions sociotechniques : les dispositifs de contrôle de gestion sont des traductions issues des interactions entre acteurs distincts et logiques distinctes. Ainsi, le processus d'adaptation des outils de contrôle de gestion le rend plus fort (Dambrin et Robson, 2011).

Si l'on se réfère à Callon et Latour (1986), la mise en place d'un dispositif de contrôle de gestion serait tributaire d'un processus complexe qui prend en compte les controverses, la modification des techniques et les alignements d'intérêts. Selon Callon et Latour (1986) « au lieu de suivre des délais dus à des résistances, on va simplement repérer des alignements d'intérêts et les modifications des objets. Si les intérêts de nombreux groupes sont alignés, l'innovation va se répandre d'un coup ; s'ils ne le sont pas, elle va rester des siècles dans les cartons de l'ingénieur. Dans le premier cas, l'innovation ne prendra aucun temps ; dans le second, elle prendra un temps infini. Ou bien l'objet se transforme, intéresse d'autres gens et donc se déplace et dure ; ou bien il reste en l'état, n'intéresse personne et ne dure pas » (Callon et Latour, 1986 in Quemener, 2010, p. 24). L'analyse de l'implantation d'innovations managériales (Gonzales, 2007) ou la construction d'outils de gestion (Devreton et Rocher, 2011) met en évidence la nécessité de trouver un équilibre entre le besoin de s'aligner avec les objectifs initiaux de la traduction et de permettre une adaptation afin de faire adhérer plus d'acteurs au projet. Dans le même sens, Cassel et Lee (2017) soulèvent la question du lien de la réussite du projet avec le pouvoir du traducteur car la traduction devient plus complexe lors d'une représentativité par des acteurs subordonnés.



En résumé, la théorie de l'acteur réseau met en exergue la manière dont des éléments de gestion sont construits par la prise en compte de plusieurs intérêts (Preston *et al.*, 1992 ; Chua, 1995 ; Baxter et Chua, 2003 ; Quattrone et Hopper, 2005). Les outils de gestion permettent la cristallisation des pratiques managériales (Mouritsen *et al.*, 2009). Cette théorie permet également d'étudier toute forme de changement (Amblard *et al.*, 1996). Ezzamel (1994) examine dans quelle mesure le système budgétaire est impliqué dans un processus de changement organisationnel et de façon globale la construction, la diffusion et l'adoption des outils de contrôle de gestion (Robson, 1991 ; Preston *et al.*, 1992 ; Ezzamel, 1994 ; Chua, 1995 ; Briers et Chua, 2001 ; Baxter et Chua 2003 ; Lowe, 2001 ; Quattrone et Hopper, 2005, Low et Koh, 2007 ; Alcouffe *et al.*, 2007).

Dans un autre contexte, cette théorie permet également de mettre en évidence le rôle de différents acteurs humains durant le processus de traduction. Bollecker (2002, p. 125) met ainsi en évidence le rôle de traducteur du contrôleur de gestion : « les activités de traduction des contrôleurs facilitent la mise en œuvre d'actions de correction décidées lors des réunions, ou en d'autres termes favorisent l'apprentissage organisationnel ». Bollecker (2004) constate un rôle actif des contrôleurs de gestion dans la résolution de problèmes de coordination, par la traduction.

Les travaux en comptabilité et contrôle de gestion utilisant la théorie de la traduction sont nombreux. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons réalisé une synthèse dans le tableau suivant.

Objets	Principaux aspects traités	Auteurs	Référence des publications	Apports
<b>Aspect processuel</b>	<b>Processus d'implantation d'un système de comptabilité et de contrôle</b>	Preston, A. M., Cooper, D. J. & Coombs, R. W. (1992)	'Fabricating Budgets : A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service', <i>Accounting, Organizations and Society</i> , 17, 561–593.	Mise en place d'un nouveau système budgétaire dans un hôpital au Royaume Uni : la fabrication d'un système de management comptable est un processus continu de traduction car c'est un ensemble couplé d'idées et de technologies en modelage continu. Le système budgétaire est modifié, renforcé et affaibli au cours du processus
		Chua, W. F. (1995)	'Experts, Networks and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images : A Story of the Representation of Three Public Hospitals', <i>Accounting, Organizations and Society</i> , 20, 111–145.	Expérimentation de nouveaux systèmes comptables dans des hôpitaux : La mise en place des systèmes comptables a permis la transformation des activités et des représentations dans les organisations de santé
		Briers, M. & Chua, W. F. (2001)	'The Role of Actor networks and Boundary Objects in Management Accounting Change : a Field Study of an Implementation of Activity-based Costing', <i>Accounting, Organizations and Society</i> , 26, 237–269.	Implantation de l'Activity Based Costing (ABC) dans une entreprise d'aluminium : le réseau d'actants peut modifier le système de contrôle de gestion. Les auteurs mettent en évidence le rôle des objets-frontières qui sont médiateurs de la traduction et permettent la stabilisation du réseau.
		Drevetton, B. & Rocher, S. (2010)	« Lost in Translation », Étude de La Construction D'un Outil de Gestion Dans Une Région Française. (French), <i>Comptabilité Contrôle Audit</i> , 16, 83–100.	Implantation d'un outil de gestion des déchets dans une région française : L'analyse du cheminement d'un nouvel outil de gestion dans une organisation publique montre que l'outil se perd dans les traductions successives à cause d'un manque de représentativité des portes parole. Au final, l'outil se transforme car ces objectifs initiaux se perdent dans les traductions afin d'intégrer les attentes et les intérêts des élus.
	<b>Réouverture des boîtes noires</b>	Jones, T. C. & Dugdale, D. (2002)	'The ABC Bandwagon and the Juggernaut of Modernity', <i>Accounting, Organizations and Society</i> , 27, 121–163.	Analyse de la diffusion de la méthode ABC : c'est un processus de traduction complexe montrant l'influence des consultants et des systèmes informatiques dans la construction de la méthode ABC. La paternité de l'ABC n'est pas attribuée à un auteur bien distinct mais à un processus de traduction d'intervenants qui ont plus d'effet que le concepteur lui-même.
		Llewellyn, S. & Northcott, D. (2005)	'The Average Hospital', <i>Accounting, Organizations and Society</i> , 30, 555–583.	Etude sur la diffusion de la notion de coûts moyens dans les hôpitaux : processus conduisant à la création de normes et à la standardisation des activités hospitalières donnant lieu à ce que les actants se conforment à ces standards ainsi l'hôpital moyen est créé

		Alcouffe, S., Berland, N. & Levant, Y. (2008)	‘Actornetworks and the Diffusion of Management Accounting Innovations : A Comparative Study’, <i>Management Accounting Research</i> , 19, 1–17.	Décrypter l'échec ou la réussite des innovations comptables par la traduction : les auteurs cherchent à identifier la diffusion de deux projets comptable (la méthode George Perrin et la méthode ABC) qui montre que le processus de changement est construit par des allers et retours et de reformulations rhétoriques. ils reprennent tous les concepts de l'ANT et mettent en évidence que la problématisation doit prendre en compte les relations de pouvoir entre innovations, que l'intéressement des deux mondes doit être aligné
		Lowe, A. (2001)	‘Accounting Information Systems as Knowledge-objects: Some Effects of Objectualization’, <i>Management Accounting Research</i> , 12, 75–100.	L'auteur promeut le rôle des non humains au même titre que les humains dans l'explication des pratiques comptables. Ainsi, les systèmes d'information comptables sont des actants (humain et non humain) qui doivent être tous deux mobilisés et alignés avec succès pour que les controverses soient clôturées et la boîte noire constituée. Les systèmes comptables ou de contrôle sont considérés par l'auteur comme des alliés permettant d'orienter les comportements des acteurs et de constituer les organisations.
	<b>Rôle du contrôle de gestion en tant qu'actant</b>	Mouritsen, J., Thrane, S. (2006).	Accounting, network complementarities and the development of inter-organizational relations. <i>Accounting, Organizations and society</i> 31(3) : 241-275	Etude sur le rôle des systèmes comptables dans les relations inter-organisationnelles : les auteurs mettent en évidence des mécanismes d'auto-régulation et d'orchestration en contrôle inter-organisationnel. Intégré dans un réseau, le système de contrôle permet la prévisibilité, la longévité de la coopération.
		McNamara, C., Baxter, J. & Chua, W. F. (2004)	‘Making and Managing Organisational Knowledge(s)’, <i>Management Accounting Research</i> , 15, 53–76.	Etude se basant sur la problématisation de la gestion des connaissances : les auteurs identifient quatre réseaux de connaissances qui mettent en évidence les constructions hétérogènes mobilisées par les participants organisationnels au nom de la gestion des connaissances. Ils mettent en évidence que les constructions de connaissances sont obtenues grâce à un ensemble diversifié d'activités, d'acteurs et d'actants et qu'il existe une pluralité de savoirs organisationnels démontrant la nécessité de comprendre les objets de connaissances comptables, comme faisant partie d'une constellation plus large de connaissances organisationnelles
<b>Investissement de forme</b>	<b>Instaurer la confiance et favoriser le changement</b>	Chua, W. F. (1995)	‘Experts, Networks and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images : A Story of the Representation of Three Public Hospitals’, <i>Accounting,</i>	Expérimentation de nouveaux systèmes comptables dans des hôpitaux : le changement s'est produit lors de la mise en place d'un nouveau système de gestion comptable au sein de trois hôpitaux grâce aux investissements de forme établis par les experts et les stratégies rhétoriques qui ont réussi à faire converger les acteurs du réseau. Ainsi, les outils contribuent à

		Organizations and Society, 20, 111-145.	instaurer la confiance qui favorise le changement.
	Ezzamel, M. (1994)	Organizational Change and accounting: understanding the budgeting system in its organizational context. Organization Studies 15 (2) : 213-240.	Etude réalisée pour examiner dans quelle mesure le système budgétaire est impliqué dans un processus de changement organisationnel : le processus ne permet pas la réalisation de la réaffectation des ressources. Les différents groupes se sont opposés au changement par la remise en question des modes de calcul et fondements éthiques et professionnels proposés ; les détracteurs et les alliés du projet ont réussi à redéfinir et à promouvoir une nouvelle stratégie pour atteindre les objectifs escomptés
<b>Rôle d'action à distance</b>	Robson, K. (1992)	Accounting numbers as "inscription" : action as a distance and the development of accounting. Accounting, Organizations and Society 17 (7) : 685-708.	Les pratiques façonnent la comptabilité et son contexte social : les objets qui circulent entre différents mondes permettent d'opérer à distance sur le réseau. Les objets doivent avoir certaines qualités intrinsèques : mobilité, immuabilité, présentabilité, lisibilité et combinabilité. Les objets comptables bénéficient de ces qualités grâce à leurs attributs chiffrés.
	Robson, K. (1991)	On the arenas of accounting change : the process of translation. Accounting, Organizations and Society, 16, p.547-570.	En adoptant la méthode d'analyse de Burchell <i>et al</i> (1985), l'auteur développe le concept d'arène dépendant d'un processus de traduction. Il met en évidence que l'outil peut avoir différentes significations selon les acteurs humains, sa traduction passe par un processus de négociation complexe le rendant solide et sain.
<b>Rôle de cristallisation des pratiques managériales</b>	Mouritsen, J., Hansen, A. & Hansen, C., (2009)	Short and long translations : Management accounting calculations and innovation management. Accounting, Organizations and Society, 34, p.738-754.	En se basant sur des exemples de gestion des innovations de trois entreprises, l'étude montre que les outils de gestion jouent un rôle de médiateur entre les objectifs dans le cadre de l'innovation et les objectifs au niveau de l'entreprise à travers des traductions courtes ou longues. Les outils de gestion participent à la création du réseau et aident à le stabiliser au moins de façon provisoire. Ils permettent la cristallisation des pratiques managériales.
<b>Rôle des acteurs</b>	<b>Rôle de traducteur du contrôleur de gestion</b>	Bollecker, M (2002)	Le rôle des contrôleurs de gestion dans l'apprentissage organisationnel : une analyse de la phase de suivi des réalisations », Comptabilité - Contrôle - Audit 2002/2 (Tome 8), p. 109-126.
			Analyse de l'importance des réunions de suivi et du rôle des contrôleurs de gestion, à travers une étude empirique menée auprès de 81 entreprises industrielles françaises. L'étude montre que les contrôleurs de gestion contribuent à l'apprentissage organisationnel, en facilitant le déroulement des réunions de suivi par des activités de traduction. Les résultats montrent que les contrôleurs de gestion peuvent favoriser l'activité de socialisation de la connaissance en jouant un rôle de traducteur, voire de médiateur entre les différentes parties prenantes aux problèmes de coordination entre services opérationnels

		Bollecker, M (2004)	"Les mécanismes de contrôle dans un contexte de différenciation des systèmes d'information" Finance Contrôle Stratégie – Volume 7, N° 4, décembre 2004, p. 59 – 85.	Etude menée dans des entreprises industrielles pour identifier les mécanismes informationnels et organisationnels de contrôle mis en œuvre dans un contexte de différenciation des systèmes d'informations. L'étude met en évidence le rôle du contrôleur de gestion dans la résolution des problèmes de coordination, par la traduction.
<b>Rôle des autres acteurs</b>		Drevetton, B. (2011)	Construire un outil de contrôle au sein des organisations publiques : une opportunité au développement d'un nouveau mode d'action. Management international / International Management / Gestión Internacional, 15 (4), 11–24. <a href="https://doi.org/10.7202/1006188ar">https://doi.org/10.7202/1006188ar</a>	A travers une étude de cas, il est analysé le rôle des acteurs dans l'implantation d'un instrument de gestion au sein des organisations publiques. L'étude met en évidence que le succès de la création d'un outil de contrôle de gestion des activités publiques est tributaire des possibilités de reconfiguration de l'espace social. Les porte-paroles deviennent les promoteurs de l'outil et organisent l'intéressement.
		Cassel C., Lee B. (2017)	Understanding Translation Work : The evolving interpretation of a trade union idea, Organization Studies, vol. 38, n°8, p. 1085–1106. Clot Y. (2010), Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, La Découverte.	Dans le cadre d'une étude longitudinale les auteurs analysent la diffusion d'un projet porté par des représentants syndicaux. Dans ce contexte, ils mettent en évidence les complexités de la traduction dynamique et continue de l'idée et identifient la nature de l'effort de traduction requis. Quand la traduction dépend d'acteurs subordonnés comme les syndicats, la complexité est beaucoup plus importante. Le travail de traduction dans ce contexte sociopolitique particulier exige la vigilance et l'appropriation des idées par les acteurs syndicaux, en cas de succès, le rôle des traducteurs d'idées peut offrir une certaine légitimité mais dans le cas contraire ces derniers se verront dépossédés de leur projet et repris par des acteurs ayant plus de pouvoir.

**Tableau 3 : Travaux mobilisant la théorie de l'acteur réseau en contrôle de gestion**

## **Conclusion section 2**

### **Une variété d'approches de la théorie de l'acteur réseau en comptabilité et en contrôle de gestion**

Dans cette section, nous expliquons les fondements et nombreux développements ou applications de la théorie de l'acteur réseau dans les recherches en comptabilité et en contrôle de gestion. Nous rappelons que ce cadre théorique repose sur différents concepts que nous nous attachons à présenter : réseau, actant, traducteur, porte-parole et intermédiaire. Par ailleurs, nous expliquons les moments de la traduction : problématisation et contextualisation, intéressement et investissements de forme, enrôlement, rallongement du réseau. Le recensement de nombreux travaux ayant mobilisé cette théorie nous permet de proposer une synthèse des différents aspects traités en comptabilité et contrôle de gestion : processus d'implantation d'un système de comptabilité et de contrôle, réouverture des boîtes noires, rôle du contrôle de gestion en tant qu'actant, instauration de la confiance et favoriser le changement, rôle d'action à distance, rôle de cristallisation des pratiques managériales, rôle de traduction du contrôleur de gestion, rôle des autres acteurs. Cette variété de travaux ouvre la possibilité de l'adopter dans le cadre de notre recherche. La théorie de l'acteur réseau nous paraît en effet pertinente pour chercher à comprendre comment le contrôle de gestion peut contribuer au changement dans des organisations pluralistes.

## **Section 3 : Le rôle des systèmes de contrôle de gestion dans le changement**

Plusieurs auteurs mettent en évidence le rôle du contrôle dans la promotion et la conduite du changement (Hopwood, 1987, Dent, 1990, Shields, 1997, Langfield-Smith, 1997). Dans cette section, nous cherchons à montrer que notre positionnement va au-delà de la vision instrumentale du contrôle de gestion en adoptant une vision interactionniste, comme le propose Touchais (2006). Les interactions du contrôle de gestion avec son environnement conduisent à des arènes et à des constellations (Burchell, Clubb, Hopwood, 1985, 1994). En effet, l'histoire sociale du contrôle de gestion et son interaction avec l'ordre organisationnel et social au sens de (Colasse, 1988) nous intéresse particulièrement : *« ce n'est plus une technique mais un système technique avec des dimensions matérielles, économiques, sociales, organisationnelles ;*

*en conséquence, son histoire ne peut être isolée de celle des organisations et du système socio-économique* » (Colasse, 1988).

Dans une revue de littérature anglo-saxonne, Langevin et Naro (2003) recommandent d'intégrer « les aspects comportementaux et organisationnels du contrôle de gestion » qui sont indissociables du contrôle organisationnel : ils se focalisent sur le contrôle par les résultats et de la performance. Comme le recommande Lowe et Puxty (1989), notre objectif d'analyser le rôle du système de contrôle de gestion dans le changement d'organisations pluralistes, nécessite d'abord de le définir notamment eu égard au contrôle organisationnel (1). Cependant, le contrôle de gestion se caractérise également par son instrumentation que nous prenons largement en considération dans notre étude sur le changement des organisations pluralistes. Nous nous attachons alors à mettre en exergue le rôle des outils de gestion (2) ainsi que la participation de l'animateur de ces outils : le contrôleur de gestion en tant qu'acteur incontournable auprès des différentes entités de l'entreprise (3). Enfin, nous nous intéresserons aux études qui traitent du contrôle de gestion dans les hôpitaux, afin de mettre en évidence les difficultés et les contraintes à prendre en compte pour la mise en place d'un dispositif de contrôle de gestion (4).

## **1. La variété des systèmes de contrôle de gestion**

Envisager d'étudier le contrôle de gestion de manière large permet d'être en phase avec le cadre théorique retenu, la théorie de la traduction. Nous pouvons ainsi l'appréhender comme la résultante d'interactions d'un réseau d'actants humains (contrôleurs de gestion, managers, informaticiens...) et non humains (systèmes d'information, procédures, dispositifs de contrôle interne...). Comme le souligne Lowe (2001b, p. 130), « ce n'est qu'une fois que toutes les ressources suivantes ont été mobilisées avec succès - le logiciel informatique, les comptables, les informaticiens, les ordinateurs - que les controverses sont closes et que les boîtes noires sont produites ». Le contrôle de gestion s'inscrit donc dans le système de contrôle organisationnel et pour Malmi et Brown (2008), il peut même l'incarner (1.1.). La définition du contrôle de gestion est évolutive (1.2.), mais il induit nécessairement du changement qui peut se situer à différents niveaux (1.3.).

### **1.1. Le contrôle organisationnel**

L'approche du contrôle peut différer selon la vision (Bouquin, 2011), elle peut se caractériser par l'action de vérifier (vision francophone) ou de maîtriser (vision anglo-saxonne). Il est nécessaire pour nous à ce stade de clarifier cette notion d'autant plus que « la fonction contrôle

de gestion est un des rouages du système de contrôle organisationnel qui s'appuie sur de multiples dispositifs. » (Lambert, 1992, p. 520). Chiapello (1996) met en évidence le rôle du contrôle sur l'influence du comportement des individus et sur les résultats de l'organisation, ce que nous souhaitons mettre en lumière dans notre recherche. Kren (1997) identifie deux approches différentes dans les recherches sur le contrôle organisationnel : la première est comportementale (Behavioral Approach) et s'intéresse à établir la relation entre les systèmes de contrôle et les attitudes, les comportements et la performance. La seconde est liée la théorie de l'agence (Agency Theory) qui a une orientation bien plus économique. Langevin et Naro (2003) nous invitent à prendre en compte une approche comportementale du contrôle organisationnel : « le contrôle est l'ensemble des mécanismes et processus qui permettent à une organisation de s'assurer que les décisions et comportements développés en son sein sont en cohérence avec ses objectifs. » (Langevin et Naro, 2003, p.2). Cette approche implique que le système de contrôle est étroitement lié au contexte (Ouchi, 1979) et à la stratégie (Simons, 1995).

Afin de mieux appréhender la problématique du contrôle organisationnel au sein d'une organisation, William Ouchi (1979) distingue trois types de contrôle qui orientent les comportements vers l'atteinte des objectifs de la firme :

- Le contrôle par le résultat : il basé sur un mécanisme de régulation par les marchés dans un contexte purement concurrentiel, lorsque les objectifs à atteindre sont rationnels, mesurables et la connaissance du processus pas nécessaire. Ce type de contrôle est adapté dans les organisations qui ne maîtrisent pas les objectifs stratégiques ou le processus de production.
- Le contrôle par les règles : il est appliqué lorsque la connaissance du processus permet de mettre en place des règles et des procédures formelles afin de maîtriser les comportements des différents acteurs. Ce contrôle est adapté à un environnement prévisible, dans un contexte où les objectifs stratégiques sont clairs et les moyens à engager connus.
- Le contrôle clanique ou par rituels : ce contrôle s'impose dans les organisations qui ne maîtrisent ni le processus de production, ni les résultats à atteindre. Il est assuré par la socialisation des individus et un alignement de ces derniers aux valeurs de l'organisation sans recours à un contrôle par les règles ou les résultats.

Simons (1994) considère que les systèmes de contrôle jouent aussi un rôle dans l'émergence de nouvelles stratégies et dans **la conduite du changement** : « les systèmes de contrôle sont non



seulement importants pour l'opérationnalisation de la stratégie, mais également pour son élaboration » (Simons, 1990, p.128). Pour cet auteur le contrôle peut passer par quatre leviers ou systèmes différents ou complémentaires :

- Le système de croyance : utilisés par les hauts dirigeants pour définir, communiquer et renforcer les valeurs de base, buts et directions de l'organisation.
- Le système garde-fou : utilisés par les hauts dirigeants pour établir des limites et des règles explicites qui doivent être respectées.
- Le système diagnostic : feedback utilisés pour piloter les résultats de l'organisation et pour corriger les écarts par rapport aux standards de performance préétablis.
- Le système interactif : utilisé par les hauts dirigeants pour s'impliquer personnellement et régulièrement dans les processus de décisions de leurs subordonnés.

Selon Touchais (2006), « ces différents leviers permettent successivement de bousculer l'inertie organisationnelle, de communiquer les impératifs de la nouvelle stratégie, d'établir un calendrier et des objectifs, d'obtenir l'adhésion des différents acteurs et de centrer l'apprentissage organisationnel sur les incertitudes stratégiques » (Touchais, 2006, p. 13).

## **1.2. Les évolutions du concept de contrôle de gestion**

Si l'on se réfère aux premiers travaux de R. Anthony (1956), le contrôle de gestion est défini comme « le processus consistant à assurer que l'organisation fait ce que le management veut qu'elle fasse » (Anthony 1956, p. 268). A partir des années 1960, l'auteur montre que les systèmes de contrôle ont pour rôle d'assurer la mise en œuvre des stratégies de l'entreprise : « le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour réaliser les objectifs de l'organisation » (Anthony, 1965, p. 17). En 1988, Anthony souligne le rôle incitatif du contrôle à travers la mise en place par les managers d'objectifs que les autres membres de l'entreprise doivent atteindre : « La tâche essentielle du management est de définir l'organisation et les méthodes de fonctionnement de sorte que les personnes puissent mieux atteindre leurs propres objectifs tout en dirigeant leurs efforts vers les objectifs de l'organisation » (Anthony, 1988, p. 71). Finalement, sa conception du contrôle de gestion évolue jusqu'à l'intégration de la stratégie « processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies » (Anthony, 1988, p.10).

Aujourd'hui, la plupart des auteurs mettent en évidence deux dimensions du contrôle de gestion qui sont à la fois facteurs de régularité et de changement : une dimension formelle à vocation économique, stratégique et de gestion qui renvoie aux travaux d'Anthony ; une dimension informelle à vocation managériale, comportementale et psycho-sociale (Dupuy, 1999 ; Bouquin, 2004 ; Burlaud et Teller, *al.*, 2004 ; Gervais, 2005 ; Simons, 1987, 1995, 2000). En effet, le système de contrôle de gestion est considéré comme un processus capable d'influencer les comportements (Flamholtz *et al.*, 1985) et de favoriser la collaboration entre les individus et les unités (Ouchi, 1979 ; Flamholtz, 1983). Selon Merchant et Van Der Stede (2007), la mise en place du système de contrôle de gestion à travers des objectifs permet la maîtrise des comportements des acteurs et conduit à la limitation des libertés d'actions chez ces derniers. D'autres auteurs mettent en évidence son influence sur le processus d'apprentissage et l'efficacité du système de contrôle (Chiapello, 1996 ; Dupuy et Guibert, 2000 ; Berland, 2002).

D'autres études se focalisent sur l'évolution de la fonction contrôle de gestion et sur son aspect relationnel en raison des différentes mutations que subissent les entreprises. En effet, la décentralisation du contrôle et de la production de l'information vers les opérationnels a influencé la dimension relationnelle de la fonction contrôle de gestion (Besson et Bouquin, 1991), garante de la convergence des buts (Lebas, 1995), de l'aide à la décision (Loning et Pesqueux, 1998) et support des processus d'apprentissage (Dupuy, 1990 ; Lorino, 1997).

Malmi et Brown (2008) considèrent que les systèmes de contrôle de gestion (SCG) sont constitués d'un ensemble de processus, comptables mais aussi de règles et de valeurs managériales et/ou culturelles. Ainsi, ils mettent en évidence que les organisations construisent un ensemble de SCG, des « *packages* de SCG », qui regroupent différents systèmes mis en œuvre par différents acteurs à différents moments, mais qui ne forment pas toujours un SCG globalement cohérent. Le *package* peut être composé d'un contrôle par la culture, d'un contrôle administratif, d'un contrôle stratégique, d'un contrôle managérial et enfin, d'un contrôle cybernétique.

Le contrôle de gestion a également été appréhendé dans une perspective critique. Ainsi, dans une approche interprétative, le contrôle de gestion tend à se présenter comme un contrôle d'opportunité (Bessire, 2002) au service des intérêts des coalitions dominantes. Il recherche la cohérence des actions avec les objectifs recherchés, sans se soucier du respect des normes imposées. Selon Bessire (2002), cette perspective est en cohérence avec la perspective

humaniste où le contrôle de gestion est considéré comme un contrôle de type concourant, axé sur l'opportunité et la légitimité. Le contrôle de gestion ici est au service des autres fonctions de l'entreprise, ses actions se réfèrent expressément à la mission de l'entreprise et à ses valeurs tout en facilitant la réalisation des objectifs de l'organisation et des objectifs individuels.

### **1.3. Le contrôle de gestion et le changement**

Afin d'appréhender le processus de changement en train de se faire (dans l'instauration d'une vision différente et de comportements différents) et de mettre en évidence les interactions entre le système de contrôle de gestion dans l'organisation et les différents acteurs, il est important pour nous d'étudier le rôle du contrôle de gestion dans le changement. Ce dernier fait l'objet d'une vaste littérature.

Dans une vision réductrice du contrôle de gestion, certains auteurs indiquent qu'il subit les conséquences du changement (Shields, 1997). D'autres reconnaissent sa capacité dans le pilotage du changement (Hopwood, 1987 ; Dent, 1990 ; Shields, 1997 ; Langfield-Smith 1997), notamment son rôle d'accompagnement dans le déploiement de la stratégie. Il peut se traduire par un appui au changement de logiques (Boitier et Rivière, 2016), par exemple en étant le vecteur de sensibilisation des acteurs à la performance (Nobre, 2014), en montrant la nécessité du changement qui conduit à l'innovation (Dent, 1990), ou bien en simplifiant l'adaptation aux nouvelles stratégies (Langfield-Smith 1997). En effet, comme le démontrent Ogden et Anderson (1999) en étudiant le rôle du contrôle de gestion dans les processus de changement organisationnel dans le cadre de la privatisation d'entreprises publiques, le système de contrôle permet la création et la diffusion de nouvelles représentations et logiques de fonctionnement de l'organisation.

Ces changements s'opèrent parfois dans la difficulté (Drevetton, 2012, Bollecker 2013). Par exemple, dans certains cas, le contrôle de gestion ne peut contribuer qu'à un apprentissage en boucle simple, plus difficilement en boucle double (Bollecker, 2002 ; Batac et Carassus, 2011). Simons (1995) crée un lien entre le système de contrôle interactif et l'apprentissage organisationnel par la reprise des concepts de simple boucle et de double boucle établis par (Argyris, 1976). Pour Simons (1995), « les systèmes de contrôle diagnostic facilitent l'apprentissage en simple boucle ; les systèmes de contrôle interactif facilitent l'apprentissage en double boucle. L'apprentissage en simple boucle maintient un processus dans des frontières connues ; l'apprentissage en double boucle amène à s'interroger sur la base même sur laquelle

les stratégies ont été conçues. » (Simons, 1995, p.106). Le changement par apprentissage est au cœur de certaines conceptions du contrôle de gestion. Pour des auteurs comme Ferreira et Otley (2009, p. 264) le contrôle de gestion peut être appréhendé comme : « des mécanismes, processus, systèmes et réseaux évolutifs formels et informels utilisés par les organisations pour communiquer les principaux buts et objectifs de la direction, pour appuyer les processus stratégiques et le management au quotidien grâce à l'analyse, la planification, les mesures, le contrôle, les récompenses, et plus largement, le pilotage de la performance, ainsi que pour soutenir et faciliter l'apprentissage organisationnel et le changement ».

Le rôle du contrôle de gestion dans le changement peut également être appréhendé de manière plus active, comme moteur de l'innovation et du changement. Les travaux de Simons (1995) s'inscrivent dans cette approche : le contrôle joue, au-delà de son rôle classique évoqué précédemment, un rôle dans le processus de formulation de la stratégie pour pouvoir saisir des opportunités. Il s'agit d'un « système de contrôle bicéphale » que les entreprises développent en fonction du besoin. Ainsi les entreprises ont recours au contrôle diagnostique qui correspond au modèle classique. Il consiste en l'application de la stratégie à travers la mise en place d'objectifs monitorés et surveillés pour s'assurer de la conformité des résultats. C'est un système très fermé qui ne laisse pas de place à la créativité. Par ailleurs les entreprises ont recours aussi au contrôle interactif dans des contextes d'incertitude et de turbulence. Dans cette position, la stratégie émerge grâce à l'implication et la participation de la direction générale dans des échanges avec les différentes parties concernées. Ce contrôle permet aux dirigeants de mieux gérer les aspects sensibles et à fort enjeux et favorise l'apprentissage organisationnel, le dialogue et l'innovation. C'est un système ouvert et flexible. Selon Touchais et Herriau (2009), cette double conception du contrôle permet de combiner un contrôle de conformité à un contrôle permettant la flexibilité, la créativité et l'innovation. De nombreux auteurs en contrôle de gestion s'inspirent de cette approche (Widener, 2007, Mundy, 2010).

Certains courants de recherche, à l'instar des travaux portant sur le contrôle de gestion socio-économique, sont ancrés dans un changement participatif de par les outils et méthodes mobilisés. Ainsi, la démarche socio-économique est construite autour de trois axes : outils de gestion, décisions stratégiques, changement et gestion des coûts (Cappelletti et Khouatra, 2009). Le changement est également au centre du contrôle de gestion de l'immatériel et notamment du capital humain (Cappelletti, 2012). Un certain nombre de travaux se focalisent

sur la dialectique stabilité et changement : les dispositifs de contrôles proactifs visant à anticiper le changement contrairement aux contrôles réactifs qui ont une fonction plus réactive (Merchant et Van der Stede, 2007) ; la cohabitation de pratiques de contrôle (notamment budgétaire) lourdes et peu réactives et de pratiques parallèles pour faire face aux changements permanents du contexte (Libby et Lindsay, 2010)<sup>11</sup>.

Touchais et Herriau (2009) résument les différents rôles du contrôle de gestion dans une dynamique de changement. Il peut être un outil inhibiteur, ou au contraire, révélateur du besoin de changement, ou bien un outil qui véhicule les changements à travers le développement de comportements et fonctionnements nouveaux. Il peut aussi être un outil qui participe à la structuration du projet de changement, ou encore un outil de contrôle des comportements et des processus par rapport au cadre et objectifs définis. Ces auteurs démontrent aussi que le contrôle de gestion peut participer au pilotage et à la maîtrise du changement en induisant les comportements adaptés en fonction du type de changement (incrémental/radical, construit/prescrit) et de sa phase (maturation, déracinement, enracinement).

## **2. La complexité et la dynamique sociale des outils de gestion**

Les outils font partie intégrante du système de contrôle de gestion. L'analyse de leur interférence dans le cadre de la conduite du changement au sein d'une organisation est nécessaire pour mieux cerner leur rôle en tant qu'actant. En effet, selon Chiapello et Gilbert (2013), l'intégration des outils de gestion est vue comme un fait social total, leur analyse « permet de s'interroger sur les dimensions non directement rationnelles des actes de gestion : les représentations sociales, les systèmes de valeurs, les règles du jeu, les rapports de force qui éclairent les actes de gestion, voire les expliquent. » (Chiapello et Gilbert, 2013, p. 13). De nombreux auteurs observent que les outils influencent les relations entre acteurs. Dans le cadre de leur implantation, il se peut qu'ils échappent aux objectifs initiaux et qu'ils engendrent des effets inattendus (Lowe, 2001 ; Czarniawska, 2010 ; Chua ,1995). Cet aspect est peu étudié à notre connaissance en contrôle de gestion qui se focalise beaucoup plus sur les relations entre humains. Ainsi pour pouvoir aborder ce sujet, nous expliquons la notion d'outil de gestion (2.1.), nous présentons les différentes approches mobilisées pour les étudier (2.2.) et leurs rôles notamment dans une situation de conduite du changement (2.3.).

---

<sup>11</sup> Paragraphe extrait de Douma *et al.* (2019, p. 62-63) : Douma F., Eggrickx A., Bollecker M. (2019), Vers un contrôle de gestion « médiateur » du changement : Le cas d'un hôpital marocain, *Revue Management & Avenir*, n°112, pp.57-78

## 2.1. La notion d'outil de gestion

En fonction du cadre théorique mobilisé, les différentes études sur les « outils de gestion » utilisent des termes assez différents pour les désigner. Nous en citons quelques-uns : technologie (Orlikowski, 1992) ; instrumentation de gestion (Gilbert, 1998) ; artefacts, outils et instruments (Rabardel, 2005). Moisdon (1997, p 7) définit les instruments de gestion comme « un ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation ». Malgré le constat de leur prolifération (Moisdon 1997, Teulier et Lorino 2005, Boussard et Maugeri 2003, Segrestin 2004), « les organisations sont de plus en plus exposées à des objets ou des outils de gestion poussés par 'l'extérieur' et mis en œuvre par la ligne opérationnelle » (De Vaujany, 2006, p. 110).

Les études sur les outils de gestion sont relativement récentes, ce qui explique l'absence de stabilité du concept. Berry (1983) est l'un des premiers auteurs à avoir mis en évidence la variété des outils de gestion : « ce peut être des outils matériels, comme un ordinateur par exemple ; des outils conceptuels comme un taux d'actualisation pour étudier l'intérêt d'un investissement ; des outils d'aide à la décision complexes, comme un modèle de marketing pour étudier le marché potentiel d'un nouveau produit ; des dispositifs aux ramifications nombreuses, comme un système de contrôle de gestion ; des procédures instituant des cheminements obligatoires pour des dossiers, imposant des règles sur leur mode d'élaboration, etc... » (Berry, 1983, p5).

Gilbert (1998, p.23) définit le concept d'instrument de gestion comme : « tout moyen, conceptuel ou matériel, doté de propriétés structurantes, par lequel un gestionnaire, poursuivant certains buts organisationnels, dans un contexte donné, met en œuvre une technique de gestion » (1998, p.24). L'auteur met en évidence l'intérêt des influences sociales et cognitives des instruments « artefact ».

D'autres auteurs mettent en évidence la visée transformative de l'outil de gestion, porteur d'une philosophie de l'action et doté de propriétés structurantes. Ainsi, selon Hatchuel et Weil (1992), l'outil de gestion comprend trois éléments qui interagissent : le substrat technique, la philosophie de l'action et la vision simplifiée de l'organisation. Lorino (2002) met en évidence l'aspect interprétatif des outils de gestion. En effet, ceux-ci sont interprétés par les acteurs qui réagissent d'une certaine manière en fonction de leur propre lecture : « l'outil de gestion se veut essentiellement lecture de l'entreprise en termes économiques (au sens large du terme

économique : évaluatif d'une valeur créée comme réponse à un système d'objectifs et de contraintes). L'outil de gestion se présente comme traduction du système d'activités polymorphes de l'entreprise dans un langage d'évaluation par rapport à un jeu de finalités, un système de valeurs à satisfaire. » (Lorino, 2002, p. 20).

Bourguignon (2006) fournit une définition globale en se basant sur les précédentes définitions (Berry, 1983 ; Moisdon, 1997 ; Lorino, 2002 ; Gilbert, 1998 ; Boussard et Maugeri, 2003). Ainsi, l'instrument de gestion est « un ensemble de formalisations et de procédures associées, reposant sur (et opérationnalisant) des règles, généralement mis en œuvre à l'aide d'un outil informatique, et qui assiste à des titres divers, d'une façon explicite ou non, la conduite de l'action collective. » (Bourguignon, 2006 p. 9).

En complément de ces définitions et des particularités des outils de gestion, Vaujany (2005b) met l'accent sur le changement de statut de ces derniers en fonction de l'unité ou l'acteur qui l'interprète : « un même outil de gestion utilisé par une filiale pourra être pensé comme un objet de gestion pour les membres d'un siège central. » (De Vaujany, 2005b, p.24). Ce dernier scinde le concept en quatre objets :

- **un objet de gestion** qui est « tout signe, technique ou savoir-faire local et élémentaire dont le but est d'orienter ou de faciliter une action collective ou microsociale » (De Vaujany, 2005b, p. 23) ;
- **une règle de gestion** qui est porteuse d'une orientation purement normative et destinée aux différents membres de l'organisation et ce à travers des discours ou de pratiques de gestion ;
- **un outil de gestion** correspond à « un ensemble d'objets de gestion intégrés de façon systématique et codifiée dans une logique fonctionnelle (ou toute autre logique d'acteur) et respectant un certain nombre de règles de gestion » (De Vaujany , 2005b, p 24) ;
- **un dispositif de gestion** est « un ensemble d'éléments de design organisationnel porté par une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé, et qui vise à intégrer les outils et les acteurs de façon cohérente, et dans le respect de certaines règles de gestion » De Vaujany (2006, p 113).

Aggeri et Labatut (2010) distinguent outils, instruments et dispositifs. Pour eux, un outil est appréhendé à travers sa dimension matérielle : il s'agit d'un simple auxiliaire du manager, il est réputé neutre. Un instrument (une technologie) est conçu(e) comme une routine qui guide les comportements, il suppose en amont une activité de conception et en aval une finalité. « Une

*technologie de gestion est prescriptive : elle donne à voir et conforme une conduite ; elle la discipline, elle crée même l'acteur lui-même, lui assignant une place, définissant pour lui un système de valeurs par une spécification de performances, lui indiquant comment il doit se coordonner avec les autres »* (Moisdon, 2005 a, p.165). Enfin, le dispositif est un agencement d'instruments et d'acteurs constituant « les arrangements dans le temps et dans l'espace des personnes et des choses » (Moisdon, 2005a, p 136).

## **2.2. Les différentes approches pour l'étude des outils de gestion**

Dans ce paragraphe, nous nous sommes basés sur l'article d'Aggeri et Labatut (2010) qui développent une approche généalogique pour comprendre le développement des approches contemporaines sur les outils. Nous essayons de synthétiser les différentes approches étudiant les outils de gestion, afin de mettre en perspective les différents usages possibles des outils de gestion : instrument structurant ou support d'apprentissage.

Aggeri et Labatut (2010) recensent les travaux qui ont formalisé l'approche par les outils de gestion en France et au Royaume Uni dans les années 1970 et 1980 et s'intéressent également à leur développement contemporain. Ils distinguent ainsi **les théories de l'instrument structurant** de celles **des instruments comme support d'apprentissage**. Une telle approche permet de cerner les liens entre les outils, les acteurs et les organisations ainsi que les modalités de leur implantation au sein des organisations (conception, adaptation, adoption et appropriation).

Dans les **théories de l'instrument structurant**, deux approches sont identifiées :

- **L'approche par les routines** : devant la naissance d'un mouvement orienté vers une conception d'instruments dits rationnels, visant à augmenter l'efficacité de l'action managériale, cette approche normative rencontre ses limites et un autre mouvement critique émerge. En effet, l'approche comportementaliste des organisations ou behavioriste (Cyert et March, 1963) voit l'organisation comme une coalition politique dont le comportement est guidé par l'exécution de routines et non plus comme un processeur d'information et comme le résultat de la volonté des décideurs. D'autres auteurs comme Cohen, March et Olsen (1972) mettent en évidence le « modèle de la poubelle » pour expliquer la succession des décisions chaotiques dans les anarchies organisées, où les préférences sont incertaines, les technologies floues et la participation des membres de l'organisation fluctuante. Cette approche comportementale met en évidence la notion de routines comme un type d'instrument. Ainsi pour Levitt et March



(1988), l'organisation encode des inférences dans des routines qui guident les comportements. La routine recouvre une vision restrictive du rôle de l'instrumentation.

- **Une technologie invisible** : en 1975 dans son ouvrage « Surveiller et punir », Michel Foucault met en évidence l'émergence d'une nouvelle technologie de gouvernement. Cette dernière se traduit par un pouvoir disciplinaire fondée sur des instruments et des techniques de surveillance, de contrôle et d'examen permettant de gouverner et dresser à distance les individus. Les études de Foucault ont influencé une génération de chercheurs et un courant de recherche sur les instruments de gestion (Berry, Moisdon et Riveline, 1978) qui s'interroge sur le détournement des outils de leurs objectifs initiaux. Une première synthèse est proposée par Michel Berry (1983). Il qualifie les instruments de gestion de « technologie invisible » : les instruments de gestion, comme des tableaux de bord ou des indicateurs, ont un effet de structuration sur le réel, engendrant des choix et des comportements échappant aux prises des hommes, parfois à leur conscience. Ainsi, la recherche met en évidence comment l'intendance commande, et non les volontés : « ces comportements sont cependant rationnels, chacun s'adaptant logiquement à son environnement local, l'organisation n'étant qu'une juxtaposition de logiques relatives dont la rationalité globale peut paraître problématique » (Berry, 1983, p 13 in Aggeri et Labatut, 2010). Dans cette même perspective foucauldienne, un courant de recherches critiques en management est né au Royaume Uni : il étudie le management comme un mouvement de rationalisation s'appuyant sur des techniques de disciplinarisation (Starkey et Mac Kinlay, 1997).

Pour les **théories des instruments comme support d'apprentissage collectif**, qui apparaissent à partir des années 80, les recherches se sont orientées vers l'explication de l'émergence d'une économie de la variété et de l'innovation intensive. Trois orientations sont à distinguer pour Aggeri et Labatut (2010) :

- **La rationalisation et les techniques managériales** : les études sur l'instrumentation ont visé à comprendre l'émergence des outils permettant la rationalisation des projets. Hatchuel et Weil (1992) intègrent la genèse de l'instrumentation dans un cadre plus globale : celui des techniques managériales. Ce concept regroupe, en plus de l'instrumentation, les savoirs, les acteurs et les dispositifs associés à celle-ci. Comme cité plus haut, ces auteurs étudient les techniques managériales selon trois dimensions : le substrat formel (le volet matériel de l'outil, l'idée sur laquelle est basée l'instrument) ;

la philosophie gestionnaire qui donne à l'outil sa signification, l'esprit dans lequel le maniement de l'instrument est destiné, la logique sous-tendue,...etc. ; et une vision simplifiée des relations organisationnelles où l'outil modélise le rôle des acteurs, les formes, les lieux d'interactions organisationnelles. Des travaux anglo-saxons s'intéressent au rôle de l'instrumentation dans les transformations de l'action collective et développent deux courants. Le premier étudie l'instrument afin de saisir les transformations profondes de l'action collective et des modes de gouvernement dans les organisations. Le deuxième, dont les principaux auteurs sont Power (1996) et Miller et O'Leary (2007), étudient le rôle des instruments dans le processus de création de marchés, de champs professionnels et d'environnements nécessaires à leur manipulation, ainsi que les phénomènes d'institutionnalisation de ces instruments. Ce courant s'inspire de certains philosophes des sciences (Hacking, 1983 ; Pickering, 1992 ; Morgan et Morrison, 1999 ; Callon, 1980). Selon Labatut (2009), Hacking I. (1983) a pu montrer que les instruments qui sont élaborés ne sont pas seulement des représentations du réel, mais agissent dans sa production et altèrent qu'ils sont censés illustrer. Enfin, Hasselbladth et Kallinikos (2000) concluent que l'institutionnalisation n'est pas seulement la diffusion de croyances et de pratiques mais doit prendre en compte le rôle des instruments dans ce processus.

- **L'instrumentation située** est tournée vers l'interaction instrument/activité. Sur la base des travaux de Suchman (1987) qui initie le courant par l'exploration des problèmes d'interaction homme/machine, des auteurs s'inscrivent dans cette approche se référant également aux travaux de la philosophie pragmatique (Dewey, 1938 ; Peirce, 1958). La situation n'est pas préalablement définie mais construite au cours de l'activité, dans l'interaction entre les sujets et les instruments. Ainsi, Rabardel (1995) met en avant la double nature de l'instrument : ses composantes artefactuelles et les « schèmes sociaux d'utilisation et d'activité instrumentée ». Moisdon (2005) rejoint ces approches et montre la double perspective des instruments de gestion ; de l'usage des instruments, émergent des savoirs pour mieux contrôler, mener et diriger l'activité, mais aussi des savoirs sur les pratiques et modes d'action effectifs. Cette approche est également mobilisée en sciences de gestion pour analyser et expliquer les difficultés d'implantation de nouvelles techniques de gestion (Lorino, 2005 ; Lorino et Peyrolle, 2005). D'un point de vue pragmatiste, Cook et Brown (1999) donnent une nouvelle vision sur l'apprentissage organisationnel au travers du concept de « knowing » qui étudie la

connaissance comme quelque chose que l'on ne possède pas mais qu'on acquiert à travers l'interaction entre les acteurs et les objets matériels. Un courant de recherche en stratégie s'intéresse aux « pratiques stratégiques ». Il étudie la mobilisation des instruments de gestion par les managers pour la construction de la stratégie (Whittington, 2006 ; Jarzabkowski *et al*, 2007, Golsorkhi, 2006). Dans une perspective managériale, d'autres auteurs se sont intéressés aux phénomènes d'appropriation des outils de gestion dans différents contextes d'action (De Vaujany, 2005).

- **Les routines et la question de la matérialité** : Dans cette perspective, les études en gestion se sont intéressées à partir des années 60 aux interactions fines entre technologies et routines organisationnelles (Hickson *et al*, 1969). Le courant « Technology Research Structure », à travers les travaux de Barley (1986), démontre que les technologies participent à la transformation des organisations à travers leur intervention dans la relation entre agents humains et structure organisationnelle. Sur la base de ces études, apparaissent des travaux contemporains sur les questions de « sociomatérialité » (Orlikowski, 2007) ou sur les liens entre dynamiques organisationnelles et technologiques (Edmonson, 2001, Orlikowski, 1992). D'autres travaux s'orientent vers l'étude des routines organisationnelles dans les processus de changement, s'inspirant des travaux de Giddens (1984) et de la théorie de la structuration, (Pentland, 1995 ; Feldman, 2000 ; Feldman and Pentland, 2003). Ils étudient notamment l'interaction entre trois dimensions des routines organisationnelles : l'ostensif (le projet, le cadre général de la routine), le performatif (l'interprétation, l'improvisation dans l'action, qui provoque une divergence avec l'aspect ostensif, et peut conduire, dans une certaine mesure, à l'évolution de celui-ci) et les artefacts, qui codifient, prescrivent ou contraignent les deux dimensions précédentes. Dans ces travaux, les auteurs considèrent que les structures sont enactées par les utilisateurs pendant l'utilisation d'une technologie (appelées « technology-in-practice » (Orlikowski, 2000)). Si les routines ont été considérées au départ comme des boîtes noires, on s'intéresse de plus en plus à leur capacité à engendrer les changements organisationnels et stratégiques. Dans cette perspective, le courant des « dynamic capabilities » (Teece *et al.*, 1997 ; Eisenhart et Martin, 2000 ; Zollo et Winter, 2002) explique que la construction de capacités dynamiques est étroitement liée à l'élaboration de routines. Pour d'autres auteurs, les « dynamic capabilities » sont des routines susceptibles de

stimuler des processus d'apprentissage grâce à la codification et l'articulation de savoirs (Zollo et Winter, 2002)).

Dans différentes approches, l'outil de contrôle de gestion a un rôle essentiel. Ainsi, dans une approche positiviste, il est perçu comme prédictible et stable (Orlikowski 2007), permettant de prescrire les comportements (Moison 1997) et bénéficie d'un rôle d'intendance (Bessire, 2012). Lorino (2002, p. 6) critique cette approche positiviste : « les outils sont présentés hors contexte et supposés induire, de manière déterministe, de par leur structure, des comportements ou des types d'action clairement spécifiés. » (Lorino 2002 p. 6). Les outils ne peuvent agir de façon déterministe. Dans cette approche critique, on peut citer les travaux de Otley et Pollanen (2000) sur l'influence du contrôle budgétaire sur la performance managériale. Ces études s'intègrent dans le courant intitulé Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM), constituant « la seule masse critique organisée de travaux empiriques en comptabilité de gestion jusqu'à présent » (Brownell et Dunk, 1991 p.703).

Dans une vision constructiviste et interprétative des outils, ces derniers sont considérés comme étant indissociables de l'organisation. Les principales études sont menées par le Centre de Recherche en Gestion de l'école Polytechnique. Si initialement, on se focalisait sur la performance de l'outil de gestion et sur sa mise en œuvre, d'autres approches se sont progressivement intéressées à la façon dont les instruments de gestion influencent l'organisation et la façon dont l'organisation influence l'outil. Dans cette perspective, les outils de contrôle de gestion sont des formations discursives, ils sont porteurs de sens et de connaissances et permettent à l'organisation d'être gouvernable : l'instrument est une source de légitimité d'action et de prise de décision (Roberts et Scapens 1985). On reproche à ce courant de négliger le processus d'interprétation (Boland, 1993). D'autres travaux s'intéressent alors à la manière dont les instruments de gestion sont interprétés et utilisés par les acteurs (Laughlin, 1987, 1991). Les approches néo-institutionnalistes étudient le rôle de l'environnement dans l'adoption et l'usage des outils qui, selon eux, ont une fonction d'affichage symbolique (DiMaggio et Powell, 1983 ; Carruthers, 1995 ; Burns et Scapens, 2000 ; Norreklit, 2003 ; Dejean *et al.*, 2004).

Dans une approche instrumentale, nous abordons la question de socio-matérialité où l'instrument a une fonction de médiation de l'action collective (Beguin, 2004 ; Rabardel, 2002). Cette approche permet de mettre l'accent sur les relations et les interactions tridimensionnelles

entre activité, interprétation et instruments. Basée initialement sur les études de Vygotski (1930, 1934), puis sur la théorie de structuration de Giddens, cette approche montre à travers les études de Orlikowski (1992, 2007) la nécessité d'opérer une distinction entre la nature matérielle de la technologie et les activités humaines qui conçoivent et utilisent les artefacts, le rôle de la technologie en termes d'interaction mutuelle entre les agents humains et la technologie, et donc, à la fois structurellement et socialement construit.

Comme nous l'avons expliqué plus haut il existe deux courants distincts. Le premier se focalise sur l'importance de la qualité intrinsèque de l'outil de gestion dans sa diffusion. L'autre courant s'intéresse à la conception de l'outil qui se caractérise par un processus de construction sociale. Comme l'indique Martineau (2008), « on passe d'une conception qui s'imposerait aux acteurs à une co-conception à l'usage. Les outils de gestion, à la suite de leurs usages, sont alors le lieu de rencontre entre des savoirs académiques et des pratiques. » (Martineau, 2008, p.9). Cette orientation va dans le sens d'une approche participative (Touati *et al.*, 2005) dont nous avons soulevé l'intérêt précédemment. Dans le cadre de la restructuration hospitalière, Minvielle et Contandriopoulos (2004) montrent l'importance d'une gestion négociée et sur mesure du changement qui intègre une dimension sociale et humaine : la construction sociale des outils de gestion donne un sentiment de participation au changement au travers de leur co-conception.

La littérature relative aux outils de gestion montre donc la complexité sociale qu'ils recouvrent dès lors qu'ils sont considérés au-delà qu'une seule perspective technique. Par ailleurs, ils s'inscrivent dans une dynamique sociale où les acteurs et les groupes d'acteurs ne peuvent être négligés en tant que concepteur et/ou utilisateur.

### **2.3. Le rôle des outils de gestion dans le changement**

Après avoir défini le concept d'outils de gestion et mobilisé différentes approches pour les étudier, nous cherchons à mettre en évidence le rôle de ces derniers notamment pour la gestion du changement.

Dans une visée rationnelle, les instruments de gestion sont implantés pour normaliser l'activité. Plusieurs études ont démontré que leurs usages se sont vus transformés et diversifiés. Selon Moisdon (1997, p 7), « si l'on considère qu'un outil de gestion vit toujours deux existences, celle qui consiste à normer les comportements et celle qui consiste à créer et propager du savoir, on peut résumer les évolutions actuelles par une transition du mode d'existence initialement dominant, la conformation, à la connaissance et l'exploration du réel ». Pour l'étude des outils

de gestion, Hacking (1983) préconise de prendre en considération les usages de ces derniers en situation, usages qui produisent des phénomènes nouveaux et qui modifient la perception du réel. D'autres travaux se centrent sur le rôle de l'instrumentation de gestion dans le pilotage du changement. En effet, l'implantation des outils de gestion et les dynamiques de changement qu'elle engendre intéressent plusieurs auteurs sur les organisations contemporaines (David, 1998 ; Hatchuel et Weil 1992 ; Moisdon, 1997 ; Lozeau *et al.*, 2002). Celles-ci se caractérisent par un accroissement des dispositifs instrumentaux qui permettent le pilotage de l'action collective. Bourguignon et Jenkins (2004) insistent sur la nécessité de l'appropriation des outils par les différents acteurs et leur disposition à soutenir la stratégie.

David (1998) a systématisé l'étude du rôle des outils de gestion dans le pilotage du changement. Il soutient la thèse que les outils de gestion peuvent être modélisés selon des cycles continus de conception et de diffusion, conduisant à des innovations managériales. Dans le prolongement des travaux de Michel Foucault, plusieurs auteurs (Berry, 1983 ; Moisdon, 1997) s'intéressent à la façon dont les sujets sont transformés en objets gouvernables à travers l'application de technologies liées à la comptabilité. A partir de l'analyse des instruments de gestion, ce courant cherche à identifier les transformations profondes de l'action collective et des pratiques managériales dans les organisations.

Moisdon (1997) constate une nouvelle doctrine de l'usage de l'instrumentation de gestion dirigé vers la connaissance et l'exploration du réel. Il distingue trois rôles possibles des outils dans le changement :

- **Les outils d'investigation du fonctionnement organisationnel** : à travers l'étude de plusieurs cas de mise en place d'outils de gestion, Moisdon (1997) met en lumière une nouvelle fonction de l'outil : « révéler les déterminants essentiels de l'organisation et aider les intervenants et leurs interlocuteurs du terrain à imaginer de nouveaux schémas d'évolution. On voit par là-même comment la notion d'application d'un outil est insuffisante : un échec apparent peut en fait masquer un phénomène d'apprentissage, susceptible de se révéler à terme davantage stratégique qu'une amélioration des procédures de choix ou d'organisation du travail » (Moisdon, 1997, p.20). En effet, il décrit dans des compagnies pétrolières les efforts déployés pour la mise en place d'un nouveau modèle d'analyse des risques conduisant à un dévoilement du fonctionnement organisationnel dû à une confrontation entre le modèle et l'organisation. Aussi, il démontre, à travers l'étude concernant l'insertion d'un système informatique dans

l'administration décentralisée du Ministère du travail, que les instruments agissent tacitement sur l'organisation à laquelle ils doivent se conformer, et le rapprochement entre les arrangements pensés et réels mène à préciser et à interroger ces derniers. En résumé, la confrontation entre instruments et organisation conduit à mettre en évidence les lois de cette dernière. Le troisième cas concerne la mise en place d'une grille de classification des métiers dans des institutions culturelles où l'outil tend à expliciter les particularités et les difficultés de l'organisation sans pour autant s'opposer ou conformer l'activité.

- **Les outils d'accompagnement de la mutation** : dans cette perspective l'instrumentation de gestion est considérée selon Moisdon (1997), comme un pilote du changement à travers une construction progressive de représentations partagées qui structurent les négociations et les débats contradictoires. A travers ce premier cas d'implantation, l'ICR (indice de coût relatif, qui vise la régulation du système hospitalier public) est utilisé comme un support de négociation et de discussion pour faire face aux exigences de transformation que connaît le secteur hospitalier pour l'intégration des contraintes économiques. Ainsi, l'outil, loin d'être une parfaite représentation de l'activité, n'est pas à considérer pour son action normative capable de conformer les actions et les activités, mais pour être un élément de discussion. Dans une seconde étude portant sur le secteur automobile, où une unité de production doit passer à la gestion au juste à temps, ce changement est déployé par un certain nombre de transformations qui touchent l'appareil productif sans prendre en compte une évolution des outils de gestion, ce qui a nécessité la création d'un appareillage de gestion simplifiée. Enfin, toujours dans le même secteur, mais dans le domaine de la conception de nouveaux véhicules, il est démontré comment le contrat liant la direction générale au directeur de projet est transmis vers les autres centres d'activités grâce à la dynamique collective qui est créée permettant d'identifier les difficultés, des créneaux d'autonomie et d'explicitation des stratégies.
- **Des outils d'exploration du nouveau** : les instruments de gestion orientent l'organisation vers des transformations qui touchent leur savoir de base « techniques » et la construction d'une nouvelle représentation du contexte où le métier évolue. La première étude de cas concerne l'implantation d'un système informatique pour la régulation des lignes d'autobus dans la RATP : elle a permis de mettre en évidence des

indicateurs qui synthétisent la fonction de l'activité de la ligne d'autobus conduisant à la construction de nouvelles stratégies de régulation, plus riches et plus complexes. Ainsi, « l'instrument constitue un lieu de recomposition des savoirs que les acteurs mettent en œuvre pour effectuer l'activité elle-même. Il s'agit [...] d'une technologie ouverte » (Moisdon 1997, p. 22). Dans un deuxième cas, dans le secteur de l'automobile, une organisation fait face à une contrainte de recyclage des véhicules : elle conduit à l'introduction de nouveaux indicateurs même approximatifs dans le pilotage des projets qui ont permis la construction de représentations collectives liés aux problèmes et enjeux du recyclage. L'outil est considéré comme un stimulateur de la production des connaissances. Il a provoqué un apprentissage organisationnel. Dans le second cas, l'outil a un rôle d'amélioration des savoirs techniques de base.

Pour Berry (1983), les agents ont recours à “des abrégés” pour prendre des décisions rapidement et justifier le choix, ces abrégés sont **soit bons**, s'exprimant de façon lapidaire pour désigner l'objectif ou le meilleur résultat à atteindre, **soit vrais**, résumant en quelques chiffres simples et représentant l'activité ou le phénomène que l'on voudrait apprécier. Par conséquent, le rôle de l'outil est de réduire la complexité, de rendre possible des décisions prises comme des réflexes et d'engendrer ainsi un automatisme de comportement dû principalement à la nature de l'instrument de gestion. En effet, Berry (1983) résume un modèle de comportement des agents, sur la base d'une recherche en gestion, de la façon suivante : l'agent utilise un petit nombre d'informations et préfère les données numériques, il s'oriente vers les paramètres sur lesquels il se sent jugé ; le recours à des indicateurs synthétiques orientent les agents vers des choix identiques. Cependant, ce type de comportement reste rationnel par rapport à une vision individuelle car il correspond à l'adaptation de chacun à son environnement. Mais prise dans un contexte global puisque l'organisation est un assemblage de plusieurs logiques relatives, la rationalité globale est mise en doute.

Par ailleurs, toujours selon Berry (1983), les outils de gestion dirigent les rapports entre acteurs et groupe sociaux et cristallisent les rapports de force dans l'organisation. C'est dans ce sens qu'il précise les effets du double rôle des outils de gestion mis en évidence par Paul Mayer : les concepts de valeur technique et valeur institutionnelle d'un instrument de gestion. En effet, la remise en cause de la valeur technique d'un instrument engendre des situations conflictuelles, où chacun développe ses points de vue partiels, radicalisés selon sa position. C'est là que le concept d'institutionnalisation est introduit pour expliquer ces difficultés de communication.



Martin et Picceu (2006) étudient les relations entre outils de gestion et dynamique de l'action collective. Les outils créent des représentations sociales collectives lors de leur construction grâce à la participation d'acteurs internes et externes autour du projet (Drevetton, 2008).

Les outils de gestion peuvent engendrer le changement de différentes manières. Dans le cadre de leur implantation, ils impactent l'organisation, les individus et peuvent eux même être modifiés suite à des interactions avec les utilisateurs. Selon Martineau (2012), l'outil « peut venir modifier les structures organisationnelles, ou au contraire se trouver modifié par elles. » (Martineau, 2012, p.216). C'est en analysant le processus de leur implantation et leurs interactions avec les différents acteurs que nous pourrions mettre en évidence leur rôle dans le changement, en particulier dans une organisation pluraliste. Dans ce sens, il est important d'intégrer une analyse fine de ce qui se passe au sein de l'organisation, entre les différents groupes d'acteurs et les usages qui sont fait des outils. Il ne faut négliger les adaptations dans le processus d'adoption de l'outil, ou encore le processus d'entre définition qui se met en place pour permettre l'effet catalyseur, la viabilité de l'outil, qui au final n'est pas forcément dans le même format ni complètement indépendant de sa conception initiale.

### **3. Le contrôleur de gestion comme vecteur de changement**

Parmi les acteurs concernés par la complexité et la dynamique sociale des outils de gestion, le contrôleur de gestion occupe une place importante dans la littérature. Cette dernière s'est notamment attachée à observer l'évolution de leur rôle (3.1.) et la place qu'ils occupent dans le changement organisationnel (3.2.).

#### **3.1. Evolution du rôle du contrôleur de gestion**

Le processus d'introduction d'un dispositif de contrôle de gestion intègre forcément l'intervention d'acteurs humains. Naro (1998) met en évidence l'importance de la « dimension humaine » et insiste sur l'insertion de l'acteur « au centre du dispositif ». (Naro 1998, p. 53-54). Le contrôleur de gestion est parmi les acteurs qui accompagnent l'implantation du système de contrôle de gestion. C'est dans ce sens qu'il est important pour nous de mettre en évidence différents travaux qui s'intéressent à la fonction et au rôle du contrôleur de gestion.

Ces dernières années, plusieurs recherches sur le contrôleur de gestion attestent d'une évolution de la mission de ce dernier. Reconnaisant la complexité de son rôle, Caron *et al.* (2011) démontrent à travers une revue de littérature la dualité qui entoure ce personnage. En effet, mise

à part sa fonction stéréotypée de « compteurs de haricots » (Friedman et Lyne 1997), d'éditeur de documents comptables et budgétaires, le contrôleur de gestion assure au sein de l'organisation une fonction de conseil et de développement d'activités (Scapens et Jazayeri, 2003, Granlund et Malmi, 2002, Russel, Siegel et kulesza, 1999, Joseph et George, 2005, Friedman et Lyne, 1997, Vaivio, 2004). Il assure également une fonction de communication et de coordination entre les membres de l'organisation, et d'animateur des processus d'apprentissage par sa capacité à traduire les visions des centres opérationnels et dirigeants (Montgolfier, 1999). En d'autres termes, le contrôleur de gestion favorise l'apprentissage organisationnel (Bollecker, 2004, p 125) : « les activités de traduction des contrôleurs facilitent la mise en œuvre d'actions de correction décidées lors des réunions, ou en d'autres termes favorisent l'apprentissage organisationnel ». Dans une enquête menée par le cabinet Ernst & Young en 2006-2007, les contrôleurs de gestion sont montrés comme de « véritables interfaces entre les différents métiers, la finance et le management. Ils s'éloignent de l'image de spécialistes des chiffres pour rejoindre un positionnement central, aux côtés du management afin d'éclairer les décisions et d'accompagner la stratégie de l'entreprise ».

À partir d'une étude de cas menée chez un équipementier automobile, Lambert et Pezet (2006) analysent le rôle organisationnel du contrôleur de gestion décrit comme un expert en normes (Besson et Bouquin, 1991), obligé de changer et de remettre en cause sa manière d'agir pour participer à la nouvelle vision du manager. Le contrôleur de gestion joue un rôle d'interface entre les différentes parties prenantes externes et internes à l'organisation. Il agit également comme un intervenant principal dans la mise en place et le maintien du nouveau système de contrôle panoptique conçu de telles manières que le réseau de contrôleurs en soit la « colonne vertébrale ». Pour Lambert et Pezet (2006), « il est le principal artisan de l'émergence des normes de contrôle. Pour mettre en place et maintenir le panoptique, le contrôleur doit prouver sa capacité à faire respecter ces normes. Cela suppose également que le contrôleur agisse sur sa propre manière d'être dans l'entreprise » (Lambert et Pezet 2006, p184).

Dans son article paru en 2007, Bollecker fait une revue de littérature des travaux portant sur le rôle des contrôleurs de gestion. Il met en évidence quatre missions principales réalisées de manière interdépendante ou complémentaire : 1. une mission de surveillance des activités qui est réalisée à travers le calcul de données en fonction des objectifs de la direction, afin de pouvoir suivre et surveiller leur réalisation et permettre à la direction le contrôle des opérations ; 2. une mission d'aide au pilotage où le contrôleur de gestion a une fonction de conception, de

coordination et de mise en place d'outils de gestion auprès des opérationnels, dans une optique de décentralisation du contrôle de gestion ; 3. une mission de coordination verticale et horizontale où le contrôleur de gestion assure le rôle de liaison entre les centres de responsabilité - direction et cadres - (Lawrence et Lorsch, 1973) et de mise en relation des différents centres et membres de l'organisation ; 4. Une mission de changement que nous discutons plus en détail dans le prochain paragraphe.

D'autres recherches mettent l'accent sur l'aspect relationnel de la fonction de contrôleur de gestion (Bollecker, 2000 ; Löning et Pesqueux, 1998, Halgand, 1996 ; Dupuy, 1990 ; Lorino, 1997) où il s'adapte à son environnement par une adaptation « socio-construite ».

Enfin, Dupuy (1990) ajoute que le contrôleur de gestion aide à la conceptualisation, l'élaboration et la diffusion des normes. De même, pour Danziger (1995) le contrôleur assure le dialogue entre les différents membres de l'organisation et fait converger les buts et crée la solidarité entre eux.

### **3.2. Le contrôleur de gestion et le changement**

Le contrôleur de gestion est considéré comme un acteur important du changement de par ses missions de performance économique et « d'ingénierie de changement » (Lorino, 1991). Son rôle d'animateur du processus de contrôle de gestion suppose de combattre l'inertie par des compétences relationnelles dont la capacité de persuasion (Bouin et Simon, 2000), la communication (Chiapello, 1990 ; Nobre, 1998 ; Danziger, 2000 ; Bouin et Simon, 2000). Il peut jouer un rôle dans la stratégie (Bouquin, 2004), formulation et déclinaison grâce à sa connaissance de l'entreprise et aux liens qu'il crée entre les unités fonctionnelles et opérationnelles.

Ce rôle d'acteur du changement n'est pas nouveau. Bouquin et Pesqueux observent que « le rôle le plus récemment apparu est celui d'architecte et de rénovateur des systèmes d'information, ce qui le fait participer au processus de changement dans l'entreprise. » (Bouquin et Pesqueux ; 1999 ; p 103). Considéré comme un animateur du changement (Bühler 1979 ; Hachmanian et Hussenot, 1984), le contrôleur de gestion joue un rôle actif de formateur et d'agents de changement dans les organisations (Bollecker, 2007). Il peut influencer le changement ou le déclencher (Russel *et al.*, 1999). Dans une revue de littérature, Bollecker (2007) souligne que le contrôleur de gestion a un rôle actif en influençant les décisions du manager, un rôle réactif

pour accompagner les transformations décidées au niveau des organisations et, enfin, un rôle proactif lui permettant d'agir sur la transformation des organisations. C'est le cas par exemple de l'implantation des systèmes d'information (Meyssonnier et Pourtier, 2006) ou de la transformation de la vision des centres opérationnels (Morales, Pezet ; 2010) en orientant les ingénieurs vers une vision financière.

#### **4. Les spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier**

Afin de pouvoir analyser si le contrôle de gestion peut contribuer au changement dans des organisations pluralistes, nous nous intéressons aux études qui traitent des spécificités du contrôle de gestion dans les hôpitaux. Les études déjà réalisées mettent en avant la complexité de la fonction dans ces structures (4.1.) et donc des transformations à réaliser (4.2.), en particulier au Maroc (4.3.).

##### **4.1. Complexité de l'instauration du contrôle de gestion dans une organisation pluraliste**

L'hôpital est une organisation particulièrement intéressante pour étudier l'évolution du contrôle de gestion. En effet, c'est une organisation complexe confrontée à de multiples difficultés. Ainsi, « l'étendue de la diversité des compétences, le développement d'hyper-spécialités, l'incommunicabilité entre services », (Honoré et Samson, 1994, p. 18), la configuration « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1982) rendent les activités de l'hôpital difficilement modélisables (Moison et Tonneau, 1999) et difficilement contrôlables (Halgand, 1997, 2005). Les objectifs de l'hôpital cèdent la place aux stratégies individuelles (Evans, 1984) et les médecins bénéficient d'une part importante du pouvoir au sein de cet organisme (Pauly, 1980). L'hôpital est une organisation qui cumule une complexité importante au niveau du processus de production et une faible concordance dans les objectifs (Thompson et Tuden, 1959 ; Burchell *et al.* 1980).

Pendant longtemps, la vision budgétaire (Nobre, 2000) marque très profondément les pratiques du contrôle de gestion à l'hôpital. En effet, la logique budgétaire est fortement ancrée dans les organisations publiques dont l'objectif est de vérifier le bon usage des fonds publics. Inspirés de la gestion des entreprises, les outils de contrôle de gestion mis en place au sein des organisations hospitalières disposent de trois caractéristiques : une forte logique budgétaire, un objectif de reporting et un fonctionnement centralisé. Dans une vision principalement instrumentale, les gestionnaires considéraient le contrôle de gestion en termes de *reporting*, de budgets, de tableaux de bord de dépenses. En effet, on reproche au budget de n'être « que des

inventaires de prévisions indépendants de toute idée directrice » (Gauthier *et al.*, 1975, p.55), et au reporting de fournir des informations limitées (Schmitt, 1994, p.26). La multiplicité des agencements budgétaires a conduit selon Nobre (2001) à une « mécanique budgétaire, impliquant la superposition de dispositions diverses, et rendant difficile un contrôle global, ce qui contribue largement à l'écart entre taux directeurs et augmentation réelle des dépenses » (Nobre, 2001). Ces outils ont été déployés pour justifier auprès des tutelles de l'utilisation des ressources financières et techniques dans le cadre du contrôle externe exercé par les ministères de la santé des Etats, les directions régionales et les ministères de l'économie et des finances.

#### **4.2. Intégration d'une logique économique dans les SCG hospitaliers**

Le développement du New Public Management au sein des organisations publiques implique l'instauration d'exigences importantes de performance et l'insertion d'une culture managériale auprès des administrateurs. Ainsi, comme indiqué dans l'introduction générale de cette thèse, le managérialisme conduit le secteur public à s'inspirer de la gestion de l'entreprise privée et à intégrer ses pratiques. Le domaine hospitalier est lui aussi touché par ce changement, incitant les établissements hospitaliers à réaliser un glissement d'un contrôle externe exercé par les tutelles vers un contrôle interne capable de mettre en place une gestion efficiente. En effet, l'objectif est de transformer la gouvernance hospitalière et de rendre les hôpitaux publics indépendants des pouvoirs politiques en leur donnant une autonomie de gestion et de décision.

Le système de santé connaît des réformes successives modifiant de façon importante la gouvernance et l'organisation des établissements hospitaliers, donnant lieu à un phénomène de « renforcement de la fonction contrôle de gestion mais en même temps à un changement dans l'animation du système de contrôle de gestion, lequel change de statut et de rythme » (Pépin et Moisdon, 2010). En effet, « le contrôle de gestion s'impose alors comme le fer de lance des réformes de modernisation des services publics. Les modes de contrôle des résultats semblent prendre le pas sur le contrôle bureaucratique par les règles » (Georgescu et Naro, 2012, p.90). Nous assistons donc à une demande accrue d'outils de gestion (Moisdon, 1999 ; Halgand, 2000). Dans un souci de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de l'efficacité des établissements, la vulgarisation d'une logique de performance médico-économique auprès de l'ensemble des acteurs au sein des hôpitaux devient nécessaire. Takagi (2006) parle d'un passage d'une domination professionnelle vers une ère managériale valorisant les gestionnaires.

Dans ce contexte, plusieurs auteurs reconnaissent le rôle actif du contrôle de gestion dans l'instauration d'une logique managériale et économique et dans la convergence des buts

notamment dans la modernisation des organisations publiques (Peaucelle, 2003). Elle se traduit par la mise en place d'une « communauté minimale de langage et de sens partagé » (Moison et Tonneau, 1999). Si le contrôle de gestion « se borne aujourd'hui principalement à la fourniture d'outils ou de données analytiques, sa contribution à l'adaptation d'une logique de pilotage des processus au contexte hospitalier est potentiellement forte » (Baly, 2015).

Nobre (2013) met l'accent sur la nécessité d'adapter les outils et systèmes de gestion qui ont fait leur preuve dans d'autres contextes : « les outils ou dispositifs de gestion ne constituent qu'un maillon dans la chaîne qui conduit à l'évolution des pratiques de management [...] un outil n'est pas bon par nature, il atteint les objectifs qui lui sont assignés si les conditions de sa mise en œuvre ont été respectées et si les acteurs ont été accompagnés d'un point de vue technique mais aussi et surtout socio-cognitif et culturel » (Nobre 2013). Si l'intégration du contrôle de gestion dans le cadre du changement est identifiée dans plusieurs études que nous avons mobilisées plus haut, il est nécessaire de souligner que le processus de changement dans le cadre des organisations pluralistes ne peut être planifié. Cela suppose une analyse en profondeur de ce processus capable de prendre en considération les enjeux politiques, les intérêts et le pouvoir des différentes catégories d'acteurs. En effet, « ces catégories de professionnels, au sens sociologique du terme, coopèrent de façon plus au moins étroite tout en jouant des rôles fortement intériorisés de par leur formation, leur cursus, et le système de valeur auquel se réfère leur monde au sens de Thévenot et Boltanski (1991) ou Glouberman et Mintzberg (2001) » (Nobre, 2013, p.153).

La mobilisation de la théorie de l'acteur réseau permettra de mettre en évidence les leviers du changement par l'analyse des controverses et leurs modes de résolution. En effet, Callon et Latour (1986) préconisent que le déploiement d'une innovation (ici un dispositif de contrôle de gestion) ne suit pas un processus de haut en bas mais un processus qui se construit à travers des controverses, des modifications de la technique et d'interactions.

#### **4.3. Le système de contrôle de gestion au sein des hôpitaux marocains**

A l'instar de nombreux pays, le système de santé marocain et particulièrement le milieu hospitalier, a connu l'introduction et l'application de nouvelles approches et nouveaux outils inspirés des entreprises privées à des fins d'efficience et d'efficacité. En effet les projets de réformes au Maroc intègre cette notion d'autonomisation et de décentralisation qui encourage le recours et le développement de la comptabilité, du contrôle de gestion, de la budgétisation et l'accréditation (Belghiti, 2005).

L'introduction de la gouvernance hospitalière au Maroc est étroitement liée à l'histoire du système sanitaire marocain et à son évolution (Bouziani, 1999 ; Maazouzi, 2005 ; Belghiti, 2002). Elle se caractérise par l'apparition de modèles de gestion d'autonomie (CHU, SEGMA) de plusieurs réformes (hospitalière, financement), le développement du management sanitaire et la promulgation de lois et de réglementations. Malgré ces changements notables, plusieurs dysfonctionnements de la performance des établissements hospitaliers sont observés (Belghiti, 2002).

Au Maroc, peu d'études sur le développement du système de contrôle de gestion dans l'organisation hospitalière sont menées. Néanmoins, une étude sur 52 hôpitaux marocains est réalisée portant sur l'incidence de l'adoption du contrôle de gestion par les hôpitaux publics (Boussetta et Alami, 2017). Celle-ci démontre que seulement 56 % des hôpitaux possèdent un système de contrôle de gestion. Le reste se contente de quelques outils de pilotage comme les tableaux de bord ou les budgets. La planification stratégique est sous l'autorité décisionnelle du directeur de l'hôpital, dont le processus de planification est conçu par « le projet d'établissement hospitalier sur 5 ans », ou par une programmation annuelle. Les outils de contrôle de gestion prédominants sont la comptabilité publique à 96 %, et quelques hôpitaux semi-publics utilisent la comptabilité générale avec l'établissement de comptes annuels.

Historiquement, en l'absence de système d'information informatisé et intégré, le tableau de bord en milieu hospitalier a une fonction de reporting financier. Les indicateurs qualitatifs produits collectés au niveau des registres des différents services, rendent l'information difficilement exploitable. La fonction contrôle de gestion est orientée vers le contrôle budgétaire, les hôpitaux ayant des obligations de suivi vis-à-vis des tutelles. Dans les années 1990, le ministère de la Santé marocain porte une attention particulière à la conception des systèmes de pilotage de la performance hospitalière et au développement des systèmes d'information hospitaliers. De nombreux outils de pilotage de la performance sont mis en place, dont : le schéma directeur de l'information, les rapports annuels de performance, les budgets prévisionnels, les guides d'utilisation des systèmes d'information, les systèmes d'information hospitaliers (SIG Ho), le système intégré de gestion de l'information du patient (progiciels de gestion intégrée) au niveau des centres hospitaliers universitaires et au centre hospitalier régional Hassan II d'Agadir. Dans le cadre de la réforme hospitalière, au cours du projet Marhoc (Étude de la gestion des hôpitaux publics : le projet Marhoc, 1990) et du projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS), les rapports d'expertise réalisés soulignent

l'importance de développer des systèmes de pilotage de la performance globale intégrant des mesures financières et non financières. Ainsi, le ministère de la Santé présente lors de la première rencontre des hôpitaux en 2008, un système de pilotage de la performance hospitalière nommé « matrice d'analyse de la performance ». Cette matrice suit trois indicateurs de performance (la production, la productivité et l'efficacité) et permet de :

- surveiller la performance des fonctions principales à l'hôpital (le diagnostic, les soins, l'hospitalisation et la gestion),
- d'établir une évaluation et une comparaison de la performance entre les hôpitaux,
- de remonter les écarts par rapport à la moyenne,
- de s'assurer de l'efficacité des établissements hospitaliers dans la réalisation du programme prioritaire du ministère de santé.

Cependant, cette matrice de performance ne répond pas aux besoins du gestionnaire et demeure principalement une fonction de reporting à destination des supérieurs hiérarchiques (Belghiti, Marroufi, 2013). Focalisée sur les résultats plutôt que sur les indicateurs de processus, elle nécessite d'être complétée par un outil de pilotage qui tienne compte des enjeux politiques entre les différents acteurs.

### **Conclusion section 3**

#### **La diversité des rôles des systèmes de (contrôle de) gestion dans le changement**

La problématique centrale de cette thèse porte sur deux questions complémentaires. Le contrôle de gestion peut-il contribuer au changement dans des organisations pluralistes sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives ? Dans l'affirmative, comment le contrôle de gestion contribue-t-il au changement ? Afin de cerner cette problématique, nous avons cherché à caractériser la fonction contrôle de gestion, notamment dans le changement. Si pour la plupart des auteurs, elle est constitutive du contrôle organisationnel, elle est confondue avec cette dernière dans certaines approches (Malmi et Brown, 2008). La section montre également que les auteurs sont unanimes sur le rôle majeur de changement que joue le contrôle de gestion et le contrôleur de gestion même s'il est réalisé à des niveaux différents et parfois avec difficultés. C'est particulièrement le cas dans les organisations pluralistes, compte tenu de leurs spécificités où l'enjeu majeur consiste à intégrer une logique économique dans les systèmes de contrôle de gestion hospitalier.



Cette section a également permis de caractériser les outils de gestion à partir d'une littérature particulièrement vaste. Il en ressort une complexité et une dynamique sociale de ces outils, notamment liées aux interactions réciproques entre les outils et les acteurs. Nous pouvons retenir de notre analyse différents rôles de l'outil de gestion dans le changement :

- il agit sur l'organisation, en la modifiant, en dévoilant sa réalité ou ses défauts, ce qui est susceptible d'orienter les acteurs vers de nouveaux cadres et de déclencher le changement ;
- il pilote le changement qui se construit de façon progressive de représentations partagées qui structurent les négociations et les débats contradictoires et assure l'apprentissage organisationnel ;
- il vise à provoquer l'apprentissage en stimulant le questionnement et la transformation des savoirs existants et la production des connaissances ;
- il dirige les rapports sociaux, crée les représentations sociales et cristallise les rapports de force dans l'organisation.

## CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Les organisations pluralistes telles que les hôpitaux sont confrontées à des formes d'inertie organisationnelle et à des difficultés dans la réalisation des changements (Contandriopoulos, 2002) alors qu'elles ont à relever des défis, notamment celui de la financiarisation. Ce chapitre a permis de caractériser ces organisations et de définir la *problématique* de la thèse ainsi que la *question de recherche* qui en découle : **Le contrôle de gestion peut-il contribuer au changement dans des organisations pluralistes sous le contrôle des praticiens pour les questions technico-administratives ? -- Dans l'affirmative, comment le contrôle de gestion contribue-t-il au changement ?**

Afin de permettre une analyse en profondeur du processus de changement dans ce type d'organisation, il s'avère important pour nous de choisir un cadre théorique pertinent. Cette analyse nécessite de tenir compte non seulement des aspects techniques du changement mais également des aspects relationnels et sociologiques. Ainsi, nous avons clairement pris une position non rationaliste. Cette orientation nous permet de nous focaliser sur différentes théories critiques en contrôle de gestion. L'analyse de ces différentes théories conduit à nous orienter vers la théorie de l'acteur réseau. En effet, cette dernière est recommandée dans la littérature pour l'analyse des innovations ou des projets de changement ; elle met en évidence les interactions entre acteurs, permettant l'aboutissement ou non de la traduction, et place au même niveau l'intervention des acteurs humains et non humains.

Dans ce chapitre, nous cherchons à mettre en évidence le rôle joué par les systèmes de contrôle de gestion dans le processus de changement. Plusieurs auteurs montrent le rôle du contrôle dans la promotion et la conduite du changement (Hopwood, 1987 ; Dent, 1990 ; Shields, 1997 ; Langfield-Smith, 1997). Nous sommes particulièrement intéressés par l'histoire sociale du contrôle de gestion et son interaction avec l'ordre organisationnel et social, au sens de Colasse (1988). Nous pourrions ainsi mettre en évidence les différents rôles endossés par le système de contrôle de gestion dans le cadre de la restructuration d'une organisation complexe. Dans le même sens, nous nous intéressons à l'outil de contrôle de gestion dans le processus du changement et au contrôleur de gestion considéré comme un acteur central dans l'implantation des systèmes de contrôle.

Enfin, nous avons mobilisé les différentes études sur le rôle du contrôle de gestion dans les organisations hospitalières et notamment dans l'accompagnement au changement. Il en ressort qu'il constitue un élément de changements organisationnels plus vastes et qu'il est nécessaire de tenir compte des spécificités de ces structures. Ce chapitre permet également de mobiliser les rares études sur le contrôle de gestion au sein des organisations hospitalières marocaines (Belghiti, 2002 ; Boussetta et Alami, 2017). Ces études révèlent un manque de développement de la fonction contrôle de gestion et une mauvaise adaptation des dispositifs existants aux besoins des dirigeants.

# **Chapitre 3**

## **Le design de la recherche**

Cette thèse repose pour l'essentiel sur un terrain de recherche unique : celui de l'hôpital universitaire international Cheikh Zaid à Rabat au Maroc. Il s'agit d'une organisation faisant partie du secteur privé à but non lucratif, non financée par l'Etat, ayant connu d'importantes difficultés financières.

Afin de cerner ce contexte, la première section de ce chapitre présente le statut, le mode de gouvernance et la structure de l'hôpital ainsi qu'une analyse de l'historique de son organisation. Créé en 1995, cette dernière est passée par quatre phases structurantes et particulièrement instructive du point de vue du contrôle de gestion.

Ce chapitre vise également à étudier l'organisation au travers de différents cadres théoriques qui donnent un éclairage sur :

- La répartition du pouvoir au sens de Crozier et Friedberg (1977).
- La structure, les facteurs de contingence et les modes de coordination à partir des travaux de Mintzberg (1982).

La seconde section de ce chapitre présente les choix méthodologiques effectués sur cette étude de cas unique. Il s'agit d'une étude longitudinale particulièrement adaptée pour analyser l'évolution temporelle d'une organisation. L'observation participante et post-participante a constitué la base méthodologique qui est justifiée par la fonction de chef de service audit et contrôle de gestion occupée par le chercheur au sein l'hôpital universitaire international Cheikh Zaid. Cette section présente également la posture épistémologique adoptée, qui relève de l'interprétativisme, et des modalités de recueil des données.

La dernière section aborde les méthodes d'analyse et de traitement des données recueillies durant l'étude.

## **Section 1 : Présentation de l'hôpital universitaire international Cheikh Zaid**

Le contexte de la recherche est une organisation à but non lucratif dont il convient de présenter les caractéristiques et l'histoire afin de comprendre l'origine et le cadre du terrain choisi.

### **1. Une structure hybride de type tertiaire**

Avant de présenter les capacités d'accueil et les effectifs de l'établissement (1.2.), nous nous attachons à présenter le statut et le mode de gouvernance de la structure (1.1.).

#### **1.1. Statut et mode gouvernance**

L'Hôpital Cheikh Zaid est une structure hospitalière propriété de la Fondation Cheikh Zaid qui a été créée par Dahir<sup>12</sup> (loi n° 1.93.228 du 22 rebia I 1414) en annexe 1 par la volonté de deux personnalités : son Altesse Cheikh Zaïd et sa Majesté le Roi Hassan II. L'arrêté n°11916 SGG/AG/2 du 18 juin 2000 classe l'hôpital comme établissement hospitalo-universitaire international. En 2004, l'hôpital intègre le centre hospitalier et universitaire de Rabat qui se compose :

- Du centre hospitalier Ibn Sina.
- De l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V.
- De la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- De la faculté de médecine dentaire de Rabat.
- De l'hôpital Cheikh Zaïd.

L'article 3 de ce Dahir prévoit la création du conseil d'administration qui est composé de 10 membres désignés par Sa Majesté le Roi. Depuis 2003, Le Président du Conseil d'administration est Mr Mohamed Mounir El Majidi, directeur du secrétariat particulier de sa Majesté le Roi. Depuis 2007, un directeur général, le Pr Amine El Hassani, est également désigné par sa Majesté le Roi pour la gestion de l'hôpital.

A l'instar de toutes les structures hospitalières universitaires, l'hôpital Cheikh Zaïd a pour missions principales :

---

<sup>12</sup> Un dahir est la forme sous laquelle le pouvoir du Souverain s'est manifesté, dans ces divers domaines (législatif et réglementaire). Les dahirs, qu'ils soient lois ou décrets, sont tous ancrés dans une même formule religieuse et sont tous scellés. Decroux Paul. Le souverain du Maroc, législateur. *In* : Revue de l'Occident musulman et de la Méditerranée, n°3, 1967. pp. 31- 63

- La dispense de prestations de soins de très haute qualité avec développement de pôles d'excellences.
- La formation et l'encadrement des médecins, des infirmiers et des cadres techniques et administratifs.
- Le développement de la recherche scientifique et technique.
- Le renforcement des liens de coopération avec tout organisme ayant un but similaire.

Le Dahir 1-14-126 de juillet 2014 vient en complément pour élargir le champ des missions de la fondation à travers l'ajout de tout ce qui a trait à l'enseignement supérieur dans le domaine de la santé, l'ouverture et la gestion d'autres structures hospitalières et la prise en charge médicale des personnes démunies ou ayant un régime d'assistance médicale.

Partant du fait que le secteur à but non lucratif représente une force sociale et économique de plus en plus importante dans le monde, la Fondation est ainsi créée pour apporter une réponse concrète aux enjeux de la santé au Maroc. Par son statut particulier, il renforce le secteur privé à but non lucratif de la santé au Maroc. A l'instar des organisations similaires (dans d'autres pays comme les USA et quelques pays d'Europe), la fondation est soumise aux règles de droit privé pour son fonctionnement. Elle conserve l'esprit du secteur hospitalier public à travers la nature de ses missions et l'absence de finalité lucrative et de rémunération d'actionnaires. Le secteur à but non lucratif est défini par le programme Johns Hopkins (Archambault, 2001) : comme l'ensemble des organisations qui sont, simultanément :

- (1) institutionnalisées, ce critère exclut les associations non déclarées et les associations éphémères ;
- (2) privées, c'est-à-dire distinctes de l'État et des collectivités territoriales. Ce critère exclut les associations publiques ;
- (3) indépendantes, c'est-à-dire que les organisations doivent avoir leurs propres instances de décision ;
- (4) ne doivent pas distribuer de profit à leurs membres ou à leurs administrateurs.

Sur son site officiel, la Fondation Cheikh Zaid affiche les valeurs suivantes comme objectifs stratégiques :

- L'excellence et la qualité au sein des activités assurées par toutes ses structures.
- L'autonomie, l'équilibre et la pérennité financière de ses structures.
- Le respect de l'éthique et de la déontologie par la Fondation et par son personnel.
- Le développement de programmes de prise en charge des plus démunis.

Au sein du système de santé marocain, l'hôpital Cheikh Zaid est une structure hybride qui se situe entre les cliniques privées et les hôpitaux publics. Il évolue dans un environnement où différentes parties prenantes entrent en interaction que nous considérons comme suit :

- La fondation Cheikh Zaid qui représente l'organisme de tutelle (gouvernance).
- Les patients et les mutuelles (clients).
- Les Laboratoires et autres fournisseurs.
- Les hôpitaux et les cliniques concurrents.

## **1.2. Capacités et effectifs de l'HUICZ**

L'Hôpital Cheikh Zaid est une structure hospitalière de type tertiaire, il dispense des soins et services spécialisés et ultra spécialisés dans un large éventail de disciplines médicales et chirurgicales offertes en hospitalisation et en mode ambulatoire. Autour de ses pôles spécialisés, il développe une offre de qualité et des créneaux d'excellence où l'HUICZ est identifié comme précurseur au Maroc et parfois en Afrique.

L'hôpital compte 220 lits en 2007 et 380 lits actuellement. Il offre un plateau technique des plus performants :

- 9 salles de blocs opératoires spécialisées (chirurgie générale et thoracique, neurochirurgie, traumatologie, ophtalmologie, chirurgie cardiovasculaire adulte et pédiatrique, gynécologie, ORL et urologie).
- 2 salles de cathétérisme cardiaque avec les explorations nécessaires.
- 3 services de réanimation (une réanimation cardiaque, une réanimation adulte et une réanimation de néonatalogie).
- Un service de radiologie munit d'une IRM, d'un scanner, de radios standards, d'échographie et de mammographie.
- Un service des urgences.
- Des unités de chimiothérapie et d'hémodialyse.
- Un laboratoire d'analyse biologique et anatomopathologique.

Actuellement, grâce à l'extension de l'hôpital et dans le cadre de son expansion, de nouveaux services et pôles d'excellence se développent (oncologie, chirurgie cardiaque pédiatrique, greffe rénale, greffe de moelle...etc.) et d'autres s'agrandissent pour répondre aux besoins de santé de la patientèle.



En termes d'effectifs, l'hôpital emploie 650 personnes y compris les médecins permanents en 2007 (756 en 2013) réparties en :

- 272 Paramédicaux.
- 145 Administratifs.
- 107 Agents de soutien.
- 67 Techniciens.
- Plus de 300 médecins divisés en divers spécialités dont 59 permanents non-salariés, le reste étant des médecins vacataires privés ou TPA (temps plein aménagé).

## **2. Historique de la transformation de l'hôpital Cheikh Zaid**

Au-delà de ces principales caractéristiques, l'organisation connaît plusieurs périodes de transformation de fond (2.1.), conduisant à redéfinir la place des acteurs (2.2.) et la structure (2.3.).

### **2.1. Une transformation en quatre phases**

Depuis son démarrage, l'HUICZ connaît plusieurs phases avec son lot de difficultés.

- La création de l'hôpital faisant très vite émerger des carences importantes.
- Une évolution croissante non maîtrisée associée à plusieurs dysfonctionnements dans l'organisation par la suite.
- L'agrandissement de la structure et le développement d'autres créneaux liés à l'expérience acquise générant de nouvelles problématiques malgré une vitesse de croisière.
- La duplication du modèle développé par la fondation dans d'autres structures en gestion déléguée et en création après une longue période de transformation.

Le tableau suivant résume ces quatre grandes phases d'évolution de l'organisation et du système de contrôle de gestion au sein de l'HUICZ.

Périodes	Phases	Observation	Contrôle de gestion	Observation
1995 -fin 2003	Construction-Démarrage	Pouvoir centralisé chez le Directeur général (DG). Conseil d'administration marginalisé Pouvoirs des médecins inexistant	Inexistant	Même DG nommée depuis la construction de HUI CZ
2004-fin 2007	Croissance et perturbation	Décentralisation du pouvoir de la DG Création de directions Membres du conseil d'administration (CA) très impliqués dans la partie financière Organisation orientée métier Centralisation de la décision au niveau métier « Cloisonnements »	Création du Service contrôle de gestion Rôles très limitatif : Contrôle d'activité Etude de rentabilité, Contrôle des charges Création du premier tableau de bord (TDB) : très technique, orienté reporting. Pouvoir de décision aux médecins : prise de décision intuitive, Indicateurs globaux	Nomination d'un nouveau DG Pouvoir important du corps médical Début de la croissance de HUI CZ
2008- 2014	Stabilisation et évolution	Création de services transversaux Délégation des pouvoirs de signature à la DAF Renforcement du dispositif de contrôle Interne Implantation d'un mode de gouvernance orienté Performance	Développement d'une direction organisation contrôle et qualité (DOCQ) Augmentation du pouvoir du Service CG Introduction de nouvel outil de contrôle de gestion Importante maîtrise des données et des variables de calcul	Nomination d'un nouveau DG. Intervention d'un consultant externe nommé par le président du CA. Implantation d'un nouveau système d'information. Réalisation d'un projet d'extension de plus de 300 millions de Dirhams financé par fonds propres (ouverture en 2013)
2014- à ce jour	Expansion et duplication du modèle	Partenariats établis pour la gestion de quatre hôpitaux dans villes du Maroc Création d'autres structures appartenant à la fondation en dupliquant le modèle de gestion Accentuation du rôle du duo responsable gestionnaire et directeur de l'hôpital	Même modèle de contrôle de gestion implanté. Système d'objectifs Transfert de connaissance vers les autres structures	Agrandissement du périmètre de la fondation à d'autres structures. Création d'un business model Augmentation du champ d'activité de la FCZ

**Tableau 4 : Les phases de l'évolution de l'organisation et du contrôle de gestion**

Dans ce paragraphe, nous décrivons les deux premières phases d'évolution. Les deux suivantes seront détaillées ultérieurement au travers d'une analyse organisationnelle de l'hôpital. Notre objectif ici est de mettre en évidence la situation de l'HUI CZ avant le projet de restructuration et de nous permettre lors de la présentation des résultats de montrer sa situation après le démarrage du processus de transformation. Notre recherche se situe dans la période de

démarrage du projet de restructuration pour laquelle nous mobilisons la théorie de l'acteur réseau afin d'identifier les différents acteurs et leur impact dans l'opérationnalisation du changement au sein de la structure.

**Phase 1 (1995 à 2003) :** Durant le démarrage de l'hôpital Cheikh Zaid, l'organisation est centralisée autour d'une seule personne ; le Directeur Général. En effet, ce dernier a un pouvoir décisionnel important, au point que l'intervention du conseil d'administration est mineure voire inexistante. Néanmoins, quelques audits sont réalisés par les Emiraties suite au déblocage de fonds pour la mise en fonctionnement de l'HUICZ. Le corps médical est écarté de la politique générale de l'hôpital en matière de gestion et ne peut avoir aucune influence sur les investissements biomédicaux, les achats pharmaceutiques ou la tarification. Il faut dire que le personnel médical est peu nombreux (quelques médecins mis à la disposition et quelques TPA qui se sont mis à leur compte ou ont convergé vers d'autres structures). Il est constaté une absence de ligne hiérarchique entre le directeur général et le reste du personnel ou services, et ce malgré l'existence d'un directeur adjoint.

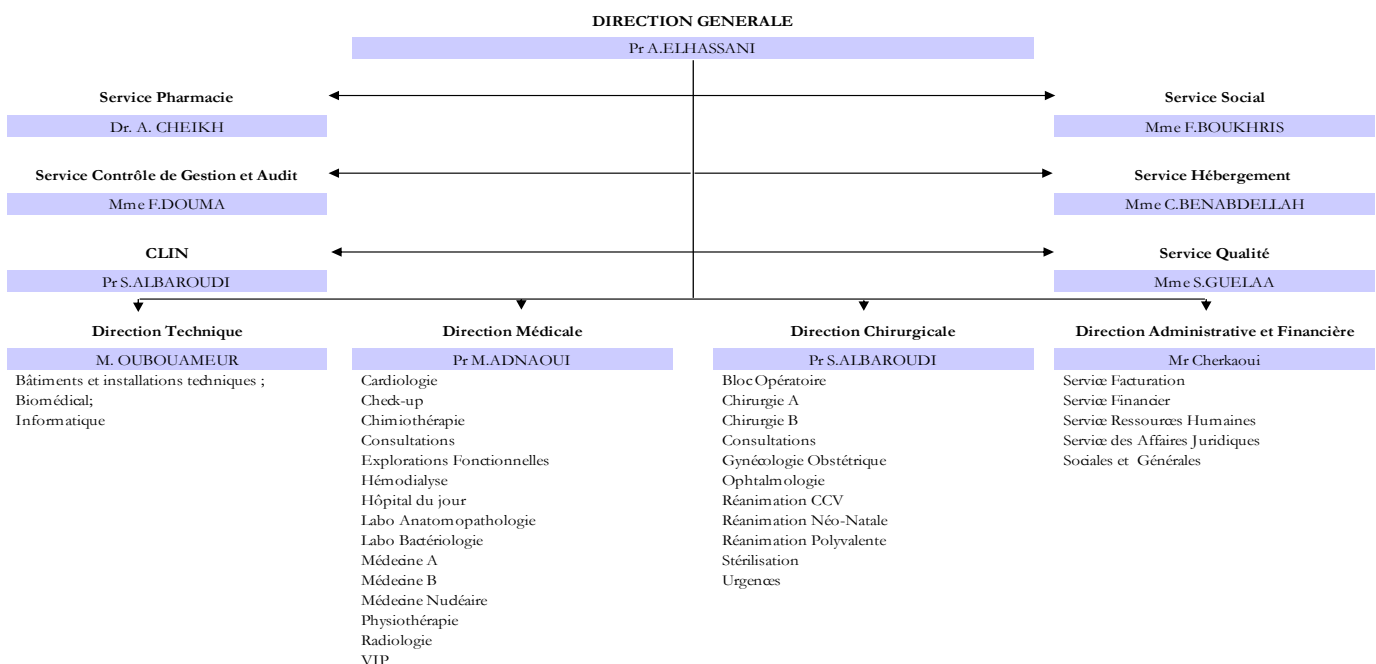
Le directeur général suit l'activité opérationnelle de tous les services directement. Le contrôle de gestion au sein de la structure est absent et aucune forme de tableau de bord ou de reporting n'est mis en place. La gestion de l'hôpital est quotidienne sans aucune forme de planification ou de vision. La seule forme de suivi se réalise au travers de la production des états comptables. On peut souligner que, durant cette phase, l'hôpital Cheikh Zaid connaît une crise financière en raison d'une croissance insuffisante, de problèmes de recouvrement et de dettes importantes. A cette crise, se greffe une démotivation accrue du personnel médical, paramédical et administratif, conduisant même les professionnels salariés à manifester.

**Phase II (2004 à 2007) :** Cette période coïncide avec le changement du directeur général qui a pour mission principale de restructurer et de faire évoluer l'activité de l'HUICZ. Dans un premier temps, la partie financière est étroitement supervisée par un membre du conseil d'administration (co-signature des états financiers, ordres de virement, chèques, suivis des recettes). En ce qui concerne l'organisation interne, l'hôpital est structuré en directions (Direction chirurgicale, Direction Médicale, Direction Administrative et Financière, Direction Technique...etc) basées sur des critères métiers (Médical, Paramédical, Financier, Administratif, Technique, etc.). Les missions de ces directions sont définies comme suit :

- Une Direction Médicale pour gérer la prise en charge médicale du patient concernant les différentes spécialités médicales.

- Une Direction Chirurgicale pour gérer l'activité chirurgicale. Il est important de signaler que les médecins de l'hôpital (vacataires ou permanents) ne disposent pas d'organes représentatifs en dehors de ces deux postes. En effet, les directeurs médicaux, responsables de la qualité et du bon fonctionnement de tous les soins médicaux, ont l'autorité pour mettre en œuvre les décisions prises par le directoire et s'assurer que les politiques et les procédures de l'hôpital soient respectées. Les directeurs médicaux sont des membres actifs du « comité de direction » présidé par le Directeur Général de l'Hôpital et peuvent influencer les décisions. Cependant, ce système crée une rupture entre les médecins et le processus décisionnel pour la gestion de l'organisme.
- Une Direction Administrative et Financière pour assurer la gestion et le suivi du processus administratif et financier jusqu'à la comptabilisation.
- Enfin, une Direction Technique responsable de la maintenance et de l'entretien des installations et des équipements techniques.

La figure suivante représente l'organigramme de l'hôpital pendant la phase II en 2007.



**Figure 5 : Organigramme fonctionnel de L'HUICZ en 2007**

Le directeur général est également assisté par des services qui lui sont rattachés directement tel que le service Audit et Contrôle de gestion créé durant cette phase, le service qualité, le service pharmacie et le service social. Au sein du service Audit et Contrôle de gestion, on assiste aux prémices du premier tableau de bord. Notre nomination en tant que responsable du service à l'époque permet de décrire la conception de cet outil de gestion. En effet, la première version très technique du tableau de bord contient des indicateurs financiers généraux de base sans aucune forme de détail (chiffre d'affaires, caisses, charges...), sans lien avec des objectifs stratégiques ou encore sans comparatif. Des indicateurs couramment utilisés dans le milieu hospitalier tels que (TOM - taux d'occupation ; DMS - durée moyenne de séjour ; TROT- taux de rotation) sont rajoutés. On peut dire que le tableau de bord a une fonction de reporting générique loin de toute ambition de suivi ou d'atteinte d'objectifs.

## **2.2. Stratégie des acteurs et structure de l'HUICZ (période 1995 à 2007)**

Afin d'approfondir l'analyse de l'HUICZ avant la phase restructuration, nous combinons deux cadres théoriques : celui de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et celui de Henri Mintzberg (1982) sur les structures organisationnelles.

### **2.2.1 Les stratégies des acteurs au sens Crozier et Friedberg**

L'analyse stratégique de M. Crozier et E. Friedberg (1977) nous paraît adéquate pour mieux appréhender le concept de pouvoir qui a la capacité de façonner les relations dans l'organisation, vue comme un champ politique. Ce mode de lecture nous permet de mettre en évidence le rôle de certains détenteurs de pouvoir comme les médecins qui, grâce à leurs expertises, s'approprient la capacité de négocier et d'agir sur la structure. L'analyse stratégique se base sur quatre postulats :

- L'acteur dispose d'une marge de liberté : en organisation l'acteur est un stratège, il est autonome « il n'est jamais totalement contraint » et développe sa propre logique d'action. Les auteurs mettent en évidence « des zones d'incertitudes » qui sont utilisées par les acteurs afin d'acquérir une liberté d'agir et d'acquérir du pouvoir au sein de l'organisation. Ainsi, le pouvoir de l'acteur s'accroît en maintenant et en sachant maîtriser cette zone d'incertitude : « plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la réussite de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 79).

- La rationalité limitée (H. Simon, 1969, 1973) : bien que les actions des acteurs soient rationnelles, leur rationalité est limitée et contingente. En effet, l'individu est incapable d'opter pour une solution optimale, il se limite à choisir la solution qui lui paraît la plus adéquate. L'individu subit des fluctuations sociales d'où il tire sa rationalité, ce qui engage de sa part des comportements offensifs ou défensifs qui orientent ses choix.
- L'acteur négocie le pouvoir : c'est dans les relations sociales et les interactions au sein des organisations que l'acteur se procure du pouvoir. Le pouvoir est ainsi le fruit d'une réciprocité et non un attribut. L'acteur stratégique agit en fonction de ces relations au sein de l'organisation qui lui permettent d'évaluer son environnement et ainsi, règlent sa conduite. En effet, l'acteur agit autour de deux objectifs : un objectif d'autonomie et un objectif d'action à travers lesquels il essaye d'augmenter sa marge de liberté pour ne pas subir la pression d'autres acteurs. Dans ce jeu social pour acquérir le pouvoir, les auteurs distinguent différentes sources de pouvoir (Crozier, Friedberg, 1977, pp. 71-72) : un pouvoir acquis par la possession d'une expertise ou d'une compétence ; un pouvoir lié à l'incertitude des relations entre l'organisation et son environnement ou « marginale sécant », la personne qui maîtrise l'interface entre l'environnement et l'organisation peut disposer de pouvoir ; la communication et la façon dont l'information circule confère du pouvoir aux acteurs ayant accès à l'information ; les normes organisationnelles élaborées, modifiées et interprétées, c'est un moyen de contrôle pour les responsables et de protection pour les subalternes.
- La constitution « d'un système d'action concret », grâce à l'interaction entre les acteurs, que les auteurs définissent comme : « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux » (Crozier et Freiberg, 1977, p.286). Les processus d'interaction sont régulés par les règles du jeu, issues de relations de pouvoir, dirigeant les dépendances entre les acteurs (Friedberg, 1993).

Avant de procéder à l'analyse stratégique au sein de l'HUICZ, nous identifions les acteurs clés de la phase 2 de l'organisation.

**Le directeur général** : nommé par Dahir, le directeur général de l'HUICZ bénéficie d'une légitimité forte auprès de ses confrères et également par sa renommée à l'échelle nationale. Pris

par d'autres engagements professionnels, le directeur crée des postes lui permettant de gérer l'hôpital à distance tels que les directeurs médicaux et un adjoint. En effet, bien qu'il dirige l'hôpital, il cherche à déléguer certaines de ses responsabilités de gestion opérationnelle aux directeurs. Quant à la signature des documents financiers, elle est pour la première fois déléguée au directeur financier qui gère la situation financière et comptable de l'hôpital. On peut dire que le directeur général est éloigné de la gestion financière de la structure qui est, par ailleurs, suivie par un membre du conseil d'administration.

**Le directeur administratif et financier (DAF) :** dépendant directement d'un membre du conseil d'administration, le DAF gère le processus administratif et financier en suivant les orientations et les instructions du CA. Le DAF supervise un nombre important d'agents (environ 200). On peut relever une très forte proximité entre ce DAF et ses subordonnés, qui peut s'expliquer par une quasi-absence de ligne hiérarchique (uniquement quatre chefs de service). Le rapport direct du DAF avec un membre du conseil d'administration est une source de pouvoir pour ce dernier au sens de Mintzberg (1986), en raison de sa proximité.

**Le directeur adjoint et les directeurs médicaux :** médecins à la base, ils représentent le sommet opérationnel de l'activité hospitalière. Ils gèrent l'activité médicale et paramédicale en étant les seuls interlocuteurs représentant des médecins en exercice à l'hôpital (absence de chef de service médicaux). Cela leur confère un pouvoir important au sein de la structure grâce à leur position et au nom de la qualité des soins qu'ils proclament.

**Les médecins :** bien qu'il parait homogène, ce groupe d'acteurs est différent en interne de par leurs domaines d'activités (spécialités), leur statut à l'hôpital (médecins de l'Hôpital, mis à disposition, TPA, etc..), de leurs modes de rémunération (à l'acte ou salarié), et l'absence de lien hiérarchique avec l'organisation de l'hôpital. Ce groupe bénéficie d'une marge de liberté importante lui permettant d'avoir une autonomie de gestion considérable : ils bénéficient d'un pouvoir lié à l'expertise, leur permettant de convaincre et d'obtenir, grâce à des motifs cliniques inébranlables, l'alignement des autres acteurs de l'organisation.

**Autres services administratifs et techniques :** les autres structures administratives et techniques telles que le service contrôle de gestion, la direction pharmacie et la direction technique ont un positionnement faible du fait du poids exercé par les directions médicales et les médecins. Ils sont obligés d'aller dans le sens des intérêts et besoins de ces derniers (équipements, dispositifs médicaux, médicaments) sans prendre en compte des facteurs

économiques à l'exception de la performance liée à la qualité. Il leur revient de venir en support des professionnels médicaux.

### **2.2.2 Application de l'approche analyse stratégique**

En mobilisant l'approche du pouvoir de Crozier et Friedberg (1977), nous mettons en évidence, dans le tableau 5, les stratégies dominantes des différentes catégories d'acteurs qui nous permettent de cerner le système d'action concret.



Acteurs	Objectifs	Enjeux	Ressources	Contraintes	Alliances
Le directeur général	Assurer une croissance à l'hôpital Assurer une qualité de service aux patients Préserver son pouvoir et garder une gestion intuitive	Etre attractif pour ramener des médecins compétents	Leadership Légitimité Respect dans le milieu médical	Manque de connaissances gestionnaires	Directeurs médicaux Médecins Autres services administratifs et techniques
Le directeur administratif et financier	Introduire une vision gestionnaire pour piloter l'organisation Influencer le fonctionnement de l'organisation	Contre-balancer le pouvoir des professionnels	Compétences managériales Légitimité	Isolé Pouvoir limitatif	Services administratifs
Le directeur adjoint et les directeurs médicaux	Assurer une croissance à l'hôpital Assurer une qualité de service aux patients Travailler dans une structure attractive Augmenter leurs activités et leurs honoraires Préserver leurs pouvoirs	Préserver leur position pour avoir leur mot à dire sur tous les aspects de la gestion de l'hôpital	Compétences professionnelles / Expertise Compétences managériales	Manque de connaissances gestionnaires	DG Médecins Autres services administratifs et techniques
Les médecins	Assurer une qualité de service aux patients Travailler dans une structure attractive Augmenter leurs activités et leurs honoraires	Objectifs personnels : créer plus de profits moyennant l'utilisation des ressources de l'hôpital	Compétences professionnelles / Expertise	Manque de connaissances gestionnaires Groupe hétérogène	DG Directeurs médicaux
Autres services administratifs et techniques	Assurer une croissance à l'hôpital Assurer une qualité de service aux patients		Compétences professionnelles Connaissances Gestionnaires	Compétences managériales	

**Tableau 5 : Application de l'analyse stratégique à la situation des acteurs de l'HUICZ**

A travers cette grille d'analyse, on peut observer que l'HUICZ est partagé entre deux visions. La première est une vision de croissance et de qualité de service auquel adhère le groupe

constitué du directeur général, des directeurs médicaux et des médecins qui ont réussi à s'accaparer le pouvoir d'agir, même pour les aspects techniques qui sont normalement situés dans le périmètre des autres services administratifs et techniques. En ce sens, ce groupe se permet de prendre des décisions sur tous les aspects liés aux investissements comme les équipements médicaux en termes de choix, de priorité et sans aucune visibilité économique. Concernant les achats de consommables tels que les médicaments et les dispositifs médicaux, bien influencés par la force commerciale des laboratoires, le pharmacien se limite à assurer une fonction d'agent d'approvisionnement. Enfin, ce groupe est chargé de décisions concernant l'activité de production des soins, le choix du personnel paramédical, les tarifs, la répartition des honoraires. Cette vision a permis le renforcement de l'équipe médicale de l'HUICZ, de bénéficier des meilleures compétences nationales, et de doter l'organisation d'installations techniques les plus pointues. Ce groupe de professionnels médicaux a donc réussi à obtenir un pouvoir d'influence conséquent sur l'établissement.

La seconde vision, plutôt économique et financière, est restée figée à l'intérieur du périmètre de la direction administrative et financière qui a, néanmoins, une position forte : elle est soutenue par les membres du conseil d'administration et par la nécessité de garantir une activité financière saine.

L'existence de ces deux visions crée des tensions importantes entre les deux groupes qui s'opposent sur plusieurs aspects de la gestion quotidienne de la structure : pour les premiers, la nécessité d'assurer un maximum de qualité de service, plus précisément le bien-être du patient quel qu'en soit le coût (Gâteau et Cremadez, 1997) ; pour les seconds, l'obligation de prioriser les aspects économiques dont les coûts et la rationalisation des moyens. Cette opposition de vision conduit à un cloisonnement des départements et à l'absence d'une unification des objectifs et des stratégies.

### **2.2.3. Analyse des structures à travers le modèle d'Henri Mintzberg**

Pour l'analyse de la structure, nous nous sommes basés sur un article publié par Imane Makhoulfi sur l'HUICZ (2012). Cette étude nous permet de récupérer des informations sur le passé de l'hôpital et de les rajouter à nos propres observations depuis 2003. Le recours à une lecture en hypertexte est utile, selon Thiery Nobre (2006), pour bénéficier d'une lecture multilinéaire en usant des liens préexistants et d'une liberté de connectivité selon le besoin d'information. Par ailleurs, l'analyse de la structure par le modèle de H. Mintzberg favorise une approche cartésienne en décomposant et en analysant les éléments en unités élémentaires,

permettant ainsi d'identifier les quatre composants de base d'une organisation, comment elle se structure et fonctionne.

L'analyse des quatre éléments définis par H. Mintzberg (structure et mode de coordination, état de l'environnement de l'organisation, buts et pouvoir des acteurs) nous permet de faire le diagnostic suivant dans ce cadre particulier d'une bureaucratie professionnelle.

### **La structure et le mode de coordination**

L'HUICZ est gouverné par une fondation représentée par un conseil d'administration dont les membres sont tous des représentants éminents de la société. Le directeur général nommé pour diriger globalement l'hôpital bénéficie lui aussi d'une forte autorité et position au sein de la communauté médicale. Il gère l'hôpital sans la contribution d'organes consultatifs qui n'existent pas au sein de l'organisation durant cette phase. D'un point de vue opérationnel, l'organisation est répartie en groupes hétérogènes constitués de départements spécialisés très autonomes donnant lieu à un cloisonnement entre services. Ce cloisonnement conduit ces derniers à suivre des objectifs distincts loin des buts organisationnels fixés. Comme indiqué plus haut, deux visions coexistent, une première vision qui prône la qualité des soins et une seconde qui intègre les éléments économiques.

La division et la répartition des tâches sont hétérogènes au sein des métiers et restent dépendantes de la sphère fonctionnelle. Dans ce cas de figure, trois modes de coordination sont relevés. Le plus répandu à l'HUICZ est l'ajustement mutuel en raison de l'absence de procédure écrite et de traçabilité. En raison du manque d'informatisation et de formalisation, il existe une supervision directe entre les niveaux hiérarchiques et dans la ligne opérationnelle. Enfin, la standardisation par les qualifications est le mode de coordination courant dans les départements spécialisés comme l'activité médicale, paramédicale et la direction technique. La standardisation des procédés et la standardisation des résultats sont les grands absents de cette organisation.

### **Le pouvoir des acteurs**

A l'hôpital, comme toute bureaucratie professionnelle, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel. En effet, les professionnels médicaux bénéficient d'une autonomie de décision et d'un pouvoir d'influence sur les stratégies de l'établissement. Malgré cela, les opérationnels sont hétérogènes de par leur fonction, leur statut et le mode de rémunération, ce

qui engendre une diversité d'intérêts et d'objectifs au sein du même groupe. On peut constater ainsi un certain individualisme chez les différents acteurs de ce groupe. En effet, les professionnels ont tendance à s'identifier à leur profession plutôt qu'à l'organisation qui les accueille (Mintzberg, 1982).

Le sommet stratégique se caractérise par l'existence de deux représentants forts du conseil d'administration qui est chargé de définir les orientations stratégiques de l'organisation. D'un côté, le directeur général qui doit assurer une déclinaison de ces orientations, et de l'autre l'administrateur qui suit la situation financière de l'HUICZ. Cependant, l'absence d'une définition de leurs prérogatives respectives donne lieu à un chevauchement de leurs actions, une lourdeur dans la prise de décision (processus de codécision). Par ailleurs, l'absence de comité de technostructure ou logistique ne permet pas une standardisation des procédés de travail et l'évaluation continue des performances.

La ligne intermédiaire assure le lien entre le sommet stratégique et la ligne opérationnelle : elle est composée de directeurs et de chefs de services qui dépendent directement de la direction générale. La divergence de logiques, le cloisonnement de l'information renforcé par l'absence de structures transversales et par le manque d'outils de coordination, la confusion des périmètres d'actions entre les différents départements et une centralisation du pouvoir de décision chez les directeurs laissent finalement peu de place à la responsabilisation du personnel.

### **Les facteurs de contingence**

Dans le cas de l'HUICZ, il est possible d'identifier des facteurs externes qui impactent l'organisation, notamment une concurrence entre des structures peu organisées, une absence totale de contrôle par une tutelle capable de réguler le secteur. Par ailleurs, on peut noter l'existence d'un système de tiers payant qui cherche à se structurer avec une importante participation du revenu des ménages dans les dépenses de soins. On constate également l'existence d'un cadre juridique dépassé, que ce soit celui qui régit la tarification nationale ou celui qui concerne l'exercice des praticiens. Enfin, on ne peut occulter le pouvoir d'influence des laboratoires sur les praticiens, cherchant à orienter les prescriptions médicales et l'utilisation des dispositifs médicaux.

Concernant les facteurs de contingence interne, ils se résument à une hétérogénéité de métiers et d'acteurs, à une répartition déséquilibrée des pouvoirs, à une distribution mal formalisée des tâches malgré une taille importante et une organisation existant depuis plus de 12 ans. L'âge et la taille sont pourtant des facteurs conduisant à la formalisation et à la standardisation des pratiques.

Cette première analyse de l'HUICZ permet de constater qu'il suit un modèle organique particulièrement adapté à un environnement instable et qui se caractérise par « une définition souple des tâches ..., une décentralisation des décisions ..., une faible formalisation des procédures de travail ..., une hiérarchie peu importante ... et une coordination qui se fait plutôt par ajustement mutuel. » (Makhloufi *et al*, 2012, p. 582).

Suite aux deux premières phases de démarrage et de croissance, l'HUICZ, le président du conseil d'administration nomme comme consultant externe l'un de ses proches collaborateurs. Ce dernier est tenu de faire le diagnostic de la structure et d'engager des actions de restructuration capables de faire évoluer l'organisation tout en assurant un équilibre financier. Cet équilibre ne peut être atteint sans assurer un rééquilibrage entre le pouvoir des gestionnaires et le pouvoir des praticiens. En effet, le consultant externe se trouve devant le défi de garantir une activité de soin de qualité et une situation financière saine, afin d'assurer la pérennité de l'hôpital. Il est important de rappeler dans ce contexte que l'hôpital a obtenu une première subvention des Emirats Arabes Unis pour la construction, l'équipement et le fonctionnement de démarrage. Une seconde subvention est versée en 2004 pour renouveler certains équipements de dernière génération et compenser les déficits et l'insuffisance de trésorerie par le règlement de certaines factures restées impayées. A partir de cette période, l'hôpital doit assurer son autonomie financière pour garantir non seulement la continuité de son activité, mais aussi pour générer un excédent suffisant à son propre développement, son renouvellement et sa diversification. Ainsi, en l'absence de soutien financier externe, l'hôpital est tenu de revoir son mode de management pour répondre à ces nouvelles exigences. Il est utile d'observer que la volonté des créateurs de la fondation, à travers l'ouverture de cet hôpital, est d'apporter des réponses concrètes à une réalité peu reluisante du secteur de santé au Maroc : des hôpitaux publics vétustes et déficitaires et des cliniques privées qui ne respectent pas les réglementations en vigueur et les normes. Ainsi, en assurant une activité de haut niveau, tout en respectant le cadre réglementaire et une indépendance financière, l'HUICZ peut devenir un modèle précurseur dans le domaine hospitalier.

## **Conclusion section 1**

### **L'évolution contrastée de l'hôpital Cheikh Zaid**

En 25 ans d'existence, l'HUICZ connaît 4 phases majeures : construction-démarrage, croissance et perturbation, changement -stabilisation et évolution, expansion et duplication du modèle. Dans cette section, nous nous sommes attachés à analyser les deux premières phases pour cerner le fonctionnement et les enjeux de l'organisation. Les deux phases suivantes font l'objet de la recherche et sont exposées de façon approfondie dans les chapitres 4, 5 et 6. En tant que bureaucratie professionnelle privée mais à but non lucratif, l'HUICZ occupe une place importante dans le paysage hospitalier marocain, aussi bien de par sa mission originelle que par la variété des soins qu'il apporte aux patients. Cependant, deux visions différentes se sont structurées dans cette organisation au fil du temps à l'instar de ce qu'il est possible de constater dans des structures similaires : une vision médicale et une vision économique et financière. Caractérisé par un modèle organique adapté à un environnement instable, l'HUICZ fait face à des difficultés financières qui menacent sa pérennité.

## **Section 2 : Etude longitudinale et observation (post) participante**

La spécificité de notre objet de recherche (organisation pluraliste dans un contexte de restructuration) et notre appartenance à la structure nous incite à faire des choix méthodologiques spécifiques pour pouvoir faire émerger le plus objectivement possible toute la richesse du terrain. A travers cette section, notre objectif est de présenter les choix méthodologiques opérés pour l'ensemble du travail de recherche et notre étude de cas longitudinale, ainsi que les modalités de recueil d'informations et de données. Adoptant une posture interprétative, nous voulons mettre en évidence la perception des individus dans leur contexte organisationnel sur les systèmes de contrôle de gestion et sur l'utilisation de ces systèmes.

L'originalité de notre démarche se traduit par l'immersion du chercheur sur le terrain d'étude. Si une telle immersion est courante dans les travaux de recherche en Sciences de gestion, nous avons été amenés à mixer observation participante et post-participante pour assurer la continuité de l'étude longitudinale.

## **1. Une étude de cas longitudinale sur la période 2008-2018**

Notre recherche se situe au sein d'une organisation hospitalière qui est réputée par sa complexité et définie par Mintzberg comme une bureaucratie professionnelle.

Pour Nobre (2006), cette complexité se matérialise par la diversité des activités d'un établissement hospitalier, par l'existence de différentes formes de rapports de pouvoir et par l'appartenance à un secteur en mutation à travers les réformes et les innovations managériales auquel il fait face. Par ailleurs, le changement induit par ces réformes est un processus particulièrement complexe qui a suscité l'intérêt de nombreux auteurs, ayant tenté d'aborder cette problématique à travers différentes approches, ce qui montre la difficulté pour cerner ce sujet. Enfin, pour Lorino (2008), analyser les pratiques de contrôle de gestion et leurs impacts sur les pratiques opérationnelles reste difficile à réaliser car elles sont considérées comme des pratiques « de second rang » ou comme des « technologies invisibles » (Berry, 1983). En effet, dans les discours des managers, il est difficile de mettre en évidence les éléments concernant « les outils de gestion, la communication informelle, l'agencement des espaces, les compétences tacites, etc. ; bref, tout ce qui relève de l'intendance pour de nombreux managers, est souvent laissé au second plan au profit de l'exposé des desseins stratégiques et des choix organisationnels » (Aggeri, 2016, p.3).

La complexité du changement dans les bureaucraties professionnelles et, en particulier ceux en lien avec le contrôle de gestion dans les hôpitaux, oblige à adopter une grande rigueur dans l'analyse du processus. Ainsi, dans ce contexte, « les recherches doivent être conduites sur de longues périodes et menées en profondeur dans les établissements pour étudier les comportements des acteurs, tout en identifiant les rapports de pouvoir afin de formaliser les mécanismes profonds et, ainsi, de permettre une mise en perspective théorique » (Nobre, 2006, p.148). De ce fait, notre recherche s'inscrit dans une approche longitudinale. Elle s'intéresse à la période de démarrage du projet de restructuration, suivie de la période de consolidation du changement avec l'extension, soit de 2008 à 2018.

## **2. L'implication du chercheur et la méthode de recherche**

Nous expliquons dans le prochain paragraphe comment nous avons appréhendé la réalisation de cette étude sur une aussi longue période, en précisant les modalités des observations participantes ainsi que la posture épistémologique adoptée.

## 2.1. Une observation participante et post participante

Notre fonction en tant que chef de service Audit et Contrôle de gestion depuis 2005, puis de Directeur Organisation Contrôle et Qualité (DOCQ) nous permet d'avoir une forte connaissance de la situation de l'hôpital avant et après la restructuration, de l'implication du service contrôle de gestion dans la conduite de changement et du mode de déploiement des outils du contrôle de gestion (négociations et interactions entre acteurs).

Le projet de restructuration de l'HUICZ a démarré en 2009. Notre volonté de nous inscrire dans une thèse de Sciences de gestion autour du projet de changement au sein d'une organisation hospitalière date de 2012. Deux projets de thèses sont déposés autour de la théorie des parties prenantes puis de la théorie néo-institutionnelle avant une inscription en 2014. Finalement, l'orientation prise est celle du rôle du contrôle de gestion dans la conduite du changement en mobilisant la théorie de l'acteur réseau qui paraît la plus adéquate à la situation.

L'analyse de la chronologie de notre recherche (figure 6) nous oriente vers une recherche de type observation post participante (OPP) : nous avons pris part par le passé aux activités de l'organisation et nous réalisons un retour sur le passé (Benoit, 2016). Dans sa thèse de doctorat, Benoit (2016) utilise cette méthode en la définissant comme « une situation où le chercheur a une connaissance de l'organisation étudiée dans la mesure où il y a été employé, engagé dans l'action et en transaction avec l'organisation ». Il identifie trois intérêts pour ce type de recherche.

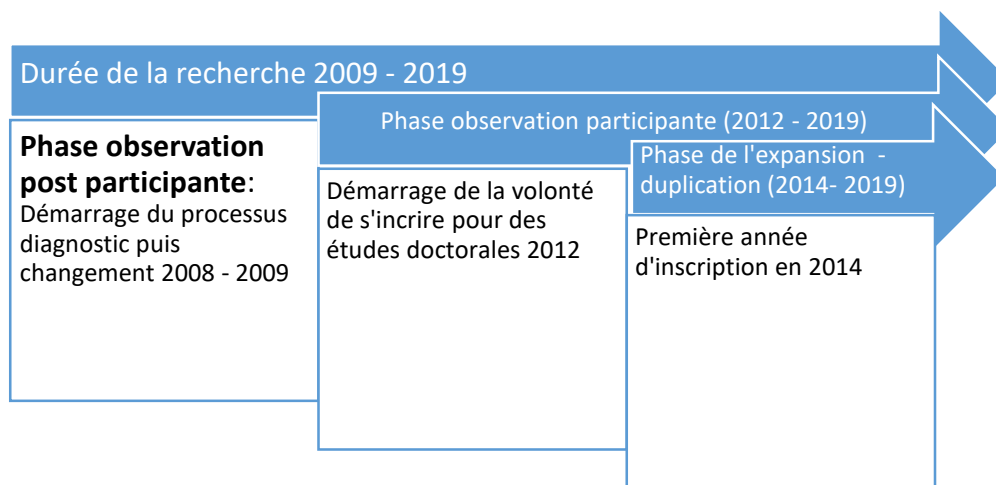
Premièrement et conformément à Alexandre (2013), le chercheur grâce à sa connaissance de l'organisation et à sa participation dans le milieu bénéficie d'une prise de recul, contrairement à une observation participante où le chercheur « se mêle au milieu observé, mais peut en sortir à chaque instant, et ne se trouve donc jamais exactement dans la position sociale, ni dans la disposition psychologique des acteurs étudiés » (Damon, 2002, p.20). En ce qui nous concerne, en qualité de chef SCGA, notre implication intense pendant l'implantation du contrôle de gestion nous a permis d'être au plus près de l'action, et notre volonté de nous inscrire en thèse nous a permis de nous extraire de la réalité du terrain dans le cadre du processus du changement et d'avoir une prise de hauteur et de recul.

Deuxièmement, la participation active du chercheur favorise l'atteinte d'une réelle connaissance (Soulé, 2007) et limite les obstacles dans la réalisation de l'activité de recherche.



Enfin le chercheur possède un avantage pour accéder au terrain et aux informations. Cette position est d'autant plus recommandée dans le cadre d'un terrain ou d'un rôle particulier (sont cités comme exemple, les associations, communautés, pour la sociologie des religions, etc.) (Ramstedt, 2002 ; Wacquant, 2000, Blondeau, 2002). Notre appartenance au terrain en tant qu'acteur actif et à l'organisation permet un accès facile aux informations, aux documents et également d'obtenir la confiance des interviewés qui ont présenté leur points de vue de façon franche sans retenue (cf le directeur médicale de l'HUICZ : « *Tu as tant donné à cette structure c'est avec plaisir que j'ai fait cet entretien, n'hésite pas à me solliciter si besoin pour d'autres informations ou compléments* »)

A partir de 2012, suite à notre volonté de nous inscrire en doctorat, notre recherche se transforme d'une observation post-participante à une observation participante, du fait d'une implication intense durant la période de restructuration dans la mise en place des différentes actions et de la nouvelle orientation de l'hôpital. Notre positionnement dans cette recherche consiste à réaliser une analyse en profondeur du contrôle de gestion en action, sans se limiter au seul aspect technique, et en prenant en compte les aspects sociaux, matériels, organisationnels et sociotechniques. Cette opportunité de prise de recul et de hauteur permet de dépasser les premières perceptions liées au statut de contrôleur de gestion.



**Figure 6 : Schéma de la chronologie de la recherche et implication dans le terrain**

## 2.2. La posture épistémologique

Connaître la relation du chercheur à la connaissance de son objet de recherche lui permet de caractériser sa posture, ses apports et limites. Le cadrage de notre recherche sert de guide dans l'analyse du monde social et du lien sujet/objet au sens de Perret et Séville (2007). Dans une

recherche en sciences de gestion, les possibilités de postures épistémologiques sont diverses. Nous allons succinctement en définir les plus importantes, déterminer notre choix qui va nous permettre d'établir une analyse fine de notre sujet et de mettre en évidence une réalité avec sa dimension sociale par la mise en valeur des interactions entre acteurs et artefacts.

- **Le positivisme** : Cette approche qualifiée de dominante en sciences de gestion revendique une position réaliste déterministe où l'objet prédomine et le chercheur ne doit pas intervenir. Il existe une réelle indépendance du sujet observant « des causes réelles existent, la causalité est loi de la nature » (Allard-Poesi et Maréchal, 2014). Cette approche se base sur une « hypothèse d'ordre anthologique » où il faut rechercher des régularités de surface, à savoir trouver des corrélations. Ainsi la réalité est unique et externe, la réalité est indépendante des observateurs qui la décrivent.
- **Réalisme critique** : Il s'agit ici de découvrir des mécanismes générateurs sous-jacents aux dynamiques observées. Ainsi, « plutôt que de se limiter à l'observation empirique de régularités de surface, la production de connaissances scientifiques passe par la mise à jour de mécanismes et des structures de causalité qui génèrent les phénomènes empiriques. » (Allard-Poesi et Maréchal, 2014, p.56). L'analyse des phénomènes se fait par rapport à des structures socio-historiques qui paraissent naturelles dont on fait le comparatif pour extraire les dispositifs qui produisent les phénomènes empiriques.
- **Le constructivisme pragmatique** : Dans cette posture, l'observateur ne connaît que notre expérience du réel, l'expérience est analysée afin de rendre intelligible le fonctionnement du réel. L'approche est pragmatique car les connaissances développées doivent être mises à l'épreuve avec l'action pratique sur le terrain comme but. La théorie est pratique pour la mise en relation. La réalité est construite dans le contexte étudié, il ne peut y avoir de réalité unique.
- **L'interprétativisme** : le réel dépend du sujet qui le regarde, le sujet crée son propre objet d'étude. Ainsi le réel est subjectif. Le but est de comprendre les constructions de sens que les acteurs effectuent en situation. Le chercheur a une visée émancipatrice des acteurs pour comprendre les phénomènes de pouvoir et de domination. En effet, on

essaye d'expliquer les interactions entre acteurs et les actions de groupe. L'objet de la recherche a ainsi un contexte bien particulier qui ne peut être reproduit facilement.

Les définitions des différentes approches et son application sur la carte épistémologique générale de la conception d'une organisation adaptée au contrôle de gestion par Bessire (2002) nous permettent de caractériser l'orientation de notre recherche : elle s'inscrit dans une perspective interprétative et humaniste. En effet, l'approche interprétative s'interroge sur la perception des individus placés dans un contexte organisationnel autour de la fonction contrôle de gestion et sur son utilisation. L'humanisme met l'accent sur la signification du facteur humain à la fois dans le processus d'évolution historique et dans le processus d'acquisition du savoir.

Dans une perspective interprétative, le contrôle de gestion tend à se présenter comme un contrôle d'opportunité (Bessire, 2002) au service des intérêts des coalitions dominantes. Il recherche la cohérence des actions avec les objectifs recherchés, sans se soucier du respect des normes imposées. Dans une perspective humaniste, le contrôle de gestion est considéré comme un contrôle de type concourant (Bessire, 2002), axé sur l'opportunité et la légitimité. Le contrôle de gestion ici est au service des autres fonctions de l'entreprise, ses actions se réfèrent expressément à la mission de l'entreprise et à ses valeurs tout en facilitant la réalisation des objectifs de l'organisation et des objectifs individuels.

Ainsi notre thèse se situe au carrefour de l'analyse organisationnelle et de l'analyse sociale : c'est dans leur rapport avec les individus, avec les groupes humains et avec la société (Chiapello et Gilbert, 2013, p. 13) que les outils nous intéressent et tout particulièrement dans le cadre de la conduite du changement et de la mise en place de la stratégie. Le contrôle de gestion est considéré comme un fait social : les représentations sociales, les systèmes de valeurs, les règles du jeu, les rapports de force qui éclairent les actes de gestion, voir les expliquent (ibid., 2013, p. 13). Ainsi notre objectif est de mettre en évidence les réactions de l'organisation et des différents acteurs face à l'intégration du contrôle de gestion dans le cadre du projet de changement. Dans une organisation pluraliste, l'intégration du point de vue des principaux acteurs ou groupe d'acteurs dans le processus de changement est prédominant pour mener notre analyse. Notre position participante et notre connaissance de l'organisation, de ses codes et de son langage nous permet de voir et de relever les interactions à chaud entre les différents acteurs et de comprendre leur stratégie.

### 2.3. Le choix d'une méthode qualitative

Notre posture interprétative nous oriente vers la prise en compte des acteurs en tant que constructeurs de leur contexte. Aussi, notre étude doit mettre en évidence une dimension sensible liée aux relations de pouvoir et aux interactions entre acteurs ou groupes d'acteurs, mais également mettre en relief le rôle joué par des actants sur les dimensions citées précédemment.

Ainsi, notre positionnement doit s'inscrire clairement dans une méthode qualitative. En effet afin d'appréhender le rôle du système de contrôle de gestion dans une organisation pluraliste à travers la mobilisation de la théorie de la traduction, il est évident pour nous qu'il faut mettre en exergue la particularité de ce type d'organisation, réaliser une analyse approfondie des enjeux politiques et économiques internes ainsi que des interactions et réactions entre acteurs humains et non humains. Mobiliser des procédés de collecte qualitative variés et approfondis permet de multiplier les angles et les dimensions d'analyse, essentiels pour mener une bonne observation et description : « la description est au centre de la recherche qualitative et de l'étude de cas, et elle en constitue l'originalité et la richesse par rapport aux méthodes quantitatives et de modélisation formelle » (Dumez, 2010, p. 28).

Nous avons pour objectif de procéder à une description dense « thick description » au sens du philosophe Gilbert Ryle (1971, *in* Geertz 1973, p.145) avec un étagement ordonné de « décrire comme » (Dumez, 2010, p. 32) : « La démarche la plus rigoureuse et la plus féconde apparaît être de commencer, non pas par une description « objective », mais par une description minimale : un décrire qui exclut des éléments [...] qui seront par la suite réintroduits dans d'autres « décrire comme » successifs qui enrichiront la description minimale première. La description devient alors analogue à un modèle réduit à quelques éléments simples qui est ensuite complexifié pas à pas » (Dumez, 2010, p. 32).

Dans le cadre de cette étude de cas, il est nécessaire de décrire de façon détaillée la situation organisationnelle au sein de l'HUICZ avant la restructuration, et ce en nous basant sur notre connaissance de l'organisation, sur les documents internes de l'institution ainsi que sur un article concernant l'organisation de l'HUICZ pendant cette période. Cette prise de connaissance de la situation de départ est nécessaire à notre sens pour pouvoir analyser les discours, mettre l'accent sur les différentes actions constatées et les expliquer pendant et après le processus de

changement. En effet, selon Wacheux (1996), l'étude de cas permet « de suivre ou de reconstruire des événements dans le temps (la chronologie), d'évaluer les causalités locales (isoler ce qui est général des contingences locales) et de formuler une explication » (Wacheux, 1996, p. 89). La mobilisation de la théorie de l'acteur réseau nous aide, grâce à sa grille d'analyse, d'établir une observation fine du processus de changement en train de se faire et de mettre en évidence les rôles attribués aux différents acteurs par le processus d'enrôlement et d'intéressement.

En confrontant nos observations avec la littérature sur le changement organisationnel et le contrôle de gestion, nous cherchons à établir un cadrage solide de notre recherche. Cette confrontation s'est traduite par des allers et retours avec notre terrain, permettant de centrer, orienter, réorienter nos observations et nos questionnements. Nos analyses montrent une dynamique processuelle du changement dans l'organisation pluraliste étudiée. A notre connaissance, le changement dans une organisation hospitalière n'est pas analysé à l'aune de la théorie de la traduction, mettant en évidence des actants (individus et outils) en interaction et en co-construction. La théorie de la traduction vise à étudier les dynamiques processuelles « *la science dans l'action et non la science toute faite* » (Latour, 1987).

Outre notre implication dans le processus de changement, nous avons réalisé 22 entretiens de type libre et semi-directif (voir liste des entretiens) sur une durée totale de 35 heures. Notre méthodologie nous permet ainsi d'obtenir des informations factuelles au travers des observations, et des informations discursives par le biais des entretiens. Nous avons procédé à la réalisation d'un premier entretien libre avec le consultant externe. Cet entretien était l'occasion pour nous de creuser les concepts principaux de la recherche, mais aussi d'en envisager d'autres qui se manifesteraient dans ce premier entretien. Par ailleurs, afin d'avoir un avis et une mise en perspective du sommet opérationnel par rapport à l'intégration de la nouvelle vision, nous avons également réalisé un entretien avec le directeur médical de l'HUICZ. Ces deux entretiens constituent pour nous une source d'information riche et structurante pour le déroulement de notre recherche, permettant d'enraciner notre analyse dans l'expérience vécue des interviewers.

Les autres entretiens ont été réalisés de façon individuelle ou groupée, formelle ou informelle, préparée ou spontanée. Notre objectif était de créer un climat favorable à la confiance et à la

révélation d'avis sur des aspects considérés comme tabou. Les entretiens de type semi-directif portent principalement sur 4 thématiques (guide d'entretien en annexe 2) :

- le processus d'implémentation du contrôle de gestion (objectifs, modalités, faits marquants, conflits),
- le rôle perçu des outils du contrôle de gestion (clarification des objectifs, évaluation des résultats, support d'échanges),
- le rôle perçu du contrôleur de gestion (conception, accompagnement et formation, négociation),
- les impacts perçus du système de contrôle de gestion (objectifs dominants, avantages et inconvénients).

Il est à signaler que lors de la présentation de l'avancement de notre projet de thèse à l'occasion d'ateliers doctoraux, de communications ou de comité de thèse, les retours des différents reviewers nous ont servi dans l'affinement de notre analyse, dans l'identification de sous-axes comme la financiarisation (intégrée dans la thèse). Cela nous a permis également de mieux appréhender les modalités d'analyse qualitative et d'apporter des réponses concrètes à leurs critiques constructives et leurs remises en question.

La collecte des données comprend aussi la consultation des comptes rendus de réunions hebdomadaires du directoire (ensemble des directeurs), de documents de travail, de fiches d'informations, de rapports d'activité et de mails reçus ou émis par le chercheur - contrôleur de gestion. L'objectif de cette collecte d'informations est de faciliter la triangulation des données, la confrontation entre les faits, les discours et la théorie afin d'objectiver nos observations.

<b>Directions</b>	<b>Statut</b>	<b>Type</b>	<b>Durée</b>
Mandat CA	Consultant externe	Libre	2 H
Direction médicale	Directeur médicale	Libre	2H
	Surveillant général	Semi directif	1 H
Direction générale	Directeur médicale	Semi directif	2H
CMCE	Président du CMCE	Semi directif	2H
Pharmacie	Pharmacien	Semi directif	2 H
Direction technique	Directeur technique	Semi directif	2 H
	Chef de service biomédical /service ordonnancement	Semi directif	2 H
DOCQ	Chef de service ou responsable contrôle de gestion	Semi directif	2 H
	Chef de service Audit	Semi directif	1 H
Direction Administrative et Financière (DAF)	Directeur DAF (avant restructuration)	Semi directif	2 H
	Chef de service stock	Semi directif	1 H
	Chef de service achat	Semi directif	1 H
	Responsable recouvrement CNOPS[i]	Semi directif	2H
	Chef du service recouvrement (autres organismes)	Semi directif	2H
	4 Agents d'expédition	Semi directif	1H
	3 Agents de recouvrement	Semi directif	1H
	2 Agents du bureau : demandes de prise en charge et devis	Semi directif	1H
	Chef du service facturation	Semi directif	2H
	Responsable bureau de facturation hospitalisation	Semi directif	1H
	Responsable du bureau de facturation externe	Semi directif	1H
Chef du service financier	Semi directif	2H	

**Tableau 6 : Liste des 22 entretiens (durée totale de 35 heures)**

**Conclusion section 2**  
**L'analyse de la transformation de l'hôpital par une étude qualitative, longitudinale  
fondée sur une observation (post)participante et des entretiens**

Afin d'analyser la transformation de l'hôpital, la recherche s'appuie sur notre double statut : chercheur et chef du service Audit et Contrôle de gestion occupée au sein de la structure. Cette place privilégiée pour accéder au détail des pratiques, aux principaux événements, aux acteurs et à leurs stratégies, aux difficultés de l'organisation s'est traduite par une étude longitudinale de 10 ans (2009-2019). Cette dernière est à la fois antérieure et postérieure à l'inscription doctorale dans une démarche qui mixe l'observation participante et l'observation post-participante. Elle concerne donc les deux phases de transformation de l'hôpital (changement, stabilisation et évolution de 2008 à 2014 et expansion et duplication du modèle de 2014 à 2019). La posture épistémologique retenue est celle de l'interprétativisme au sens où elle conduit à s'interroger sur la perception des individus placés dans un contexte organisationnel autour de la fonction contrôle de gestion et sur son utilisation. Les données sont recueillies par différents méthodes : analyses des comptes rendus de réunions hebdomadaires du directoire, de documents de travail, de fiches d'informations, de rapports d'activité et de mails reçus, entretiens réalisés auprès de 21 salariés de l'hôpital et d'un consultant externe.

### **Section 3 : Analyse et traitements des données**

L'analyse des données qualitatives est un processus complexe où il est nécessaire d'intégrer les informations émanant du terrain tout au long de notre recherche, que ce soit au travers de nos observations ou des entretiens réalisés, avec la nécessité d'une prise de hauteur permettant une synthèse générale des résultats. Une analyse verticale combinée à une analyse transversale et une triangulation sont nécessaires afin d'assurer une prise de recul pertinente et une relativisation. Dans notre analyse qualitative, nous privilégions la méthode manuelle afin de pouvoir « faire émerger du sens » (Paillé et Mucchielli, 2003) et analyser les phénomènes en profondeur.



## 1. Préparation et découpage du corpus

Dans la première phase de notre analyse qualitative, nous avons dû préparer le corpus par la manipulation et la réorganisation des données. Nous regroupons d'abord les informations par catégories d'acteurs (profession et rôles dans la conduite du changement) étant donné que la théorie de la traduction suppose une analyse fine des rôles des différents acteurs, puis nous réalisons quelques traductions d'expressions en Arabe. Pour le reste, s'agissant d'une analyse manuelle, nous conservons les différentes notes prises lors des entretiens semi-directifs, notes révisées à chaud après chaque entretien. Enfin, nous indexons les données collectées.

Pour le découpage du corpus, nous procédons à une lecture « flottante » tout au long de notre analyse des entretiens et à des allers-retours avec le terrain dans le cadre de notre observation participante et de notre triangulation. Ce découpage permet d'établir une matrice des thèmes d'analyse. Ainsi, nous procédons à un découpage en unités de contexte dans le but d'établir un codage. En effet, « l'unité d'analyse est l'élément (le critère, la dimension) en fonction duquel le chercheur va procéder au découpage des données et à l'extraction d'unités qui seront ensuite classées dans les catégories retenues » (Allard-Poesi *et al.*, 2003, p.254). Les thèmes définis et émergents se situent, d'une part, sur l'identification du rôle du système de contrôle de gestion dans le processus de changement. D'autre part, ils concernent la mise en exergue des moments clé selon la sociologie de l'acteur réseau, dans le cadre du projet de restructuration.

Nous faisons le choix de réaliser un codage émergent qui permet de donner du sens à l'extrait du corpus par la perception d'un phénomène social ou managérial : « faire abstraction des cadres théoriques préexistants afin de laisser un objet d'étude produire de lui-même les éléments constitutifs d'une théorie » (Joannides et Berland, 2008). En somme, le codage se positionne « au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative. Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression » (Paillé, Mucchielli, 2003, p.147). Le processus de codification s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte de la saturation. Nous présentons à la suite un extrait de codification d'entretien (tableau 7), ainsi qu'une synthèse du dictionnaire des thèmes (tableau 8).

Extrait	Catégorisation
<p>En fait, c'est une vision un peu globale et le système est presque le même, à <b>chaque fois qu'on intervenait, on essayait de comprendre comment ça fonctionnait puis de comprendre les limites opérationnelles, les limites organisationnelles, les limites financières du système et à chaque fois on essaye d'intervenir soit sur l'opérationnel soit sur l'organisationnel et de surveiller de très près l'impact financier.</b> C'est ce qui nous permettait de voir est ce que les actions qui étaient entreprises dans ce cadre ont eu des résultats escomptés ou non, parce que la vision du départ c'est que peut être tout le travail qui a été fait avec une vision qui définit la problématique. <b>La problématique au départ c'est que l'hôpital est un système médico-économique qui, vu le statut de l'établissement - établissement privé à but non lucratif, ceci veut dire que c'est un établissement qui est géré de manière privée, c'est un établissement qui ne vit que par sa recette, un établissement dont il n'y'a aucune forme de subvention, ni étatique, ni privée et que c'est un établissement qui a été créé dans un cadre juridique particulier qui fait que le texte de loi qui la crée l'établissement prévoit à ce qu'il soit la locomotive de la santé au Maroc, sachant qu'il n'a pas de subvention donc il ne peut survivre qu'avec ses recettes et il doit assurer une qualité de service médical plus que la meilleure au Maroc, donc l'équation est difficile à résoudre, sans subvention, exclusivement avec les recettes, le modèle devient très économique, pas très économique, il est très attaché à la dimension économique. Sans une performance économique, la survie est impossible, le développement, ce n'est même pas la peine d'y penser. La première étape pour pouvoir assurer la survie de l'établissement est de s'assurer que le modèle économique est très efficient et qu'il permettra le développement de la qualité de l'hôpital,</b> c'est juste pour dire que depuis le début on parlait de problème de gestion et de problème financier loin des problèmes de métier, c'est juste parce qu'en première phase c'était très clair d'assurer un modèle économique, un modèle de gestion qui permettait la pérennité, l'efficacité, de dégager le bénéfice financier pour l'hôpital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thème 1/modalités implémentation SCG: analyse/ conception / intervention (investissement de forme)</li> <li>- Financiarisation</li> <li>- Thème1/ processus de traduction : problématisation</li> <li>- Thème1/ processus de traduction : contextualisation / financiarisation / problématisation</li> <li>Financiarisation</li> <li>-Thème 1 / Objectif d'implémentation SCG: PPO</li> </ul>

Tableau 7 : Extrait de codification d'entretien

<b>Thème 1 : Le processus d'implémentation du contrôle de gestion</b>	
Objectifs	Expliquer le recours au système de contrôle de gestion (langage chiffré, logique économique, unicité du langage, cohérence, déploiement de la stratégie)
Modalités	Identifier les modalités de mise en place (intervention, processus, intervenants, outils)
Faits marquants	Ressortir les effets du processus d'implémentation du SCG (appropriation, adaptation, spécificités)
Conflits	Identification des controverses de leur mode de résolution ou non
<b>Thème 2 : Le rôle perçu des outils du contrôle de gestion</b>	
Clarification des objectifs	Evaluation du recours aux outils de gestion dans la restructuration, l'implantation du changement et des nouvelles visions
Evaluation des résultats	
Support d'échanges	
<b>Thème 3 : Le rôle perçu du contrôleur de gestion</b>	
Conception	Evaluation du rôle du contrôleur de gestion dans la restructuration, l'implantation du changement et des nouvelles visions
Accompagnement et formation	
Négociation	
<b>Thème 4 : Les impacts perçus du système de contrôle de gestion</b>	
Objectifs dominants	Evaluation du rôle du SCG d'un point de vue politique, stratégique, technique, socio-économique, organisationnel et aussi dans la restructuration et l'implantation du changement
Avantages	
Inconvénients	

**Tableau 8 : Synthèse du dictionnaire des thèmes**

L'assemblage de ces données permet le démarrage d'un travail d'analyse et d'interprétation en profondeur. L'analyse s'est faite par une lecture horizontale pour identifier les récurrences, les incohérences, les liens logiques et les omissions afin de vérifier la congruence des discours, ce qui permet d'éviter les mésinterprétations et de caractériser la qualité de l'entretien.

Elle s'est traduite ensuite par la réalisation d'un examen comparé des résultats par le biais d'une lecture verticale afin de rapprocher les fragments d'entretiens qui se ressemblent, de noter des divergences, des conflits et d'analyser les relations entre acteurs ou groupes d'acteurs. Selon Wacheux (1996), cette méthode permet de préparer les données du phénomène pour l'interprétation. Ainsi, cette dernière étape consiste en la construction explicative à partir des éléments collectés, il s'agit de donner du sens en réalisant des allers-retours entre le corpus théorique et les données empiriques afin d'élaborer et de vérifier nos conclusions. Le tableau suivant définit les étapes d'analyse de contenu :

Phase	Opérationnalisation	Exemple
Catégorisation	Coder le texte à partir de thèmes théoriques et empiriques	Mot, thème, objet, personnage, événement
Inférence	Expliquer ce qui a conduit l'(es) acteur(s) à l'énoncé	Cause-effet, référents sociaux ou psychologiques, représentations
Interprétation	(Déterminé par les questions de recherche)	(Non significatif)

**Tableau 9 : Analyse de contenu (source Wacheux, 1996, p.238)**

## **2. L'usage des verbatim et de la triangulation des données**

Pour la présentation de nos résultats, nous mobilisons des verbatim recueillis lors de nos entretiens et de nos observations. Ces fragments de discours que nous estimons très significatifs pour illustrer notre analyse et notre interprétation « *reflètent non seulement les idées/contenus des catégories issues mais aussi leur formulation* » (Gavard-Perret, 2012, p.288). Ainsi, sont mis en évidence des verbatim capables d'illustrer nos thématiques de recherche que ce soit le processus de conduite de changement à l'hôpital, l'impact du système de contrôle de gestion dans la restructuration et l'orientation des acteurs, ou l'orientation vers une vision économique. Enfin les verbatim ajoutés pour accentuer nos idées clés, nous permettent de mettre en évidence le bien-fondé de notre analyse et aux lecteurs de l'apprécier.

Afin d'appréhender le phénomène étudié en profondeur, nous avons recours à la triangulation des données qui « se réalise à partir de différentes *sources de données* (qui peuvent inclure des personnes, des périodes de temps, des lieux, etc.), de différentes *méthodes* (observation, entretiens, documentation), de différents *chercheurs* (investigateur A, B, etc.) et de différentes *théories*. À cette liste, nous pouvons ajouter différents *types de données* (un texte qualitatif, des enregistrements, des données quantitatives) » (Miles et Huberman, 2003, p. 481). Ainsi, nous multiplions les sources de données pour les mêmes faits, nous mobilisons des données primaires et secondaires et plusieurs types d'analyse (données empiriques chiffrées, emails, compte-rendu de réunions, rapports d'activités en plus des observations et des entretiens) afin de compléter notre analyse et de donner des preuves fortes sur les phénomènes observés sur le terrain. L'utilisation de différentes sources croisées, « reflète une tentative de s'assurer de la compréhension en profondeur du phénomène étudié. La réalité objective ne peut jamais être atteinte. Nous n'avons accès au réel que par ses représentations. La triangulation, n'est pas une stratégie de validation, mais une alternative à celle-ci » (Flick, 1998, p. 231).

### **3. Confirmation et évaluation des résultats**

Dans le cadre de l'évaluation des résultats, nous soumettons les conclusions, comme recommandé par Glaser et Strauss (1967), aux acteurs observés. Ainsi, nous avons présenté nos résultats aux acteurs suivants : le consultant externe, le chef de service contrôle de gestion, le directeur de pharmacie et le directeur technique. La triangulation est également mobilisée pour la validation de nos résultats. Enfin, nous nous sommes également focalisés sur des indices et évidences qui corroborent les résultats constatés au sens de Drucker-Godard *et al.* (2003) telle que la mise en exergue d'actions ou de manifestations fortes qui font partie désormais de l'histoire de l'organisation.

<p style="text-align: center;"><b>Conclusion section 3</b> <b>La triangulation au cœur de l'analyse des données</b></p>
---

L'étude des données s'est traduite par une analyse verticale combinée à une analyse transversale et à une triangulation afin d'assurer une prise de recul pertinente et une relativisation des résultats. La lecture « flottante » des résultats tout au long de l'analyse des entretiens et des allers-retours avec le terrain contribuent à affiner les analyses. Un codage émergent est réalisé pour donner du sens aux extraits du corpus en faisant abstraction des cadres théoriques préexistants. L'analyse horizontale permet d'identifier les récurrences, les incohérences, les liens logiques et les omissions afin de vérifier la congruence des discours. L'étude verticale permet de rapprocher les fragments d'entretiens qui se ressemblent, de noter des divergences, des conflits et d'analyser les relations entre acteurs ou groupes d'acteurs. Enfin, les données sont triangulées afin de renforcer la validité des résultats.

### CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Pour répondre à notre question de recherche, nous réalisons une étude de cas longitudinale portant sur un hôpital marocain localisé à Rabat : l'HUICZ. Cette structure créée en 1995 a connu 4 phases majeures : construction-démarrage, croissance et perturbation, changement-stabilisation et évolution, expansion et duplication du modèle. Les deux premières phases (1995 à 2007) ont fait l'objet de développements dans ce chapitre : elles permettent de cerner le contexte de cette recherche doctorale qui porte sur les deux phases suivantes, exposées en profondeur dans la seconde partie (chapitres 4, 5 et 6).

En tant que bureaucratie professionnelle privée mais à but non lucratif, l'HUICZ occupe une place importante dans le paysage hospitalier marocain, aussi bien par sa mission originelle que par la variété des soins qu'il apporte aux patients. Cependant, les deux visions différentes qui se sont structurées dans cette organisation au fil du temps (une vision médicale et une vision économique et financière) confrontent l'HUICZ à des difficultés financières qui menacent sa pérennité. Pourtant caractérisé par un modèle organique adapté à un environnement instable, l'HUICZ ne réussit pas à se transformer à temps pour faire face aux défis d'une structure amenée à rechercher des financements externes et à modifier son organisation.

Pour analyser les transformations de l'hôpital menées dans les deux phases suivantes (changement-stabilisation et évolution de 2008 à 2014 et expansion et duplication du modèle de 2004 à 2019), la recherche s'appuie sur la fonction de chef du service Audit et Contrôle de gestion occupée par le chercheur dans la structure. Une étude longitudinale menée sur 10 ans (2009-2019), antérieure et postérieure à l'inscription doctorale, constitue la méthodologie de recueil des données qui mixe observation participante et observation post-participante. La posture épistémologique retenue est celle de l'interprétativisme, les données sont recueillies par différents méthodes qui permettent la triangulation des données.

## **Partie II : Résultat de la recherche**

**Chapitre 4**  
**La financiarisation : point de passage obligé à**  
**I'HUICZ**



Dans ce chapitre, nous caractérisons le contexte dans lequel évolue l'HUICZ en nous appuyant sur notre observation participante. Notre démarche permet de mettre en évidence la situation initiale et les enjeux opérationnels, mais également les jeux de pouvoir et les comportements opportunistes au sein de la structure. Cette mise en contexte permet de comprendre la stratégie adoptée par le consultant externe visant au redressement de l'hôpital. Nous mobilisons la revue de littérature sur la théorie de la traduction pour analyser à partir des données collectées (observation, entretiens, mails, documents) le processus initial, du diagnostic à la stratégie de changement. Ainsi, nous approfondissons la phase de problématisation qui pose la nécessité d'une restructuration. En effet, le diagnostic établi par le consultant externe démontre les risques financiers à terme si aucune action n'est engagée pour améliorer les recettes de l'hôpital (génération du cash et augmentation de l'activité) et réduire les dépenses. La nécessité de redresser la situation financière de l'hôpital devient un point de passage obligé, au sens de Callon (1986). Avec l'approbation et l'appui du conseil d'administration, le consultant externe initie en 2009 une série de projets, visant à améliorer le dispositif de contrôle interne, à implanter un nouveau système d'information et des outils de contrôle de gestion, ou encore à améliorer les outils existants. Ensuite, nous identifions la phase d'intéressement qui s'opère en transformant un énoncé en fait ; cette phase suppose de s'entourer d'alliés par l'élaboration de dispositifs techniques qui visent à intéresser l'ensemble des acteurs des quatre processus jugés majeurs dans l'hôpital. Ainsi, afin d'orienter l'organisation vers l'atteinte de l'équilibre financier, des objectifs sont définis pour ces quatre processus : 1. Optimisation du taux d'occupation des lits pour le processus de prise en charge médicale du patient (métier de l'hôpital), 2. Accélération et fiabilisation de la facturation afin de maximiser les recettes, 3. Réduction des délais d'encaissement et du taux d'impayés pour le recouvrement afin de générer plus de cash, 4. Encadrement des dépenses pour le processus achats (budgets d'investissement, budget Pharmacie, budget de fonctionnement et budget de personnel). Le système de contrôle de gestion mis en place joue un rôle de médiateur qui contribue progressivement à enrôler les multiples acteurs.

Après le diagnostic (section 1), nous détaillons la phase de problématisation et d'intéressement avec la réorganisation de l'activité en quatre processus clés suivis à travers quelques indicateurs (section 2) et concluons sur la force du passage obligé (section 3).

## **Section 1 : Diagnostic de la situation avant la restructuration**

Mandaté en 2008 par le président du conseil d'administration, le consultant externe initie une série d'études sur différents aspects : financier, administratif, opérationnel et organisationnel de l'HUICZ. Ce diagnostic révèle une situation financière très délicate, faute d'encadrement, de procédures et de suivi de gestion. La structure administrative est en quelque sorte sous l'emprise des médecins, aux statuts très hétérogènes et pour la plupart salariés du secteur public ou d'autres structures. Cette situation qui montre les enjeux politiques attachés au changement, explique les fortes réticences, notamment du corps médical, à l'implantation des nouveaux outils de contrôle de gestion. Après un diagnostic du process prise en charge médicale, cœur de métier de l'hôpital (1.), nous dressons le bilan de la situation initiale pour les autres fonctions et process : prise en charge paramédicale (2.), prise en charge administrative du patient (3.) ainsi que le processus finance (4.).

### **1. Prise en charge médicale du patient**

Les départements médicaux sont gérés par deux directeurs médicaux. L'un gère les services de spécialité médicale tandis que l'autre gère les services de spécialité chirurgicale. Grâce à leur notoriété (professeur très reconnu), ces deux directeurs bénéficient d'une importante légitimité auprès de leurs confrères, et cela leur confère un important pouvoir de persuasion. Cette situation montre qu'en apparence l'activité médicale est gérée par un bloc homogène (directeurs), plutôt hermétique à toute intervention externe au corps médical. Cependant, les différentes spécialités n'étant pas représentées par des chefs de service, il est fréquent que le médecin gère son activité de façon individuelle. Ainsi, en réalité, il existe une importante disparité entre les services ; les entités support doivent gérer les demandes et les différents procédés de travail en fonction des besoins de chaque médecin. Dans les faits, les médecins n'intègrent pas les objectifs fixés par l'organisation, et sont peu soucieux de sa situation, ils s'intéressent beaucoup plus à la réalisation de leur propres objectifs professionnels ou personnels. Les praticiens sont arrivés à avoir un pouvoir de persuasion et de décision dans les différents processus - achat, soin et recrutement - que nous présentons à la suite.

#### **Le process achat**

Le processus achat regroupe plusieurs types d'achats : les achats d'équipements et installations techniques, les achats de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux, les achats généraux. L'activité médicale est fortement dépendante de l'existence d'équipements suffisants

de qualité supérieure et couvrant différentes spécialités, ainsi de la disponibilité de médicaments divers en quantité suffisante. En ce qui concerne les achats de médicaments et dispositifs médicaux, les médecins imposent les médicaments qu'ils souhaitent utiliser pour leurs patients et ne tolèrent pas la modification du médicament prescrit par un autre équivalent. Le directeur de la pharmacie ne peut, en aucun cas, faire le remplacement par un autre. Cela impacte directement la gestion de la pharmacie qui doit contenir une importante quantité de médicaments et de dispositifs médicaux, le stock moyen journalier atteignant 12 M MAD. De plus, pour certains dispositifs médicaux qui sont liés à des interventions médicales délicates, le médecin impose alors le choix de la marque et des caractéristiques très détaillées qui obligent l'hôpital à se faire livrer par un fournisseur bien précis. Ces choix sont fortement influencés par les laboratoires et des fournisseurs, qui cherchent à orienter les médecins vers l'achat de leurs produits. Ainsi, ils utilisent des techniques commerciales assez agressives pour orienter le choix du médecin (prise en charge financière de séminaires par rapport à la formation de nouvelles techniques, prise en charge de conférence, échantillons gratuits, et même parfois distribution de commissions, etc.).

Concernant les équipements, l'achat ou le renouvellement des équipements de l'hôpital se fait de manière intuitive. En effet, aucune règle de priorisation pour le renouvellement des équipements ne se fait à travers l'analyse de leur état d'usure, une étude de rentabilité ou une étude des besoins justifiant l'achat. La politique d'achat d'équipement est soumise au pouvoir des médecins ; ils ont leur mot à dire pour la programmation des équipements et les directeurs médicaux font l'arbitrage entre les différentes recommandations des spécialistes. Ainsi, le verbatim suivant montre que la décision de programmation d'un achat d'équipement ne prend pas en compte une analyse rationnelle de type coûts/avantages et encore moins la capacité de l'organisme à financer ces investissements.

*Contrôleur de gestion : « malgré la réalisation d'études de rentabilité, la programmation de l'achat de certains équipements allait à l'encontre des recommandations établies par notre service. »*

Ces constats et ce verbatim sont confirmés à travers le diagnostic réalisé en 2008 pour la fonction achat, qui appartient à un service central dépendant de la direction administrative et financière. Ce diagnostic montre que les cloisonnements entre les différentes directions médicales et au sein des directions médicales, sont dupliqués à la direction technique pour l'achat des équipements et à la direction pharmacie pour l'achat des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux. Ainsi, les décisions d'investissements et d'approvisionnements au

sein de la structure sont en rupture avec sa situation financière, situation qui visiblement ne constitue pas une contrainte pour ce type d'achat.

## **Le process soin**

Le processus de soin est organisé autour du patient sous la responsabilité d'un seul médecin, le médecin traitant. En effet, en l'absence d'un chef de service ou d'un responsable par spécialité, et compte tenu du mode de rémunération en honoraire, le médecin est incité à traiter le patient de façon étroite en coordination avec le personnel paramédical. Afin de compenser cette absence de coordination avec d'autres médecins, un recours plus important à la compétence du personnel paramédical pour la continuité des soins du patient est indispensable. Ainsi l'organisation au sein d'un service d'hospitalisation se fait sous la responsabilité d'un major de service qui suit la situation du patient en étroite collaboration avec son personnel, et applique les instructions de chaque médecin pour chaque patient traité et remonte l'avancement de la situation du patient au médecin traitant. En l'absence d'un relais médical, et pour augmenter l'efficacité dans le traitement de leurs patients, les médecins s'appuient sur un personnel paramédical qu'ils veulent compétent. On peut dire que la coordination se fait par ajustement mutuel, plus exactement par affinités et compromis entre les différentes parties. En effet, mis à part la gestion avec le personnel paramédical, le médecin traitant a la possibilité de prendre un avis auprès d'autres spécialistes pour désigner les médecins (en général qu'il souhaite) sans avoir recours au planning proposé par la structure. Ces collaborations intéressées empêchent toute organisation des soins par la structure.

L'absence de toute forme de formalisation, que ce soit à travers la mise en place de procédures internes, ou bien de protocoles de prise en charge médicale, laisse une grande marge de manœuvre aux médecins, qui utilisent cette zone d'incertitude pour s'accaparer la gestion du personnel paramédical. Ce constat est d'autant plus avéré car, suite à la création d'une direction qualité des soins pour gérer le personnel paramédical, cette nouvelle entité est fortement bloquée par le pôle médical à travers les directeurs médicaux. Ce blocage crée des tensions fortes entre les directions, ce qui aboutit à la démission du directeur après un an d'existence de la direction qualité des soins.

## **Le process recrutement**

La répartition du personnel de l'hôpital montre un taux d'encadrement consacré à la prise en charge médicale de plus de 70%, contre un taux de 30% en ce qui concerne le personnel technique et administratif. L'évolution du personnel paramédical atteint une moyenne annuelle de 9% contre 1% pour le reste des catégories, ce qui montre des recrutements orientés vers la catégorie de personnel au plus proche de la mission de soins assurée par les médecins. En l'absence d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les recrutements se font sans aucune planification ni étude préalable qui tient compte de l'impact de la charge du personnel sur les résultats d'exploitation de la structure. Ainsi, aucune procédure de validation de nouveaux postes budgétaires n'est établie, l'expression du besoin à travers les directeurs médicaux suffit.

Le processus d'intégration de médecins au sein de la structure est très sélectif, leur recrutement se fait sur proposition des directeurs médicaux et validation du directeur général. Cependant, aucune procédure n'est établie, aucune identification préalable des besoins par spécialité n'est opérée. Cette absence d'identification des besoins est confortée par le mode de rémunération le plus répandu dans la structure : la rémunération aux honoraires (rémunération en étroite corrélation avec l'activité de chaque médecin). Les statuts des praticiens exerçant à l'hôpital sont très variables : permanent, vacataire privé, vacataire en temps plein aménagé, mis à disposition par le ministère de la santé ou par le ministère de l'enseignement supérieur. Leur incorporation au sein de l'HUICZ suit un procédé basé sur les affinités, dans lequel les directeurs médicaux avec le directeur général s'accaparent le droit de décision. Ainsi, il existe des spécialités avec des médecins en position de monopole ; des médecins obtiennent le privilège d'intégrer l'hôpital et de faire des vacances alors que d'autres sont écartés malgré leur excellent cursus professionnel.

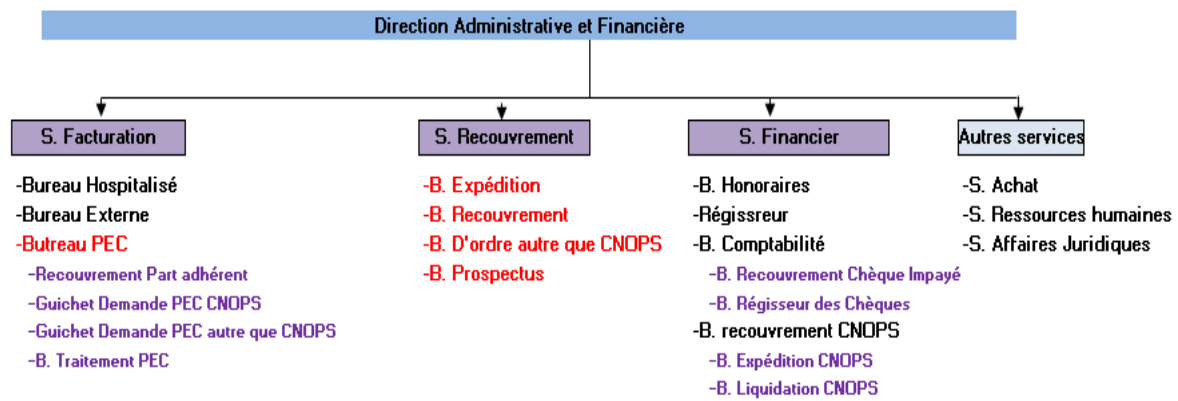
## **2. Prise en charge paramédicale**

Le personnel paramédical assure la prise en charge paramédicale du patient ainsi que certains aspects administratifs. L'absence d'une hiérarchie représentative au niveau du directoire rend cette catégorie de personnel dépendante des directeurs médicaux et des surveillants généraux ; les personnels paramédicaux sont de simples exécutants. Pourtant, le personnel paramédical représente un pourcentage important en termes d'effectifs par rapport aux autres catégories, cela montre l'importance de leur fonction dans la prise en charge du malade.

Ils gèrent à la fois des aspects de la prise en charge paramédicale et assurent également des fonctions administratives (établissement des commandes de pharmacie interne au service, gestion du stock pharmacie dans certains cas et gestion des commandes pharmacie patients). Le circuit de facturation démarre au niveau du service médical grâce aux imputations des prestations réalisées au profit du patient au sein du service. Le personnel paramédical doit veiller à la vérification de la régularité de la situation administrative du patient (paiement des prestations ou prise en charge par un organisme) avant sa sortie. En l'absence d'encadrement, voire aussi de procédures, des abus sont constatés et font l'objet de plusieurs rapports d'audit, surtout concernant la consommation en pharmacie, avec des erreurs, des vols, des abus dans les commandes internes et commandes pharmacie patients. Il faut souligner que l'absence d'une représentativité forte de cette catégorie de personnel les rendent vulnérables, et quasiment sous le seul contrôle des médecins.

### **3. Prise en charge administrative du patient**

Les services, financier et admission-facturation, sont intégrés dans le processus de prise en charge patient, et dépendent de la direction administrative et financière. L'analyse du fonctionnement de ces deux services met en évidence plusieurs freins à une bonne gestion pour plusieurs raisons, explicitées à la suite. Pour étayer notre analyse, nous présentons l'organigramme fonctionnel des deux services dans la figure suivante (7). Ce dernier permet de distinguer de prime à bord une mauvaise répartition des tâches et un chevauchement entre les services, par exemple le service facturation a en charge le recouvrement de la part patient (adhérent), le recouvrement CNOPS n'est pas fait par le service recouvrement mais il est réparti entre le service financier et le service facturation. Ces incohérences additionnées aux développements suivants rendent l'organisation du processus très chaotique, avec de nombreuses anomalies comme un nombre important d'impayés, et de dossiers en instance de traitement.



**Figure 7 : Organigramme DAF**

### Les acteurs et les procédures

L'absence de procédures identifiées et les différents types de patients (CNOPS, autre que CNOPS, sans prise en charge, etc.) font que les agents sont confrontés de façon fréquente à de nouvelles situations. Ces derniers valident les actions à entreprendre auprès de leur chef direct puis les diffusent de façon informelle entre eux. Aussi, avec un faible dispositif de contrôle interne, les agents ont une grande marge de manœuvre et leurs tâches se chevauchent, conduisant à une dilution de la responsabilité de chaque acteur. Cette situation donne lieu à plusieurs anomalies : erreur de facturation, retard de facturation, écart de règlement ou non règlement de facture, dossiers non traités et forclos, vols, etc..

Le jeune service de contrôle (hors DAF) en manque de légitimité peut difficilement opérer un suivi régulier, du fait du cloisonnement avec la direction administrative et financière (DAF) . Les rapports soumis par le SCGA sur certains écarts relevés ou recommandations pour améliorer le dispositif de contrôle interne reste sans réponse de la part de la DAF. En l'absence de procédures, les praticiens se permettent de s'accaparer le pouvoir de décider pour certains aspects relevant de juridiction de la DAF, dans des conditions avantageuses pour eux, par exemple pour le processus d'admission du patient ou le tarif à appliquer pour l'ajout de nouveaux actes.

### Le système d'information

Le traitement du dossier administratif patient dépend d'un système d'information incomplet qui ne couvre pas tout le processus d'admission du patient, notamment une partie très importante qui concerne la demande et le suivi de prise en charge des patients auprès des organismes tiers

payant dont le suivi se fait dans un format manuel. Ce mode de suivi engendre des absences ou des retards de traitement et des forclusions.

Le système d'information est également non sécurisé et très ouvert, laissant à l'agent une grande marge de manœuvre, des possibilités de faire des erreurs, des modifications forcées et ce malgré l'existence d'un « mouchard » et d'une gestion des autorisations et des profils (consultation, modification, etc). Les modifications fréquentes augmentent le risque de non fiabilité des données

Le système d'information gère le processus admission patient, que ce soit à titre ambulatoire ou d'hospitalisation, le processus facturation, le processus recouvrement auprès des organismes tiers payant et le processus traitement et règlement des honoraires. Pour d'autres processus clefs comme la dispensation de médicaments, la consommation des dispositifs médicaux et le processus de gestion des analyses biologiques, la communication se fait par interfaçage entre les deux systèmes, ce qui augmente également les risques d'erreurs et de sécurité.

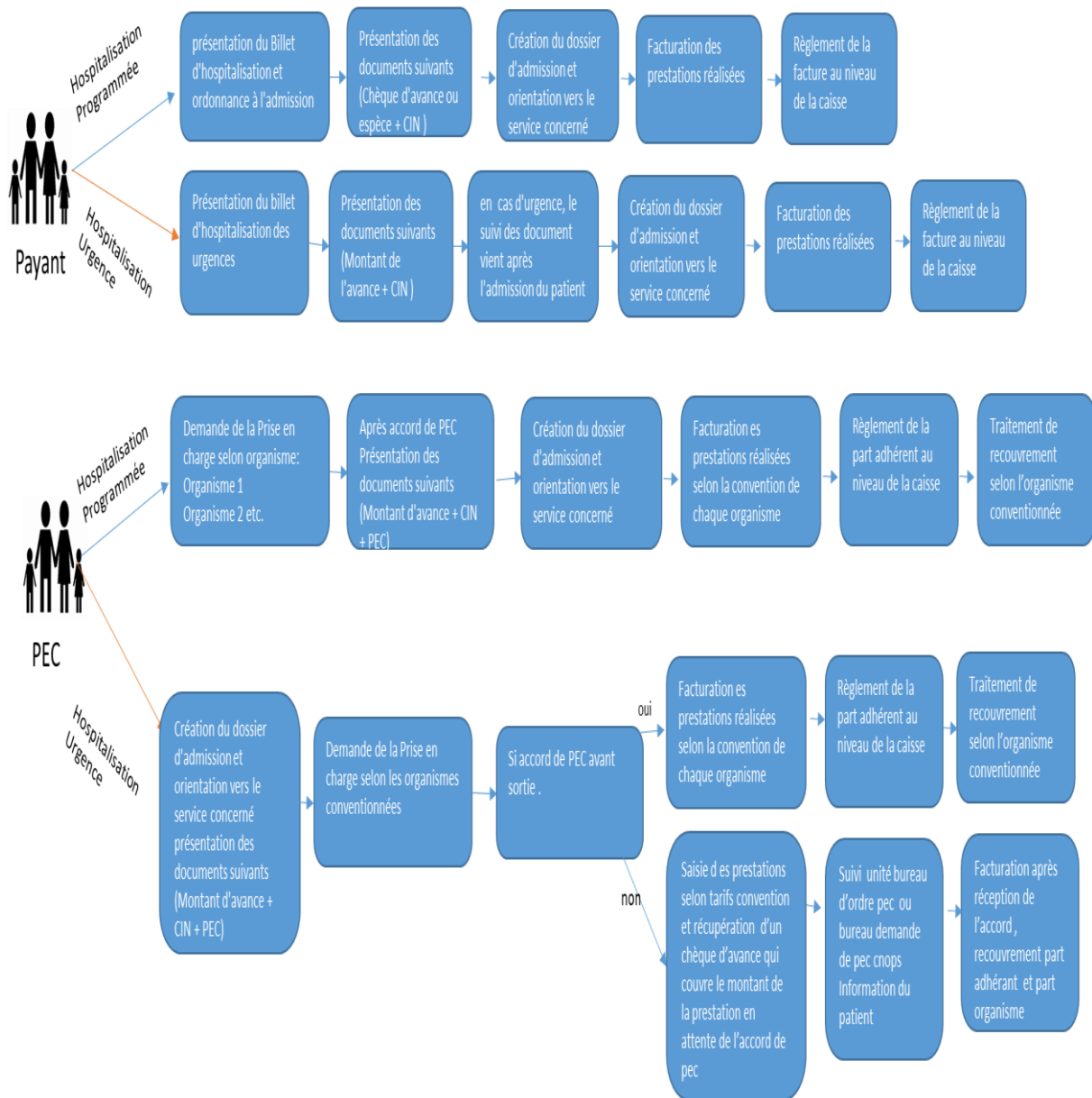
Même si le système gère le process facturation, les données output de ce système sont inexploitable d'un point de vue activité médicale (absence du nom de l'acte). En effet, pour les besoins de certaines études de contrôle de gestion (étude de rentabilité, étude de coût...), le service doit recourir aux données des registres au niveau du service, et faire des croisements de données pour faire son analyse.

### **La diversité des circuits et des cas de figures**

L'HUICZ traite avec plusieurs organismes de prévoyance médicale et donc, traite plusieurs cas de figure concernant le mode de facturation, le mode d'encaissement et le mode de gestion administrative, y compris celui pour les patients payants. Afin de permettre l'accès aux soins de patients qui n'ont pas encore obtenu la prise en charge par l'organisme payeur, l'administration met parfois en péril la sécurité des paiements pour les factures tiers-payants et la part adhérent. Enfin, il existe divers circuits d'admission du patient et différents types de prise en charge administrative.

L'analyse des procédures d'admission montre l'existence de plusieurs situations qui conduisent à des traitements particuliers par les agents d'admission-facturation, des situations liées au type de patient, le parcours d'admission et que nous identifions sur le schéma suivant :





**Figure 8 : Différents parcours d'admission des patients à l'HUI CZ**

## 4. Process Finance

### Structure du chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires réalisé pendant une période représente l'activité produite durant cette période. Répartie entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation, l'analyse du chiffre d'affaires est très demandée auprès du service contrôle de gestion. Ainsi, un reporting sur le chiffre d'affaires est réalisé de façon mensuelle contenant des données sur le chiffre d'affaires par organisme ou tiers payants, le chiffre d'affaires par médecin, la situation du recouvrement et la situation des règlements honoraires. Sur le système d'information, une grande partie des données du chiffre d'affaires est saisie par les agents de facturation, donc cet indicateur repose sur la maîtrise et la rigueur de ces derniers. Cependant, à cause des éléments abordés plus haut, la tâche des préposés à la facturation est compliquée (erreurs, retard de facturation, reprise des factures), ce qui induit des données très variables et non exhaustives. Mis à part le système d'information, le dispositif de contrôle interne à l'hôpital ne permet pas une fluidité dans la gestion administrative du patient, ce qui donne lieu à des éléments de retard de facturation bien que les prestations soient déjà réalisées, pouvant ainsi atteindre six mois de retard. Parmi ces éléments, nous citons la lenteur liée à l'obtention des prises en charge, la complexité du traitement des demandes de prise en charge, surtout pour l'organisme CNOPS qui représente plus de 50% du chiffre d'affaires des organismes (voir répartition du CA global), le manque de suivi des règlements de la part adhérent dû à l'absence d'une entité dédiée à cette activité.

TOTAL	% PAYANT	% CNOPS	% Autres Organismes
100%	37%	39%	24%

Tableau 10 : Répartition du chiffre d'affaires de HUICZ

### Dépenses d'exploitation

Les dépenses d'exploitation sont réparties en deux grandes catégories : les dépenses en étroite corrélation avec le chiffre d'affaires tel que le consommable de pharmacie, de fongible et de gaz médicaux, les honoraires de médecins. L'une des premières raisons de l'intervention du consultant externe, c'est le constat que la charge pharmacie, qui est majoritairement refacturée sur le patient, soit en consommation directe ou en consommation forfaitaire, est supérieure aux ventes de pharmacie. Cela révèle l'existence d'une mauvaise gestion des achats de pharmacie

et l'absence d'un suivi étroit des dépenses pharmacie. Les honoraires des médecins qui représentent la rémunération de ces derniers par rapport à chaque acte réalisé. Cet indicateur permet d'apprécier l'activité de chaque médecin par rapport aux autres praticiens, et amène certains praticiens à surcoter le soin réalisé pour gagner plus d'honoraires, générer plus de chiffre d'affaires et avoir une bonne appréciation de leurs activités. Cette pratique cause des rejets de demande de prise en charge car les médecins du contrôle de l'organisme constatent une anomalie dans la désignation de l'acte, ce qui augmente le délai de facturation pour les patients qui ont déjà été soignés. Cette catégorie de dépenses est étroitement liée à l'activité médicale et donc contrôlée par les praticiens.

Les dépenses de structures représentent le second groupe de dépenses Elles correspondent aux achats de produits généraux de consommables bureautique, technique, d'achat de prestations de service tel que le nettoyage, le gardiennage, la restauration, la maintenance, mais également les dépenses salariales. Ces charges sont liées à la taille de la structure et leur particularité réside dans le fait qu'elles sont difficilement imputables sur les différents centres de coûts, car très imbriquées et sujettes à discussion quant à la clef de répartition pour les imputer sur les différentes activités de l'hôpital, du moins lors de l'analyse des coûts des actes ou lors d'études de rentabilité de services ou d'équipements.

Mis à part les achats généraux, les charges du personnel sont sous l'emprise du personnel médical notamment en ce qui concerne l'effectif. De façon générale et comme soulevé plus haut, la gestion des dépenses d'exploitation échappe au contrôle de la direction administrative et financière dont dépend le département achat, donnant lieu à des charges non maîtrisées et non planifiées. Le service se limite à faire un suivi administratif comme l'établissement des bons de commande, les réceptions, la procédure de règlement, etc.

### **Dépenses d'investissement**

Grâce à une subvention en nature de la part des Emirats Arabes Unis (EAU) en 2004, un important investissement a été réalisé de 100 million de Dirhams (en plus de l'investissement initial). A partir de cette date, l'HUICZ doit assurer les réinvestissements, renouvellements ou nouveaux équipement, avec ses propres fonds. Les directions médicales recueillent les besoins des médecins, indiquent généralement les équipements qu'il faut acquérir ou renouveler. La direction technique approuve le choix et propose l'achat au directeur général. En l'absence d'une planification des achats d'équipements qui tienne compte d'une limite budgétaire, le processus d'achat s'enclenche sans tenir compte de la capacité financière de l'hôpital. Le

directeur général mandate parfois le service de contrôle de gestion pour établir des études de rentabilité d'un service ou d'un équipement pour justifier l'achat. Cependant, il arrive que l'investissement soit réalisé malgré l'étude démontrant l'absence d'intérêt de l'investissement (surdimensionné ou ne répondant pas à des besoins, coûts pas compatibles avec les ressources de l'hôpital).

## **Gestion de la trésorerie**

### Les encaissements

Les encaissements générés par l'HUICZ, se composent des entrées cash des patients payants, des règlements des prestations ambulatoires sans prise en charge par un organisme de prévoyance, des règlements des parts adhérents et des règlements des organismes de prévoyance sociale directement sur les comptes bancaires de l'hôpital. L'absence d'un suivi rigoureux et d'indicateur de suivi du processus gestion des demandes de prise en charge, du processus facturation et du processus recouvrement engendre un rallongement des délais, conduisant à un retard dans les règlements de facture, ce qui impacte directement la trésorerie. Ainsi, à plusieurs reprises suite à une forte augmentation des créances, la DAF organise des missions pour traiter et liquider les dossiers patients dont la moyenne de règlement dépasse cinq mois de chiffre d'affaires organisme. En cas de surplus, les encaissements sont placés pour bénéficier d'une rémunération supplémentaire ou utilisés pour couvrir des dépenses importantes. A défaut de surplus, l'hôpital recourt aux facilités de caisses.

### Les décaissements

Les engagements de l'hôpital vis-à-vis de ses fournisseurs sont le règlement des factures à 90 jours de la date de la facture. En ce qui concerne le règlement des honoraires médecins, et afin d'être attractif, une décision est prise en 2004 de régler tous les honoraires encaissés en espèce directement au bureau des honoraires après récupération des montants de la régie, pour le reste en théorie une fois que l'encaissement est constaté à la banque. Le responsable de la caisse honoraire gère en permanence un montant important en espèce qui correspond aux nouvelles recettes entrantes, voire aussi aux honoraires non récupérés par les médecins.

L'inadéquation entre les délais de décaissement et d'encaissement met en péril l'équilibre de la trésorerie. Le directeur administratif et financier, grâce à son expertise, essaie d'assurer les engagements de l'hôpital mais n'a pas de pouvoir quant à la planification en amont des engagements. Une étude établie par l'équipe de contrôle de gestion met en évidence que le délai

de règlement moyen d'une facture de prise en charge médicale atteint 5 mois, en parallèle les décaissements ont un délai moyen de 2 mois. Sans oublier le processus de demande de prise en charge qui peut atteindre plus de 3 mois. De plus, les honoraires en espèces qui pouvaient constituer une facilité de caisse pour la gestion de trésorerie sont conservés au bureau des honoraires en attente de leur récupération par les médecins.

**Conclusion section 1**  
**Un hôpital menacé quant à sa pérennité, faute de gestion**

En synthèse, le diagnostic montre un certain nombre de dysfonctionnements pour les processus clé : prise en charge médicale, prise en charge paramédicale, prise en charge administrative, et finance. Pour la prise en charge médicale, en l'absence de procédure commune, l'affectation des patients, la gestion des achats et investissements médicaux mais aussi le recrutement de personnel paramédical sont très dépendants des médecins. Il n'existe pas de gestion centralisée des achats de médicaments et dispositifs médicaux ; ces achats se font surtout en fonction des incitations commerciales plutôt agressives des fournisseurs et laboratoires pharmaceutiques auprès des différents médecins de l'hôpital. La politique de recrutement (allocation de postes) est sous l'emprise du corps médical et le taux de croissance du personnel paramédical (9%) est élevé par rapport aux autres catégories de personnel (1%). Il n'existe pas une gestion centralisée de la prise en charge des patients ; les médecins traitants décident plus ou moins, en fonction de leurs réseaux, l'affectation des patients aux différents spécialistes. L'intégration de nouveaux médecins qui relève du pouvoir des directeurs médicaux et directeur général se fait surtout en fonction des affinités. Cette intégration de médecins n'est pas planifiée ou déterminée en fonction des besoins médicaux, ce qui permet à certains spécialistes de rester en situation de monopole. S'il est courant et compréhensible que l'intégration de médecins ou l'affectation de patients se fasse en fonction des réseaux, il est plus surprenant que ces choix se fassent sans aucune planification (étude des besoins ; disponibilité des lits).

Pour le processus prise en charge paramédicale du patient, le personnel paramédical a en charge le suivi de la consommation de médicaments et dispositifs médicaux, leur affectation aux patients pour permettre leur facturation aux adhérents (ou organismes de prévoyance). Cependant, faute de procédure et de contrôle, les audits montrent de multiples dysfonctionnements (erreurs, vols, abus) ne relevant pas toujours de la seule responsabilité du personnel paramédical, fortement soumis au bon vouloir des médecins.

Pour le processus prise en charge administrative, la diversité des cas de figure de prise en charge, les incohérences de l'organigramme DAF avec des chevauchements entre services, le manque de fiabilité des systèmes d'information et de l'interface médical/administratif, le manque de légitimité du service contrôle de gestion par rapport à la DAF, contribuent à de multiples dysfonctionnements, dont de forts retards de facturation avec des dossiers forclos, une non-exhaustivité des facturations, des surfacturations (sur-cotations) avec des rejets par les organismes de prévoyance, des tarifs ou processus d'admission du patient parfois décidés par le corps médical alors que ce sont des prérogatives de la DAF.

Pour le processus financier, les dysfonctionnements en amont (prise en charge administrative) ne garantissent pas une exhaustivité des encaissements et surtout conduisent à des délais d'encaissement très longs pour les actes réalisés (souvent supérieurs à 5 mois) avec un risque accru de non recouvrement. Les achats médicaux, investissements et la gestion du personnel ne sont pas sous le contrôle de la DAF, mais du personnel médical. La pratique de paiement des honoraires médecins en espèces génère les risques spécifiques à la gestion d'espèces pour des volumes importants (détournement, erreur, etc.). Plus grave, le fort décalage entre les encaissements (5 mois) et décaissements (2 mois) liés à l'activité médicale (honoraires médecins payés avant encaissement des actes), génère d'importants besoins en fonds de roulement. Dernière difficulté, les espèces (honoraires médecins dus) ne peuvent pas être utilisées pour d'autres paiements, ce qui augmente le recours aux facilités de caisse, inducteur de coûts supplémentaires.

Ce diagnostic montre de fortes insuffisances et de sérieux dysfonctionnements dans la gestion de l'hôpital. Outre l'emprise forte du corps médical sur la gestion quotidienne, les multiples insuffisances (procédures, système d'information, contrôle) donnent une image d'un hôpital quasiment pas géré.

## **Section 2 : Orientation vers une logique financière**

Pour tout processus de traduction, après la contextualisation, il faut une problématisation capable de faire consensus et d'amener les acteurs et actants à coopérer, malgré les réticences. L'audit financier constitue une contextualisation de la situation de l'hôpital, montrant l'urgence d'un redressement de l'hôpital. La problématisation « redresser la situation financière pour assurer la pérennité de l'hôpital » avec un objectif à terme de pouvoir autofinancer l'extension et donc la croissance de l'hôpital fait plus ou moins consensus, car tous ont intérêt à ce que

l'hôpital soit pérenne, et le corps médical notamment peut trouver un intérêt à l'extension future. Cependant, la problématisation ne suffit pas, encore faut-il réussir à intéresser l'ensemble des acteurs (actants). Les outils de gestion (actants) mis en place, ont pour objectif d'introduire une logique financière dans la gestion quotidienne de la structure, et de soutenir le déploiement du projet de restructuration. Pour impulser le processus de traduction, ces outils de gestion doivent contribuer à intéresser les principales parties prenantes, notamment les différents directeurs (médical, pharmacie, technique, finance).

Le consultant externe s'appuie sur le diagnostic pour susciter le consensus sur un point de passage obligé, c'est-à-dire le redressement de l'hôpital (1.). La mise en place d'outils de gestion a pour objectif de soutenir le déploiement du projet de restructuration (2.) et d'intéresser progressivement les principales parties prenantes (3.).

## **1. Intervention d'un consultant externe et problématisation**

Le président du conseil d'administration nomme l'un de ses cadres (le consultant externe) afin de faire initialement un diagnostic de la situation de la pharmacie pour une courte durée. Ce consultant qui bénéficie de la confiance et l'estime des commanditaires dont il est le collaborateur, mène en parallèle un diagnostic organisationnel. Il s'investit dans la compréhension des états financiers et des reportings existants, tout en y intégrant une simulation du résultat financier. En plus des problèmes structurels et organisationnels de l'hôpital explicités plus haut, s'ajoute le problème de détournement d'argent par le régisseur de l'hôpital. Le top management mandate donc le consultant pour un projet de restructuration global à l'HUICZ.

Le consultant externe que nous qualifions de traducteur, a pour mission initiale d'évaluer l'activité du service pharmacie, le circuit d'achat, de stockage, de facturation et d'administration des produits de pharmacie. L'étude n'aboutit pas à un dysfonctionnement jugé majeur au niveau de la pharmacie, mais révèle d'autres dysfonctionnements d'ordre structurel au niveau des directions médicale, administrative et technique. Ce diagnostic conduit à réorienter la mission du consultant externe vers une réorganisation et une restructuration de l'HUICZ, avec un objectif de renforcement du contrôle interne. Cette mission impose de faire une analyse de toutes les entités et processus de l'hôpital, y compris le circuit de la pharmacie. L'effort consenti par le consultant externe pour l'analyse des états financiers et de la situation organisationnelle démontre la nécessité de suivre la situation financière et d'assurer son équilibre. Cet audit financier constitue **une contextualisation** lui permettant de présenter et de

discuter son diagnostic auprès des mandataires (le président du conseil d'administration et l'administrateur). Nous pouvons dire qu'à cette étape, une vision financière commence à s'instaurer au sein de l'hôpital. Ce dernier est jugé sur la base de sa performance financière, laissant de côté toute évaluation de la qualité. Ainsi, l'objectif de l'hôpital (ou idéal social) se transforme à travers le discours des dirigeants et du consultant externe, discours diffusant la logique financière et contribuant à institutionnaliser la financiarisation par la mise en place et l'utilisation d'outils et d'indicateurs de gestion financière.

**Extrait d'un rapport adressé au président du CA par le consultant externe :** « *Après analyse de plusieurs modèles organisationnels des établissements de santé, Il en ressort deux idées importantes : la première est qu'il existe deux modèles de management :*

- *Le modèle anglo-saxon, à direction " bicéphale " gestionnaire-personnels de santé, à culture économique forte,*
- *Le modèle centralisé avec une direction unique longtemps moins imprégnée par les préoccupations financières.*

*La deuxième est que le management de l'hôpital par des praticiens « médecins » a montré son inefficacité, d'où la nécessité de développer des outils et des méthodes de management adaptés aux spécificités de chaque établissement.* »

En effet, un système de gestion tel qu'appliqué à HUICZ et qui est orienté sur les moyens et non sur les finalités rend l'optimisation de la gestion difficile, voire irréalisable, en raison de l'inexistence d'objectifs et d'indicateurs de performance explicites, chiffrés et connus par tous. Ainsi, le diagnostic établi constitue un **point de passage obligé**, démontrant les risques financiers à terme si aucune action n'est engagée pour améliorer les recettes de l'hôpital (génération du cash et augmentation de l'activité) et réduire les dépenses. Avec l'approbation et l'appui du conseil d'administration, le consultant externe démarre le projet en 2009. Ce soutien est important : « toute innovation suppose un environnement qui lui soit favorable » (Akrich *et al.*, 1988a). Cette étape peut être qualifiée de **problématisation** qui consiste en la formulation d'une question capable de faire passer les actants d'une position particulière isolée à une acceptation de coopération (Amblard *et al.*, 1996). En s'inspirant des travaux de Callon (1986), cette problématisation montre que contenant (contexte de l'hôpital) et contenu (changement) s'épaulent pour exister ou s'ensevelir mutuellement. A défaut de réorganisation, l'hôpital est appelé à disparaître. Les faits, constats alarmants exposés dans l'audit et les procès-verbaux de réunions, montrent la nécessité du changement. Les risques en termes de pérennité



financière conduisent à un point de passage obligé : la nécessité de réorganiser l'hôpital, et plus fondamentalement aller vers un modèle de gestion garantissant sa pérennité.

**Consultant externe** : « *le modèle devient très économique, pas très économique, il est très attaché à la dimension économique. Sans une performance économique, la survie est impossible. Le développement !!!!, ce n'est même pas la peine d'y penser. [.....] qu'en première phase, c'était très clair d'assurer un modèle économique, un modèle de gestion qui permettait la pérennité, l'efficience, de dégager le bénéfice financier pour l'hôpital* ».

Cette vision stratégique qui fixe comme objectif principal l'atteinte de l'équilibre financier fait écho et s'insère dans tous les discours internes et externes de l'organisation, donnant lieu à un changement d'orientation. Cela montre que l'ensemble des entités existantes se sont appropriées l'objectif communiqué par le top management. La déclinaison de ce dernier en actions concrètes est devenue le souci majeur du traducteur : comment orienter la gestion quotidienne de l'établissement vers l'autonomie financière de l'établissement ?

## **2. Des outils de gestion pour déployer le projet de restructuration**

Afin de réorienter les objectifs de l'organisation vers une culture managériale ancrée, avec un même objectif commun qui est l'atteinte de l'équilibre financier, le consultant externe identifie quatre process majeurs où il met en place des outils de contrôle de gestion afin d'y intégrer des objectifs définis, dont nous détaillons les différents types d'indicateurs ci-après. Ces différents indicateurs sont issus de documents internes de l'hôpital. Nous identifions un cinquième processus visant à assurer une bonne gestion de la trésorerie, notamment pour le règlement des factures d'investissement liées au projet d'extension après le redressement.

### **2.1 Le processus de prise en charge médicale du patient (métier de l'hôpital)**

L'activité hospitalière de l'HUICZ constitue le cœur d'activité, la prise en charge médicale représente 69 % du chiffre d'affaires. Cette activité génère une marge plus importante que les activités ambulatoires car ces derniers sont constitués de plus de 75% de charges directes. Ainsi, afin de maîtriser l'activité hospitalière, le consultant externe suit de près les indicateurs de performance hospitalière. Les indicateurs sont en nombre limité, uniquement cinq, et permettent de suivre par service les admissions, le nombre de journées d'hospitalisation par lit, la durée moyenne de service, le taux de rotation (lits) et le taux d'occupation (optimisation de la capacité).

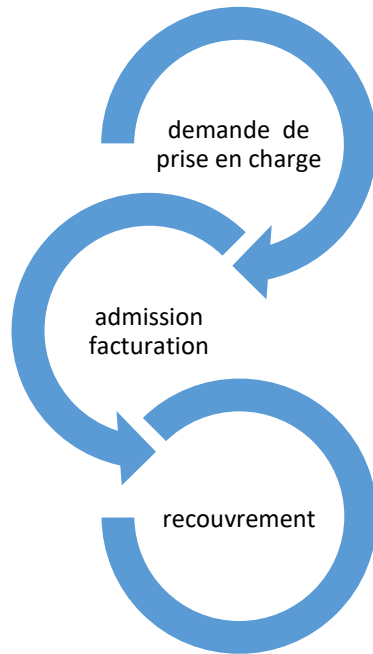
Processus	Indicateurs	Objectifs
Prise en charge de l'hospitalisation	Admissions	Nombre d'admissions par mois
	Journées d'hospitalisation	Nombre de journées d'hospitalisation par lit
	Durée moyenne de séjour (DMS)	Suivi de la durée moyenne de séjour
	T.ROT	Taux de rotation pour le suivi des recettes par lit
	TOM%	Optimisation de la capacité litière

**Tableau 11 : Indicateurs liés à l'activité hospitalière**

Ces indicateurs permettent de manière générale de mieux gérer les flux d'admission, d'organiser et de développer certaines activités. En effet, bien que ces derniers étaient présentés par le passé dans les reportings mensuels de l'HUICZ, aucune analyse n'était faite. De véritables actions sont entreprises pour augmenter le chiffre d'affaires moyen hospitalisation par mois. Ainsi, dans des périodes d'activité importante, les hospitalisations chirurgicales sont privilégiées par rapport aux hospitalisations médicales. On privilégie en admission certains organismes par rapport à d'autres. De plus, certains services sont ouverts pour recevoir les patients d'une spécialité bien définie (par exemple : ophtalmologie). Ce type d'activité est plutôt standardisée et facilement programmable.

## 2.2 Le processus de facturation afin de maximiser les recettes

La maîtrise du processus de facturation permet d'avoir une idée exhaustive sur la situation du chiffre d'affaires de l'établissement de façon instantanée. Nous avons, plus haut, mis en évidence l'impact de ce processus sur le recouvrement fig. 2. La maîtrise du délai de recouvrement étant en étroite corrélation avec le délai de facturation. L'analyse du chiffre d'affaires non facturé donne une idée sur les dossiers en instance de prise en charge et permet ainsi d'évaluer le processus de demande de prise en charge. Le chiffre d'affaires facturé permet aussi d'évaluer les recettes de caisse. On peut dire que le service de facturation est le centre névralgique de la gestion administrative du patient, d'où l'importance d'en faire un suivi minutieux (confer figure 9). Ce processus est suivi à travers trois indicateurs : Chiffre d'affaires facturé, Chiffre d'affaires non facturé, Délai de facturation.



**Figure 9 : Processus de gestion administratif admission patient**

Processus	Indicateurs	Objectifs
Facturation	Chiffre d'affaires facturé Chiffre d'affaires non facturé Délai de facturation	Evolution des recettes Evaluation des retards de facturation Performance du processus de facturation

**Tableau 12 : Indicateurs liés à la facturation**

Le nouveau système d'information implanté prend en compte le statut des dossiers de facturation afin de définir et de suivre ceux en instance de facturation à cause d'un retard dans la demande de prise en charge et de déterminer à quel niveau la demande de prise en charge est avancée. Conformément au tableau suivant le statut que devra avoir chaque facture est le statut « **facturée** ».

Statut	Total
FACTUREE	234 105 096
TRANSITOIRE	21 346 845
A FACTURER	1 507 967
CRÉE	523 655
ENVOYÉE	156 231
ANNULÉE	139 321
A ENVOYER	23 676
FERMÉE	18 243
REFUSÉE	14 265
ACCORDEE	14 149
REJETEE	3 464
RETOUR	334
A EXPEDIER	114

### 2.3 Le processus de recouvrement afin de générer plus de cash

L'analyse de la composition des divers encaissements générés dans le cadre de l'activité de recouvrement à l'hôpital, permet de dégager les indicateurs qui doivent être suivis par groupe. Pour améliorer la performance du recouvrement des agents, un système d'objectifs par agent est mis en place qui donnent lieu à l'obtention d'une prime une fois les objectifs atteints. Les indicateurs concernent les délais et taux de recouvrement selon les différents modes administratifs de prise en charge des patients (CNOPS, autre que CNOPS, tiers payant, etc.).

Processus	Indicateurs	Objectifs
Recouvrement	Organisme CNOPS	Délai et taux de recouvrement CNOPS
	Organismes autre que CNOPS	Délai et taux de recouvrement organismes autre que CNOPS
	Tiers payants	Taux de recouvrement : tiers payants
	Chèques impayés	Taux de recouvrement des chèques impayés

**Tableau 13 : Indicateurs liés au recouvrement**

### 2.4 Le processus des achats : encadrer les dépenses, et/ou générer des économies

La mise en place du budget est répartie en fonction de différents axes d'activités de l'hôpital. Un budget des approvisionnements doit assurer une gestion optimale des stocks de matières premières, de produits et de marchandises pour éviter la rupture de stock et le stockage excessif. Une procédure de gestion est mise en place pour le budget des achats pharmacie dont le volume

et la spécificité nécessite un suivi particulier et minutieux. Son suivi suscite beaucoup d'intérêt de la part du consultant externe qui lui consacre d'importantes heures de travail vu le périmètre très politique de ce type d'achat.

La décision d'investissement est d'une importance capitale car elle intervient sur le développement technique de l'activité de l'hôpital. Il est jugé essentiel d'intégrer la notion d'enveloppe budgétaire à prendre en compte dans les différents choix d'investissement. Il faut arriver à ce que les achats planifiés soient priorisés, concertés et validés par tous.

En ce qui concerne le budget des ressources humaines, son élaboration et son pilotage revêtent un caractère stratégique. Étant donné que la masse salariale est la principale composante des charges d'exploitation, il est devenu primordial de suivre l'évolution de cette rubrique budgétaire et de maîtriser en parallèle les recrutements. En effet, la mise en place de ce budget donne lieu en parallèle à une étude prévisionnelle des emplois et des compétences et une étude de la normalisation des effectifs (point développé au chapitre 5). Les différents postes budgets de dépenses font l'objet d'un suivi budgétaire (taux de réalisation).

Processus	Objectifs	Indicateurs
Achat	Budget d'investissement	Charges d'investissements/Budget investissement
	Budget de fonctionnement	Charges fonctionnement/Budget fonctionnement
	Budget pharmacie	Achats pharmacie/Budget pharmacie
	Budget charges de personnel	Charges de personnel/Budget charges de personnel

**Tableau 14 : Indicateurs liés aux achats**

## 2.5 Le processus de trésorerie pour assurer la disponibilité des fonds

Afin de faire face aux engagements financiers de la structure, la mise en place d'un budget de trésorerie est importante. Elle a aussi pour objectif de permettre à terme la planification des investissements et la faisabilité des règlements liés au projet d'extension après redressement de la situation.

Processus	Objectifs	Indicateurs
Trésorerie	Décaissement	Prévisionnel décaissement
	Encaissement	Prévisionnel encaissement
	Trésorerie excédentaire ou déficitaire	Suivi de la trésorerie

**Tableau 15 : Indicateurs liés à la trésorerie**

Pour la mise en place de ces outils de gestion, le consultant externe s'appuie sur le **service contrôle de gestion, premier allié de la traduction**. Il est impliqué dans la conception des premiers drafts des budgets prévisionnels, dans la mise en place des objectifs de recouvrement et dans la mise en place de l'étude sur la normalisation des effectifs. Le contrôleur de gestion est enrôlé. Il a pour mission le suivi du budget, sa finalisation, et l'analyse des écarts auprès des autres parties prenantes. Il est constaté que, parallèlement à la mise en place de ces outils de gestion, des investissements de forme sont établis, conduisant des transformations organisationnelles à l'amélioration du dispositif du contrôle interne et la création de nouveaux outils (reporting, budgets, plan triennal d'investissement). Afin de diffuser ces outils, et en fonction de l'importance des thématiques et risques de tensions, certains acteurs et actants à forte légitimité sont associés, en exemple le directeur général pour la gestion du personnel, et s'inspirant de l'outil « tableau prévisionnel des effectifs rémunérés » - TPER (modèle français). En effet, la réussite du processus de traduction nécessite l'implication de plus en plus de médiateurs. Ainsi, nous pouvons dire que le système de contrôle de gestion (acteurs, outils, dispositif de contrôle interne, système d'information...etc.) durant cette période joue un rôle de médiateur. L'outil donne une idée globale et/ou en profondeur de la situation. Le contrôleur est chargé des analyses et discussions, voire aussi des modifications de l'outil, et les autres éléments aident à soutenir la réalisation des nouveaux outils. L'outil de gestion, le rôle joué par le contrôleur de gestion et autres sont indissociables.

### **3. Analyse de contexte et identification des parties prenantes**

Toute réorganisation suppose de définir les principaux destinataires, d'intéresser, d'enrôler et de mettre en réseau les acteurs (actants) incontournables. Ainsi, nous identifions les acteurs et actants essentiels dans la réorganisation, outre le traducteur (consultant externe), et nous mettons en évidence leur rôle respectif de façon générale. Ce rôle est détaillé de façon plus approfondie dans la prochaine section.

## **Destinataires**

La restructuration touche plusieurs aspects fonctionnels, opérationnels et organisationnels des services appartenant aux différentes directions. Ils sont donc considérés comme les principaux destinataires du projet.

## **Le directeur général de HUICZ bénéficiant d'une double légitimité**

Le directeur général, professeur en médecine, bénéficie en qualité de professionnel d'une légitimité auprès du corps médical. Il est aussi considéré comme un gestionnaire confirmé vu son précédent poste de directeur général du CHU IBN SINA de RABAT. Le directeur général est un allié stratégique du consultant externe, il est enrôlé par ce dernier pour mener des interventions à forts enjeux politiques comme la gestion du personnel, les achats d'investissements et des achats pharmacie (point développé dans le chapitre suivant).

## **Le contrôle de gestion : un actant faisant lien entre les différents acteurs**

Le traducteur identifie l'actant qui permet de faire le lien entre les différents acteurs du réseau, en l'occurrence le système de contrôle de gestion. En effet, comme le souligne le verbatim du consultant externe, les indicateurs résumant de façon chiffrée les objectifs à atteindre et le contrôleur de gestion a pour rôle d'affiner cet outil auprès des différents acteurs.

*Consultant externe « Au lieu d'expliquer la politique ou vision aux chefs, c'est plus facile de leur donner des objectifs chiffrés avec les méthodologies de calcul, avec une direction de contrôle de gestion qui aide à la réalisation. Tout ce système permet aux gens de comprendre les mécanismes d'évolution de leurs services et de voir les retombées des actions qu'ils initient, surtout. »*

Ainsi les données chiffrées facilitent la communication entre les différentes parties prenantes leur permettant d'avoir un langage commun et une référence commune. Il est clair aussi que, pour le consultant externe, le recours aux outils de contrôle de gestion est un moyen simple pour déployer la stratégie au sein des différentes directions.

## **Du service contrôle de gestion et audit à la direction organisation contrôle et qualité**

Etant un service transversal, le service contrôle de gestion et audit (SCGA) avait un accès aux différents services et directions de l'hôpital. Il connaissait le fonctionnement de toutes les entités, que ce soit administrative ou médicale. Malgré cette facilité d'accès à l'information et aux divers services, le SCGA avait peu de pouvoir ; ses recommandations d'amélioration après

diagnostic demeuraient sans impact. L'alignement avec le consultant externe constitue une opportunité à saisir au moment du démarrage de la restructuration. En effet, grâce à cette participation au projet comme un acteur ayant une légitimité d'action, le SCGA devient une direction organisation contrôle et qualité (DOCQ) qui intègre en plus le service qualité et le service systèmes d'information. Cette position permet au SCGA l'attribution par le traducteur d'un rôle d'intermédiaire reconnu légitime, de porte-parole pour l'implémentation des outils de contrôle de gestion et ainsi la mise en place du changement. En effet, la transversalité de la nouvelle direction lui permet de produire et de maîtriser l'exhaustivité des données récupérées du système d'information, la réalisation d'études et des interventions pour la mise en place de nouvelles procédures ou de réorganisations de service.

**Consultant externe :** *« notre démarche (est) de créer le noyau de ce que sera une direction qualité organisation et contrôle de gestion qui va assurer toutes les fonctions hors champ opérationnel. Je m'explique l'audit et l'inspection pour pouvoir évaluer, le contrôle de gestion pour voir comment seront évalués les chiffres que ce soit prévisionnels, que ce soit les relevés de l'existant mais aussi d'avoir le système d'information, la fonction du système d'information intégrant cette direction. En fait, c'est la direction qui s'occupe de toutes les fonctions extra-opérationnelles et qui permet aussi de gérer, initier et suivre les projets et la conduite de changement ».*

### **Directions opérationnelles**

En ce qui concerne les directions médicales, la DAF, le directeur de pharmacie et le directeur technique, ceux-ci ont endossé différents rôles de porte-parole ou de co-organisateur en fonction de la phase du projet ou du périmètre touché.

**Portes paroles :** les directeurs sont mobilisés comme des porte-paroles qui servent les intérêts du projet grâce à leur force de négociation, que ce soit pour la mise en place d'une action interne à la direction ou la mise en place d'une action inter fonctionnelle. Par exemple, pour la mise en place d'un plan triennal pour les achats d'investissements, surtout en terme d'équipement biomédicaux, la direction technique joue le rôle d'un porte-parole incontournable auprès de la direction médicale qui, par le passé, décidait seule pour les achats des équipements biomédicaux.

**Coorganisateurs :** les directeurs sont des acteurs incontournables pour la conception des actions qui doivent être mises en place dans leurs directions. Le traducteur sollicite leur avis et



les invite à la réflexion pour la proposition de solutions adéquates à leurs contextes. Les réorganisations mises en place sont perçues par les directeurs comme une opportunité qui sert communément leurs intérêts.

<p style="text-align: center;"><b>Conclusion section 2</b> <b>Déploiement du projet de restructuration à travers des outils de gestion et réorganisations de services</b></p>
---

A partir du diagnostic, le consultant externe réussit à problématiser et élaborer un point de passage obligé « redresser la situation financière pour assurer la pérennité de l'hôpital » qui suscite le soutien des mandataires et une prise de conscience au sein du corps médical sur la nécessité d'un redressement. Le consultant externe privilégie les outils de gestion et la réorganisation de services par processus-clé pour impulser une culture managériale, fixer des objectifs aux différents services, objectifs chiffrés jugés plus parlants que des discours. Il faut souligner le nombre très limité d'indicateurs par processus (au maximum cinq), indicateurs facilement compréhensibles. L'exemple du processus facturation et recouvrement montre que les outils de gestion ne suffisent pas en soi, l'impulsion du changement suppose aussi une reconfiguration des services et processus. Le projet de changement implique différents acteurs, appelés à jouer un rôle variable, du directeur général à forte légitimité en qualité de professionnel de santé et gestionnaire, aux directeurs opérationnels appelés à devenir porte-parole et co-organisateurs selon les phases du projet. Dans le processus de traduction, il faut souligner la transformation du service contrôle de gestion et audit (SCGA) en direction organisation contrôle et qualité (DOCQ), une direction transversale qui voit son pouvoir et ses possibilités d'action renforcées.

### **Section 3 : Un point de passage obligé porté par des alliés**

Le succès d'une innovation est sa capacité à susciter l'adhésion de nombreux alliés (Akrich et *al.*, 1998a). La menace quant à la pérennité de l'hôpital constitue pour l'ensemble des acteurs un élément fort. Tous (directeurs, personnel médical et paramédical, administratifs) ont intérêt à ce que l'hôpital soit pérenne et veulent éviter une faillite. « Renouer avec les bénéficiaires pour devenir pérenne » est un point de passage obligé mobilisateur. Cette problématisation (menace sur la pérennité) suscite l'intérêt des différentes catégories de professionnels, des directions médicales et opérationnelles et de la direction générale. Le traducteur, grâce à cet énoncé, attire l'attention des actants au sens de Callon et Latour. A travers l'analyse du contexte, il identifie

les acteurs à transformer en alliés, et définit les moyens pour déployer le projet de restructuration. Ainsi, le consultant externe identifie les différents acteurs incontournables pour impulser un réseau, porteur du projet.

Dès le départ, le consultant externe se fait des alliés, dont le directeur général (1.) et le service audit et contrôle de gestion (2). Progressivement, le déploiement des outils de gestion suppose de nouveaux alliés : le directeur pharmacie (3.), le directeur technique (4.), les directions médicales et médecins permanents (5.)

## **1. Le directeur général**

Le consultant externe intègre dès le départ le directeur général dans le processus de changement. Ils tiennent des réunions à haut niveau en présence du mandataire pour fixer les grandes orientations du projet. Le mandataire, président du conseil d'administration, a une forte proximité avec la personnalité la plus importante au Maroc, qui en l'occurrence est à l'origine de la création de cet hôpital. A noter que le consultant externe a des liens privilégiés avec le mandataire et lui remonte, régulièrement et au besoin, des informations concernant l'HUICZ et les différents projets en cours. Vu le niveau d'intérêt qu'accorde le mandataire au projet, le directeur général intègre rapidement la vision du consultant externe.

*Directeur général « l'objectif de pérennité financière de la structure est important pour la survie de l'hôpital que j'ai intégré facilement surtout que j'ai une connaissance régulière de la situation financière de l'établissement ».*

La position en tant que directeur général et en tant que praticien confirmé lui donne les qualités requises pour devenir un intermédiaire avec un large spectre qui peut atteindre le professionnel administratif, paramédical et médical. La tenue de réunions hebdomadaires avec les différentes directions de l'Hôpital lui permet d'intégrer dans l'ordre du jour certains aspects essentiels pour la démarche de restructuration, à savoir la mise en place du plan triennal d'investissement, le projet de normalisation des effectifs et le projet de maîtrise des achats de médicaments et de dispositif médicaux. Le directeur général gère également les différentes controverses qui apparaissent suite à l'implantation des nouveaux outils de contrôle de gestion, notamment concernant l'introduction de la gestion par budget. En effet, les premières entités à s'opposer à la mise en place des budgets sont les directions médicales.

**Lors d'une réunion, le directeur médical 1 :** « *les systèmes budgétaires sont des pratiques issues et adaptées aux hôpitaux public, pour nous, un hôpital privé on ne doit pas s'inspirer de ces modes de gestion.* »

« *On ne va pas brader la médecine* » réponse assez souvent entendue pour signifier le rejet des médecins de toute tentative de maîtrise de coût ou de charge liée directement à la production des soins.

Usant de sa position et de ses connaissances du métier, le directeur général arrive à persuader ses confrères directeurs médicaux et certains médecins permanents du bien-fondé de la démarche entreprise et de la nécessité de surveiller l'équilibre financier de la structure. Cette nouvelle vision et ses objectifs qu'il faut intégrer au sein de la gestion à l'HUICZ se diffuse au sein des différents services opérationnels. La pertinence du PPO est un argument solide qui facilite la recherche de compromis pour approcher les objectifs à atteindre, et intégrer le nouveau mode de management. L'argument le plus fédérateur consiste en l'intérêt de stabiliser et d'assurer l'assise financière de l'hôpital pour permettre le développement d'autres activités et d'assurer les investissements nécessaires à ce développement.

**Consultant externe :** « *en première phase, c'était très clair d'assurer un modèle économique, un modèle de gestion qui permettait la pérennité, l'efficience, de dégager le bénéfice financier pour l'hôpital. A partir de cette étape, il est bien clair que dans une deuxième phase, le développement du métier ne peut être assuré et viable que si on a un modèle économique qui le surpasse* »

**Consultant externe** « *à partir de fin 2013, la vision a changé pour passer au deuxième cadre, préparer les plans d'excellence, les plans d'investissement et investir sur une extension de 30 millions d'euros, faire des investissements lourds, ouvrir des métiers de santé qu'on n'avait pas* »

**Consultant externe :** « *il fallait qu'on amène tout le monde dans un objectif et une vision purement financière pour stabiliser une fois pour toute, le système. Une fois que c'est stable, cette dimension partira automatiquement au développement de ce qui est le métier, la qualité réelle de la prestation, loin de la dimension financière* »

**Le directeur général :** « *la nécessité pour nous, acteurs médicaux, de développer les activités de l'hôpital et de se doter des nouvelles technologies, nous rassemble autour*

*de l'importance que l'hôpital se doit d'avoir une situation financière saine pour pouvoir réinvestir et se développer ».*

En d'autres termes, le consultant externe et le directeur général partagent le même objectif : dans un premier temps redresser la situation financière pour garantir la pérennité de l'hôpital, et dans un second temps développer les activités médicales.

## **2. Le service audit et contrôle de gestion**

Le consultant externe intègre le service contrôle de gestion dans la conception première des différents outils de contrôle de gestion. Il a pour mission de valider le modèle, les modes de calcul et les données pour l'évaluation de l'activité auprès des différentes entités concernées. Le regroupement par le consultant externe des différentes unités transversales en une direction nommée Direction organisation contrôle et qualité (DOCQ) permet à cette dernière de renforcer la mise en place des différents outils de contrôle de gestion. En effet, comme nous le développons de façon plus détaillée dans le prochain chapitre, cette direction participe activement à la réalisation de différentes études, la réorganisation des services et entités, la participation à l'extraction des données du système d'information, leur fiabilisation et leur diffusion afin de pouvoir réussir l'implantation des outils du contrôle de gestion. Ces éléments rassemblés constituent un système d'actants qui agissent pour permettre la réalisation du changement. La DOCQ devient un acteur incontournable au sein de l'HUICZ, et sa position commence à se renforcer grâce à la maîtrise des informations et à son accès aux différents services.

**Le contrôleur de gestion :** *« intégrer une vision financière dans la gestion de l'hôpital, constitue pour notre direction une finalité nécessaire ou allant de soi vu le cursus de formation suivi par la majorité du personnel du service contrôle de gestion. »*

Cette position en faveur de l'intégration d'une vision financière donne au contrôleur de gestion une position de médiateur de la financiarisation. En effet, le jeune service essaie toujours de mettre en évidence cet aspect financier dans les différentes études demandées par la direction générale (rentabilité, coût des actes...) et lors de l'élaboration du reporting financier. Il faut noter que la direction administrative financière était elle aussi dans cette configuration.

L'hôpital initie un projet d'implantation d'un nouveau système d'information hospitalier qui a pour objectif la mise en place d'un système qui s'adapte aux nouvelles exigences de l'HUICZ. A travers ce projet, l'établissement souhaite mettre en place et déployer un nouveau système

d'information hospitalier intégré (SIH), réunissant à la fois l'activité administrative, médicale et paramédicale. Notons que l'implantation se fait sur plusieurs phases dont la première est la gestion administrative des patients qui constitue, selon le consultant externe, le pilier du système d'information car il est indispensable dans la gestion financière des dossiers des patients. Ce système a pour objectif d'éviter les lacunes de l'ancien logiciel, de maîtriser les données à produire, et aussi faciliter l'implantation des outils de contrôle. Une équipe interne est identifiée pour la gestion du projet, dont l'un des directeurs est le directeur DOCQ. En effet, ce dernier a pour mission de faire le suivi du projet, mais également de donner les orientations opérationnelles et fonctionnelles du nouveau SIH. Cette volonté d'intégrer la DOCQ est faite dans un souci de diffuser cette vision financière, de maîtriser les processus et de fiabiliser les données pour l'information financière et la gestion de l'hôpital.

Malgré le départ du consultant externe contraint de stopper sa mission suite à une forte controverse, la DOCQ continue sur cette lignée et prend l'initiative de remplacer le consultant externe dans la réalisation des projets en cours. Dans cette configuration, la DOCQ traite directement avec le mandataire, envoie les fiches de validation, de reporting et assiste même une réunion à propos de la situation du recouvrement.

### **3. Le directeur pharmacie**

Le pharmacien responsable joue un rôle important dans le déploiement du budget des produits spécifiques (produits pharmaceutique et dispositif médicaux). Il amène un apport technique ou scientifique permettant une meilleure gestion des stocks et une maîtrise des achats. En effet, le directeur de pharmacie tient un langage scientifique auprès des différents médecins prescripteurs dans les choix des achats de médicaments. Afin de maîtriser la gestion des stocks, il faut limiter les catégories de médicaments (nom commerciales) et retenir une liste restreinte acceptée par les différents médecins, d'où la mise en place du livret thérapeutique. Egalement, l'intérêt de ce rassemblement de produits est de permettre de meilleures négociations avec les laboratoires. Conscient de la nécessité de la maîtrise des coûts, le pharmacien fournit des efforts considérables dans le suivi régulier du budget.

**Pharmacien** : *« en intégrant une vision plus globale d'autonomie financière de la structure surtout dans notre cas (aucune subvention), il est clair pour moi que la rubrique la plus élevée en terme de dépenses doit être encadrée par la mise en place d'un budget qui nous permettra de faire les actions correctives au fur et à mesure des réalisations ».*

Le pharmacien porte lui aussi le discours de la nécessité d'assurer l'équilibre financier par la maîtrise des dépenses. Il agit en tant qu'expert capable de négocier et de convaincre sur les choix de gestion en matière d'achat pharmacie auprès des différentes parties prenantes.

#### 4. Le directeur technique

L'importance des investissements dans le développement de l'activité hospitalière nécessite une maîtrise de ce budget. La répartition des achats d'investissements met en évidence une forte orientation vers les investissements médicaux. En effet, le plan triennal mis en place avec un suivi rigoureux des réalisations montre que l'équipement médical représente plus de 74% du total d'investissement soit 7% du chiffre d'affaire annuel de l'HUICZ.

Rubrique	% Plan d'Investissement
Equipement Médical	74%
Système d'Information	11%
Installations Tech & Outillage	10%
Matériel Informatique	3%
Mobilier de Bureau	2%

**Tableau 16 : Répartition de budget investissement à l'HUICZ**

Une partie est réservée pour la mise à niveau des installations techniques d'où la nécessité de considérer l'activité de la maintenance comme une prestation à part entière afin de garantir une continuité dans la production médicale. Pour ce faire, la Direction Générale lance un plan de restructuration au sein de la Direction Technique axé sur la mise en place d'une réorganisation fonctionnelle conforme aux principes de la bonne gestion par la séparation des processus (Méthodes et Ingénierie, Maintenance et Travaux, Contrôle et Suivi).

Afin d'éviter les abus et prioriser les choix d'investissements, le consultant externe associe le directeur technique à ces objectifs car il constitue, pour lui, un expert capable d'orienter vers les bonnes décisions qui prennent en compte l'intérêt économique et financier de la structure. Désormais, la validation des nouveaux investissements se fait selon un processus bien déterminé qui nécessite la validation de la direction technique et la réalisation d'études de rentabilité par la DOCQ. La validation du plan triennal nécessite beaucoup de négociations avec le personnel médical, négociations que le directeur technique initie avec le directeur général.

Pour le consultant externe, les technico-administratifs doivent constituer en premier lieu un bloc uni autour de cette question de pérennité financière de la structure, et constituer un réseau qui

arrive, petit à petit, à étendre les pratiques managériales essentielles pour réussir la restructuration.

## **5. Les directeurs médicaux et les médecins permanents**

La structure du personnel médical au sein de l'HUICZ, très hétérogène comme abordé auparavant, rend l'orientation de ces derniers autour des questions économiques de l'établissement très difficile. En effet, comme souligné dans la section 1, les médecins permanents bénéficient d'une forte autonomie et d'un pouvoir de décision important sur les questions médico-administratives (patients, médicaments et dispositifs médicaux, personnel paramédical, tarifs, équipement). Un rapport de la DOCQ identifie le rôle important que jouent les médecins permanents au sein de la structure.

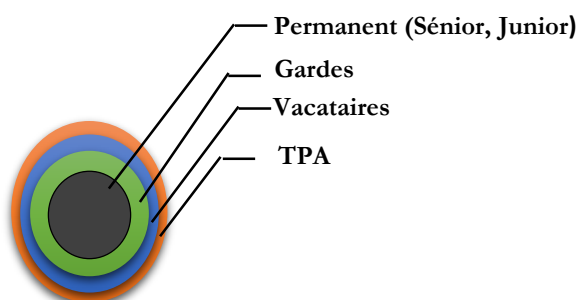
Extrait d'un rapport interne de la DOCQ :

**« A : Catégories des Ressources Médicales »**

- Médecins Permanents : Cette catégorie se constitue des **Médecins anciennement mis à la disposition** de l'HUICZ et qui sont devenus des **Médecins privés** après la décision ministérielle (2013), et **de nouveaux recrutés**,
- Médecins de Garde : Médecins privés ou publics qui effectuent des gardes de nuit et de week-end,
- Médecins Vacataires : Médecins Privés qui effectuent des vacations au cours de la semaine
- Médecin TPA : Professeurs Publics qui ont droit à deux vacations de 4 heures par semaine.

**B : Structure des Ressources Médicales de l'HCZ**

*Autour d'un noyau de médecins permanents vient se greffer les trois autres catégories*



- *Le noyau des médecins permanents est primordial pour assurer la continuité des soins aux patients. Cette catégorie permet la pérennité de l'HUICZ.*
- *Les Médecins de Garde assurent la continuité des soins en dehors des heures de travail de jour (nuit), les weekends et les jours fériés.*
- *Les vacataires et les médecins TPA sont essentiellement en appui vu leur statut conjoncturel, c'est-à-dire très dépendant des décisions des tutelles ; ils ont une valeur ajoutée essentiellement pour augmenter le chiffre d'affaire et assurer certaines techniques non présentes à l'HUICZ. »*



Bien que l'adhésion des médecins à l'objectif de pérennité financière soit difficile, cette dernière est rendue possible progressivement grâce à l'alliance avec les directeurs médicaux, puis les médecins permanents. En effet, le mode de fonctionnement antérieur, très motivant pour le praticien (autonomie, pouvoir d'influence et de décision), explique les fortes résistances au changement, notamment lors de l'implémentation d'outils de gestion : budgets, objectifs et indicateurs. La direction médicale est la première entité à résister à l'introduction des budgets prévisionnels. Plusieurs plaintes concernant la pénurie de certains médicaments ou dispositifs médicaux sont relevées. Ainsi, la question de la rupture de stock et le calcul du stock de sécurité est soulevée à plusieurs occasions, lors des réunions de directoire. La réduction du personnel paramédical, par non remplacement en cas de départ, suscite aussi chez les directeurs médicaux et chez certains responsables de service de fortes contestations auprès du chef du service Ressources Humaines, du Directeur Administratif et Financier et du Directeur Général. Ils mettent en avant le risque de la réduction de la qualité de service, de *Burn Out* et de démotivation des équipes. Egalement, ils se sentent concernés par le risque de retard de planification des achats d'investissement. Associer les directeurs médicaux et certains médecins permanents à la négociation et intégrer leur expertise permet au consultant externe de les faire adhérer progressivement aux nouvelles orientations. Il faut noter que malgré la résistance des deux directeurs médicaux, leur sentiment d'appartenance à la structure les contraint de reconnaître la nécessité de surveiller de près la situation financière de l'HUICZ, tout en gardant leur capacité d'intervention sur les différents points qui concernent directement l'activité médicale.

**Directeur médical 1** « *On parle qu'il faut protéger les finances de l'hôpital, et je suis d'accord* »

**Directeur médical 1** « *le Contrôle de gestion est indispensable. Mais il faut séparer la gestion et le contrôle de gestion qui doit venir après la gestion, ici le contrôle on bloque certaines actions. C'est pour ça que je réagissais pendant les réunions [...] on disait qu'on avait trop de pouvoir [...] je sais que le mode de management qui réussit dans les hôpitaux est celui qui est mixte, celui qui est géré par les médecins et les administrateurs d'ailleurs un article sur cleveland clinic le montre* ».

Grâce à l'intervention des directeurs médicaux, le réseau s'agrandit de plus en plus. Mais un élément indépendant de la stratégie du changement favorise cette orientation vers les intérêts de l'organisme. En effet, le gouvernement projette l'interdiction de cumul de fonctions pour les professeurs de l'enseignement supérieur, ce qui est acté à travers la publication du communiqué

ministériel en 2013 visant à interdire le cumul des fonctions des professeurs de l'enseignement supérieur. Plusieurs actions sont entreprises par la Direction Générale de l'Hôpital Cheikh Zaïd auprès du ministère de l'enseignement supérieur et du ministère de la santé pour conduire ce changement, régulariser et stabiliser la situation des médecins mis à la disposition des établissements de soins privés et des professeurs exerçant en Temps Plein Aménagé, tout en renforçant les partenariats entre les trois structures (hôpital et les deux ministères de tutelles) . L'Hôpital Cheikh Zaïd a dû prendre un certain nombre de mesures afin de permettre une transition réussie et la poursuite des activités hospitalières dans les meilleures conditions possibles. Les médecins permanents mis à disposition, dont font partie les directeurs médicaux, ont dû prendre une décision radicale, soit dépendre complètement de l'HUICZ moyennant des détachements ou des départs en retraites anticipés, soit retourner dans leurs établissements publics, ce qui est démontré dans l'annexe 4. Les médecins TPA, qui avaient l'habitude d'exercer dans diverses structures privées, doivent désormais choisir une seule structure où pratiquer leur TPA. Ainsi, cette nouvelle situation conduit les praticiens à s'identifier plus à la structure à laquelle ils appartiennent désormais.

### **Conclusion section 3**

#### **Un point de passage obligé progressivement porté par des alliés incontournables**

Le directeur général et le responsable du service audit et contrôle de gestion sont les premiers alliés, soutenant le point de passage obligé « redressement de la situation financière » dans l'objectif de pouvoir autofinancer les futurs projets. Les directeurs pharmacie et technique apportent très vite leur expertise dans leur domaine respectif : budget pharmacie, plan triennal d'investissement. Le directeur technique est co-organisateur de la réorganisation de ses services afin de garantir une meilleure maintenance des équipements. Les directeurs médicaux plutôt réticents à l'origine, deviennent progressivement des alliés, intégrant la nécessité d'un meilleur contrôle des finances de l'hôpital. Dans cette évolution, le consultant externe joue un rôle important ; il associe les directeurs médicaux et certains médecins permanents aux négociations et intègre leur expertise, ce qui contribue à les faire adhérer progressivement aux nouvelles orientations. Cette adhésion est rendue possible par leur sentiment d'appartenance à l'organisation.

## CONCLUSION DU CHAPITRE 4

La situation organisationnelle initiale de l'HUICZ met en évidence des déficits récurrents, faisant peser des risques en terme de pérennité et pouvant conduire à une perte d'autonomie financière. L'intervention du consultant externe, mandaté par le conseil d'administration, oriente vers la nécessité de restructurer l'hôpital en prenant en compte les paramètres financiers. L'hôpital rentre ainsi dans une phase de financiarisation. En effet, le souci de pérennité financière de l'établissement est fédérateur. Plusieurs acteurs s'associent pour parvenir à réaliser les objectifs et les orientations du top management, même les acteurs les plus opposés à l'instauration de certains outils de gestion pour le déploiement de la nouvelle stratégie. Le choix par le consultant externe des outils de contrôle de gestion pour la mise en place de la stratégie montre son rôle de médiateur en tant qu'actant dans le réseau, ce qui facilite la transformation des objectifs stratégiques en actions plus concrètes sur le terrain. Cela montre également le rôle d'action à distance rendu possible grâce à l'intégration de ces outils.

D'un autre côté, il faut mettre en évidence deux points importants : le positionnement du consultant externe et le processus d'enrôlement de porte-paroles. Le consultant externe est très proche des membres du conseil d'administration, ce qui lui confère une légitimité d'action auprès des différentes parties prenantes au sein de l'HUICZ. L'analyse du contexte établie par le traducteur lui permet d'identifier les porte-paroles capables d'intervenir dans le processus du changement : directeur général, contrôleur de gestion, experts (directeur pharmacie, directeur technique) et par extension directeurs médicaux, médecins permanents puis l'ensemble des médecins. Le réseau s'agrandit petit à petit, démarre d'un petit périmètre jusqu'à son extension et duplication. Cependant, avant ou concomitamment au déploiement des outils du contrôle de gestion, des premières réorganisations de services administratifs (SCGA devenant DOCQ) et techniques sont mises en œuvre. Ces réorganisations peuvent être considérées comme des investissements de forme, montrant que l'organisation est obligée de changer pour pouvoir accueillir les nouveaux outils du contrôle de gestion.

## **Chapitre 5**

### **Le processus d'implémentation du contrôle de gestion, « médiateur » du changement**

Dans le précédent chapitre, nous décrivons cette phase de problématisation dans laquelle le consultant externe joue le rôle de traducteur et établit une analyse de contexte qui oriente vers la nécessité de l'organisation de migrer vers une vision plus financière de la structure. Le point de passage obligé est « redresser la situation de l'hôpital » pour assurer sa pérennité, et à terme son expansion. Mobilisant la théorie de la traduction, nous cherchons à identifier les moments clés du processus de changement en train de se faire, tout en centrant notre analyse sur le rôle du système de contrôle de gestion, actant essentiel dans le processus de traduction. Le processus d'intéressement se fait par la mobilisation progressive de différents acteurs dont nous explicitons les rôles, passant de celui d'allié au statut de porte-parole (section 1). Afin d'intéresser un nombre important d'acteurs, le traducteur recourt à des investissements de forme qui se manifestent de différentes manières au sein de l'organisation, que ce soit à travers une réorganisation de services ou processus, ou à travers la mise en place de nouveaux outils de gestion, vecteurs du changement (section 2). L'analyse des controverses met en évidence les conditions pour pouvoir enrôler les alliés, et aboutir à un contrôle de gestion, porteur du changement (section 3). L'atteinte des objectifs de départ avec l'autofinancement de l'extension (2013) donne une visibilité au *business model*, ce qui suscite l'intérêt d'autres organisations, fondations et même du Ministère de la Santé. La duplication du *business model* dans d'autres hôpitaux participe à l'irréversibilité du réseau porteur de ce modèle, à condition de maintenir une vigilance (section 4).

## Section 1 : Une mobilisation progressive autour du PPO

A partir du diagnostic et de la définition du point de passage obligé, le traducteur (consultant externe) réussit à associer le directeur général et le contrôleur de gestion, premiers alliés et porte-paroles (1.). Ce trinôme initial permet un enrôlement progressif des différents directeurs, devenant porte-paroles (2.) et soutenant le processus de traduction de second niveau, auprès des personnels des différentes directions, notamment le corps médical (3.).

### 1. D'un traducteur relayé par deux porte-paroles ...

Dans un premier temps, le consultant externe, fort du soutien du mandataire et du directeur général, a pour premier objectif de développer le contrôle de gestion. Pour l'implantation des budgets, le consultant externe fait la conception des premiers drafts des budgets prévisionnels, en collaboration avec le service contrôle de gestion : premier allié du processus d'innovation, allié cherchant à s'imprégner de la vision et de la définition des objectifs à atteindre, objectifs fixés par le consultant externe. Le contrôleur de gestion est enrôlé, il a pour mission le suivi de ce budget, sa finalisation, et l'analyse des écarts auprès des autres parties prenantes. Le traducteur identifie l'actant qui permet de faire le lien entre les différents acteurs du réseau, en l'occurrence le système de contrôle de gestion. En effet, comme le souligne le verbatim du consultant externe, le budget résume de façon chiffrée les objectifs à atteindre et le contrôleur de gestion a pour rôle d'affiner cet outil auprès des différents acteurs.

**Consultant externe** « *Au lieu d'expliquer la politique ou vision aux chefs, c'est plus facile de leur donner des objectifs chiffrés avec les méthodologies de calcul, avec une direction de contrôle de gestion qui aide à la réalisation. Tout ce système permet aux gens de comprendre les mécanismes d'évolution de leurs services et de voir les retombées des actions qu'ils initient, surtout.* »

Le consultant externe en collaboration avec le contrôleur de gestion établit quatre budgets prévisionnels : le budget achat généraux, le budget pharmacie et dispositifs médicaux, le budget de fonctionnement (dont les charges de personnel) et le budget d'investissement. Ces différents budgets couvrent l'ensemble des charges et investissements de l'hôpital, liés au médical, au fonctionnement et à l'investissement. Après validation du budget, le contrôleur de gestion tient des réunions bimensuelles avec les différents acteurs chargés de la réalisation du budget, ainsi que des réunions mensuelles avec ces derniers en présence du consultant externe. Le contrôleur de gestion met à jour les données du budget (réalisation et prévision), ressort, analyse et

explique les écarts. A la fin de chaque mois, ces indicateurs sont calculés et rapprochés aux seuils prédéfinis pour le volume de stock, le taux de rupture du stock, le coût d'achat et la marge dégagée. Durant ces réunions, les réalisations et les écarts sont discutés et des décisions sont prises pour rattraper les écarts jugés significatifs. Par exemple, après la mise en place du budget pharmacie, le circuit pharmaceutique est évalué à travers des indicateurs et objectifs définis. De même, d'autres réunions sont menées conjointement entre le responsable des achats, le responsable du contrôle de gestion et le consultant externe afin de réduire les charges. En effet en ce qui concerne les charges de fonctionnement, le responsable du stock est impliqué pour la maîtrise des consommations internes des services à travers la définition de quantités préétablies à ne pas dépasser en fonctions de l'analyse des consommations anciennes.

La gestion des effectifs dans les structures hospitalières est une contrainte opérationnelle et financière. Aussi, pour le budget ressources humaines, le consultant externe s'inspire du modèle Français et met en place un Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) afin d'avoir un suivi détaillé des effectifs et de la dynamique des recrutements. Ce TPER constitue une réelle innovation managériale. Par le passé (avant 2009), la question des prévisions des ressources humaines et leur optimisation avait conduit à de fortes tensions au sein de l'hôpital de l'HUICZ entre la direction administrative et financière et les directions médicales, notamment à chaque tentative de réorganisation. Faute de référentiel et de procédure définissant les rôles respectifs, le corps médical faisait pression pour obtenir les recrutements demandés. Compte tenu de l'importance des charges de personnel (en général 70% des charges), enjeu central en matière d'organisation et d'équilibre de pouvoir au sein de l'HUICZ, la procédure évolue. Parallèlement à la mise en place du TPER, deux décisions sont prises :

- Stopper tout recrutement, en attendant la réalisation d'une étude pour l'optimisation des effectifs de l'hôpital, étude pilotée par le directeur général en personne, en collaboration avec la direction organisation contrôle et qualité
- Mettre en place une procédure formalisée pour l'avenir, à savoir que toute discussion des charges de personnel doit se faire avec le directeur général de l'hôpital.

Ainsi, nous pouvons dire que le système de contrôle de gestion (acteur/ outil) durant cette période joue un rôle de médiateur. L'outil donne une idée globale et/ou en profondeur de la situation et le contrôleur est chargé des analyses et discussions, voire aussi des modifications de l'outil. L'outil de gestion et le rôle joué par le contrôleur de gestion sont indissociables. Cependant, ce rôle de médiateur nécessite des soutiens légitimes pour des décisions à fort enjeu. En effet, en fonction de l'importance des thématiques et risques de tensions sur les sujets plus

sensibles, certains acteurs et actants à forte légitimité sont associés : le directeur général pour la gestion du personnel et l'outil TPER (modèle français) comme référentiel, le consultant externe pour la discussion mensuelle des budgets avec les directeurs opérationnels et fonctionnels, le responsable des achats et le consultant externe pour le plan triennal d'investissement et les différents budgets (achats, pharmacie, fonctionnement).

En ce qui concerne le dispositif du recouvrement, la nouvelle vision est introduite à travers la mise en place d'un système d'objectifs capable de mieux suivre l'évolution du rendement des différents agents du recouvrement. Pour impulser cette nouvelle vision, les deux chefs de service (recouvrement et contrôle de gestion) se mettent d'accord sur la répartition du portefeuille d'organismes entre les différents agents de recouvrement et sur les objectifs à atteindre pour avoir droit aux primes de rendement. Cette première tâche nécessite une connaissance des particularités de chaque organisme afin de faire une répartition du portefeuille plus au moins équitable pour les agents. Suite à ce premier travail, le consultant externe fait la conception du modèle de calcul des objectifs pour les différents agents, explique le mode de calcul au chef du service recouvrement et au chef de service contrôle de gestion qui ont pour mission de faire passer ce projet auprès du directeur administratif et financier, et des agents de recouvrement. Ainsi, le contrôleur de gestion et le chef du service recouvrement sont définis comme des porte-paroles de la traduction. De façon régulière, à raison d'une fois tous les trois mois, le responsable du contrôle de gestion calcule les ratios prédéfinis pour évaluer la performance des agents de recouvrement, et sur la base de ce calcul, le montant à percevoir pour chacun est déterminé. Quant au responsable de recouvrement, il utilise la même base de calcul pour faire un suivi hebdomadaire et mensuel des performances de son équipe.

La mise en place du dispositif recouvrement apporte plusieurs enseignements. Dans un premier temps, le traducteur identifie l'actant qui permet de faire le lien entre les différents acteurs du réseau, en l'occurrence le système de contrôle de gestion. En effet, la mise en place de ratios de recouvrement résume de façon chiffrée les objectifs à atteindre et le contrôleur de gestion doit assurer le suivi des réalisations des différentes unités pour le déblocage des primes. La mise en place suppose un enrôlement progressif d'acteurs : les chefs de service « recouvrement » et « contrôle de gestion », puis le directeur administratif et financier. L'introduction d'un médiateur « l'argent », à savoir la distribution de primes au profit des agents de recouvrement, contribue à intéresser l'ensemble des agents du recouvrement. L'outil, tableau de bord pour le suivi des réalisations du recouvrement, associé à la motivation financière (primes) participe à intéresser les agents du recouvrement.



**Contrôleur de gestion** « *durant la période d'implantation de chaque outil, nous étions investis dans la majorité de notre temps dans le déploiement des nouveaux outils, que ce soit dans leur conception, leur compréhension, leur traitement...etc. Cela est nécessaire !!! Comment pourrions-nous diffuser, discuter, convaincre ou corriger* »

**Consultant externe** « *il est important pour nous que le directeur de la DOCQ ou le contrôleur de gestion puisse s'approprier les outils à mettre en place. Ils doivent s'imprégner de notre vision, nos objectifs et comprendre l'utilité de chaque indicateur* ».

Le directeur général intègre lui aussi cette politique et les objectifs retenus, il participe à l'implantation du nouveau système de contrôle de gestion par le suivi de la mise en place de ces outils, et la discussion de l'avancement lors des réunions du directoire. Cela permet de donner une importance au projet d'implantation, d'appuyer la mise en place des outils à travers la discussion avec les différentes parties prenantes en présence lors du directoire. Cette mise en place donne lieu à différentes controverses et résistances au projet. L'analyse des comptes rendus de réunion montre la programmation dans l'ordre du jour, de différentes thématiques comme la mise en place des budgets pharmacie, investissements et RH. Ces réunions sont également l'occasion de traiter certains points bloquants ou de désaccord : l'insuffisance du stock de médicaments, l'établissement d'une étude sur le stock de sécurité, la planification de certains investissements. La question sur le budget prévisionnel du personnel étant un sujet fortement sensible, il est décidé de faire une étude sur la normalisation des effectifs de l'hôpital, menée par le directeur général lui-même en collaboration avec la DOCQ.

Cette décision montre l'implication directe et importante du directeur général dans la mise en place du processus de changement. Outre les réunions du directoire, le directeur général reçoit lors de réunions bilatérales, les différentes parties prenantes, à savoir les directeurs médicaux, le directeur de pharmacie, le directeur technique et le DAF qui viennent discuter de certains aspects du projet de restructuration et d'implantation du système de contrôle de gestion. Ce type d'entrevue revêt un caractère plus politique où le directeur général essaie de rassurer les différentes parties sur leurs acquis et intérêts tout en rappelant l'importance de l'introduction et la prise en compte des nouveaux outils de gestion (budgets, indicateurs, etc.) dans l'objectif de pérenniser voire de contribuer au développement de l'hôpital.

**Directeur général** : « *il est difficile d'intégrer le nouveau mode de gestion sans une connaissance et une analyse des enjeux en présence et des jeux de pouvoir, les directeurs médicaux, les autres directions tous ont besoin d'être rassurés, convaincus* »

*et aussi leur montrer qu'ils ont tout intérêt à adhérer à cette nouvelle phase où il est question d'enjeux financiers. [Sourire] Je me rappelle les premiers jours de l'instauration de cette restructuration et de l'introduction des outils de gestion, je passais des heures dans mon bureau à discuter de ces projets avec chacun ; certains sont passés du refus total et du dénigrement à une adhésion progressive pour finalement devenir un atout pour notre organisation pour le passage au nouveau mode de management. Le changement, il est difficile à accepter surtout pour les entités qui sont arrivés à avoir beaucoup d'acquis »*

## **2. A un enrôlement progressif d'autres porte-paroles**

Pour une large diffusion des nouveaux objectifs, le traducteur ainsi que les deux premiers porte-paroles, directeur général et contrôleur de gestion, s'appuient sur l'implication d'autres porte-paroles en fonction de la thématique abordée. En effet, le directeur de pharmacie et le directeur technique sont impliqués en tant qu'experts dans leur domaine afin de diminuer les charges par une analyse fine des budgets permettant leur optimisation, et également afin de donner une assise technique et pragmatique qui facilite la négociation avec les différentes parties prenantes. Le directeur de pharmacie mobilise des études scientifiques pour pouvoir introduire des médicaments génériques et dispositifs médicaux moins coûteux ; il élabore également la liste des médicaments substitués nécessaires pour réduire les stocks dormants. Quant au directeur technique, il évalue le patrimoine et réalise des propositions d'up grade de certains équipements qui permet d'éviter de nouveaux achats d'investissement et établit une proposition de planification des achats d'investissements. Ces deux acteurs donnent une valeur ajoutée au dispositif de contrôle de gestion en intégrant la dimension scientifique, ce qui permet une communication différente, voire enrichie, sur les budgets favorisant progressivement l'adoption des outils par les directeurs médicaux et les médecins.

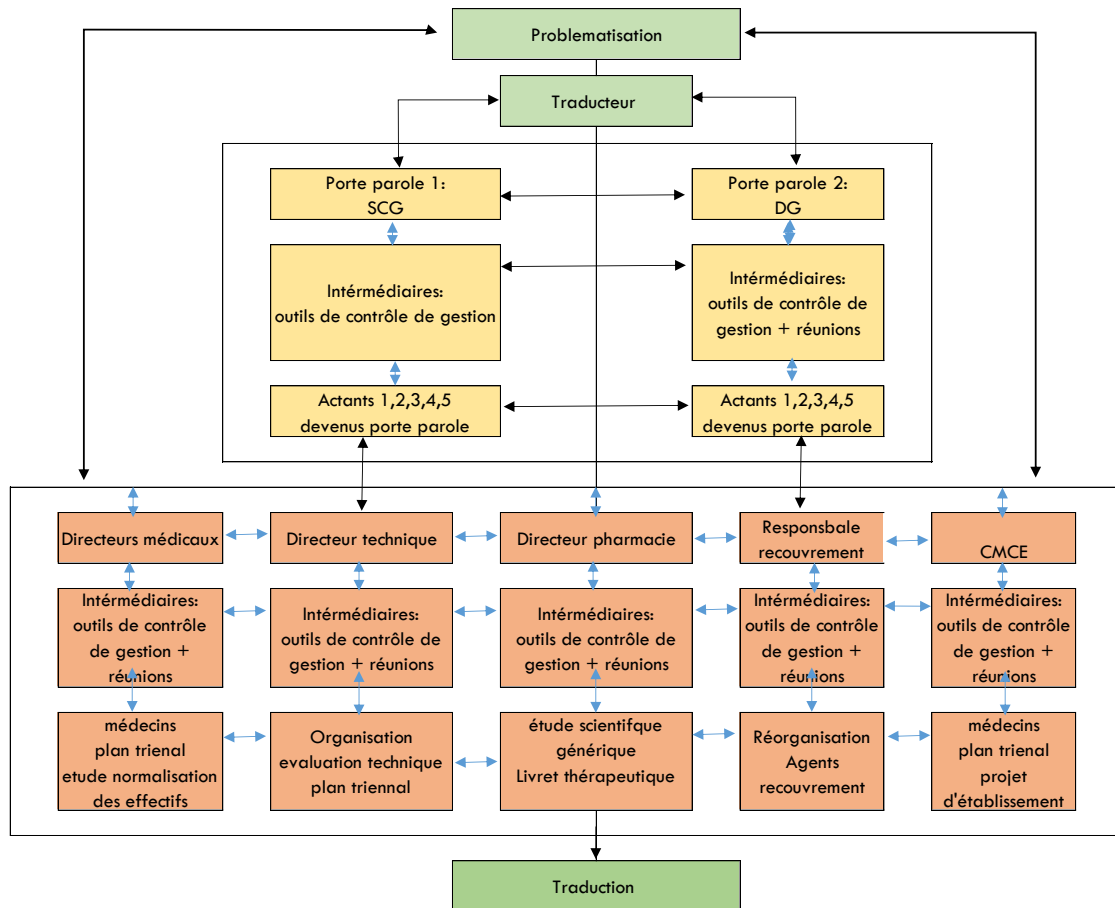
Les directeurs médicaux également sont une partie prenante dans le développement et l'adaptation du SCG, après s'être assuré que cela préserve leurs intérêts. De fait, leur implication dans la réorganisation leur permet de retrouver du pouvoir par rapport à la situation antérieure, où les médecins étaient très autonomes même pour les questions administratives. Ils adoptent le projet et deviennent porte-paroles du processus de traduction auprès du corps médical. Ainsi, ils mènent les négociations auprès de ce dernier pour la réalisation du plan triennal, la validation de l'étude de normalisation des effectifs et la validation du livret thérapeutique.

Passé un certain stade, il est nécessaire d'avoir une représentativité plus large du corps médical, d'où la constitution du comité médical consultatif de l'établissement (CMCE) qui est également impliqué dans un deuxième temps dans la validation du plan triennal, la validation des recrutements médecin et dans l'élaboration du projet d'établissement.

Enfin dans le processus de mise en place du reporting recouvrement, le chef de service intègre le dispositif et en assure la diffusion et la mise en application auprès des agents d'expédition et de recouvrement. Le suivi qui se fait de façon hebdomadaire et mensuel par le chef du service recouvrement s'inspire des indicateurs mis en place pour l'atteinte des objectifs. Ce dernier en fonction de son suivi régulier remonte et apporte les dernières retouches pour la détermination des portefeuilles par agent, la détermination du taux de recouvrement ou d'expédition.

### **3. Un processus de traduction à deux niveaux**

Le processus de traduction se base dans un premier lieu sur deux porte-parole : le consultant externe en collaboration avec le contrôleur de gestion puis le directeur général. Leur implication pour défendre et traduire le PPO est déterminante pour permettre la diffusion et acceptation des objectifs par d'autres acteurs, ce qui contribue à élargir le réseau. Le descriptif du processus du changement montre qu'en plus du traducteur, les deux portes parole soutiennent la nouvelle vision, en diffusant les objectifs et en les traduisant dans des formes appropriées, relativement simplifiées comme le souligne le consultant externe : « *Au lieu d'expliquer la politique ou vision aux chefs, c'est plus facile de leur donner des objectifs chiffrés* ». Leur intervention lors du processus de changement montre une implication effective et utilisant différents médias de communication (réunions de directoire, réunions de suivi, réunions plus informelles, communications, négociations), pour réussir à traduire le PPO en objectifs chiffrés, à les diffuser auprès d'un second cercle de porte-parole (direction médicale, direction pharmacie, etc.) qui progressivement les acceptent et les transforment en actions. Grâce à la mobilisation des deux premiers porte-paroles, le consultant externe apporte une double légitimité politique et technique, le directeur général **une légitimité politique et** le système de contrôle de gestion **une légitimité technique et opérationnelle**. La complémentarité de ces portes parole a permis l'intéressement d'autres intermédiaires. Le schéma suivant montre cet aspect d'élargissement du réseau.



**Figure 10 : Processus de traduction à deux niveaux**

La mobilisation du deuxième groupe de porte-paroles permet la diffusion et l'élargissement du réseau pour la concrétisation des objectifs du projet de changement à travers l'intégration de la nouvelle vision au sein même des pratiques courantes de leurs activités. Ainsi l'élargissement du réseau se fait du centre vers les périphéries sous la forme d'une « tâche d'huile » permettant l'atteinte de plus d'actants. Cet élargissement s'accompagne de la mise en place d'investissements de forme, permettant d'ancrer de plus en plus de dispositif de contrôle de gestion dans les pratiques quotidiennes et de diffuser le changement.

### Conclusion section 1

#### Un processus de traduction multi-niveaux : vers un enrôlement progressif

Avec le soutien du directeur général, le consultant externe - traducteur contribue à diffuser le point de passage obligé (PPO) en mettant en place en collaboration avec le contrôleur de gestion, un système de contrôle de gestion. Pour le traducteur, il vaut mieux donner des objectifs

chiffrés plutôt que de faire des longs discours, il faut permettre aux « gens de comprendre les mécanismes d'évolution de leurs services et de voir les retombées des actions qu'ils initient ». Cependant les objectifs de réduction des coûts (pharmacie, personnel, etc.) ne peuvent être déclinés qu'en associant progressivement d'autres directions (Pharmacie, Directions médicales, etc.), en mobilisant leur expertise et en les enrôlant jusqu'au point où ils deviennent eux-mêmes porte-paroles du PPO. Le mode de fonctionnement par le passé avec des décisions de toute nature en majorité sous l'emprise du corps médical, constitue un contexte favorable ; ces différents directeurs gagnent en termes de pouvoir à s'impliquer dans le changement. Cet enrôlement progressif permet un processus de traduction de second niveau, un élargissement du réseau, porteur du PPO. Cependant, les investissements de forme, jouent un rôle important dans cet élargissement du réseau, ce que nous développons dans la prochaine section.

## **Section 2 : Importance des investissements de forme**

Afin de pouvoir instaurer le processus du changement par l'intégration du système de contrôle de gestion, le consultant externe réalise des investissements de forme au sens de Thévenot (1986), investissements de forme nécessaires à la mise en œuvre de l'outil, qui au sens large du terme, va de la contrainte matérielle à l'impératif moral de l'engagement. Après une description succincte du processus de mise en place des budgets (1.), nous nous focalisons de façon plus détaillée sur les actions visant à améliorer la performance du processus facturation et recouvrement, à savoir la réorganisation du service (2.) et la mise en place d'un système de contrôle et d'intéressement (3.).

### **1. Outils de gestion et amélioration du dispositif de contrôle interne**

Ainsi pour la mise en place du budget d'investissement, le consultant externe entreprend en collaboration avec la DOCQ et la direction technique d'établir un inventaire détaillé de l'ensemble des équipements et installations techniques de l'hôpital. Cet inventaire répertorie chaque équipement de façon détaillée permettant d'avoir une multitude d'informations (photos, code barre, date d'acquisition, marque, état...etc.). L'analyse de la situation des équipements permet d'avoir une idée sur le degré de vétusté pour aider à prioriser les achats d'investissement. Également le traducteur réorganise la direction technique en fonction des tâches de maintenance et d'ordonnancement afin d'assurer un suivi minutieux de la vie des équipements et garantir une maintenance préventive capable d'assurer la longévité de ces derniers, et assurer la

préservation du patrimoine de l'hôpital. De nouvelles procédures sont également élaborées pour la détermination et la validation des réformes ; la procédure achat équipement intègre désormais une étude de faisabilité économique établie par la DOCQ.

En ce qui concerne le budget achat pharmacie, la préparation de la commande mensuelle subit une analyse rigoureuse afin de réduire les coûts. Ainsi, sont intégrés les médicaments génériques en complément à certain princeps. Le directeur de pharmacie est obligé de mobiliser des études scientifiques pour la validation (acceptation) des produits génériques. Aussi, au niveau de certains services d'hospitalisations qui bénéficient d'un stock d'appoint en médicaments et dispositifs médicaux, une procédure de réalimentation automatique est instaurée pour éviter la déperdition du consommable ou le défaut de facturation sur le patient. Dans un deuxième temps et en réponse aux différentes controverses qui sont apparues, le traducteur s'investit avec le directeur pharmacie dans l'élaboration du livret thérapeutique.

Pour le budget de fonctionnement une analyse de la consommation moyenne est faite pour pouvoir maîtriser les charges d'exploitation en collaboration avec le responsable du stock et des indicateurs de suivi hebdomadaire sont établis. Pour la maîtrise des charges du personnel une étude sur la normalisation des effectifs est établie par la mobilisation de référentiel international. Il est remarqué que les investissements de forme établis lors du processus de traduction sont réalisés pour diffuser les nouveaux objectifs, relayés par le SCG, mais aussi pour stabiliser les compromis et modifications apportées en réponse aux différentes controverses.

L'exemple du processus de recouvrement illustre le remaniement opéré pour pouvoir instaurer le système d'objectifs préconisé par le consultant externe.

## **2. Réorganisation des portefeuilles organismes payeurs**

Pour pouvoir intéresser et enrôler les actants après l'analyse de la situation, le consultant externe apporte des changements importants afin de soutenir l'intégration de la logique financière dans le processus de recouvrement. Ainsi, le consultant externe identifie un certain nombre de dysfonctionnements liés au manque de standardisation, induisant des chevauchements et une mauvaise répartition des tâches entre les différentes entités, avec au final un manque de responsabilisation des agents. Le processus de recouvrement est géré de façon bureaucratique, mais sans aucune forme de rigueur et de suivi. Dans certains cas, la facturation est dépendante de la réception des prises en charge médicale par les mutuelles ; le délai de facturation est alors anormalement long et pénalisant pour l'HUICZ, de l'ordre de 65 jours en moyenne. Faute d'objectifs chiffrés, ces délais de facturation se rallongent.

La restructuration passe par la redéfinition des portefeuilles patients et organismes de prévoyance. Quatre portefeuilles sont distingués, afin de tenir compte de leurs particularités fonctionnelles et opérationnelles, et de leurs caractéristiques de traitements. Le premier portefeuille concerne l'organisme de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale au Maroc (CNOPS) qui représente 39% du chiffre d'affaires global de l'hôpital. La gestion de ce dernier était répartie entre deux bureaux. Le premier, dépendant du chef de service facturation, s'occupait de l'établissement et du suivi des demandes de prise en charge de patients en cours d'hospitalisation ou à hospitaliser. Le traitement des dossiers pouvait prendre beaucoup de temps, créant un retard de facturation et de recouvrement. Le deuxième bureau, dépendant du chef de service financier, s'occupait de l'expédition des dossiers facturés et du suivi pour leur liquidation (encaissement). La séparation entre ces deux bureaux engendrait un problème de communication et de cohérence pour la gestion du portefeuille, mais aussi un problème lié à l'existence de responsabilités diffuses concernant la gestion du portefeuille. Le processus de demande de prise en charge était géré sur une petite application indépendante du système d'information existant en 2008. Loin d'être performant, cette application créait une rupture entre la demande de prise en charge patient et la gestion administrative du patient. Pour pallier ce problème, l'une des priorités du projet d'urbanisation d'un nouveau système d'information, initié en 2009, est de mettre un système de gestion capable de couvrir toute la gestion administrative du patient, de la demande de prise en charge par la mutuelle à la facturation et sa liquidation. Aussi, une négociation est faite pour convaincre le directeur administratif et financier de rassembler les deux bureaux sous la responsabilité d'un seul et même chef de service.

Le deuxième portefeuille rassemble un groupe d'organismes (plus de 50) qui représente 24% du chiffre d'affaires, qui sont traités au niveau d'un seul service avec deux unités distinctes : une unité pour l'expédition des factures et une autre pour le recouvrement. La déclaration de l'organisme (prise en charge) échappait au contrôle du recouvrement, puisque l'admission du patient se faisait au niveau du service facturation. Cette séparation était une source de tension entre les deux services (perte de documents de prise en charge, retards de facturation générant un allongement du délai de recouvrement). Ainsi, une autre unité est créée pour le contrôle des patients admis avec une prise en charge (PEC) pour permettre, d'une part, la récupération rapide des PEC auprès des patients qui ont quitté l'hôpital (développement d'un système de relance) et d'autre part, le traitement rapide des dossiers patients.

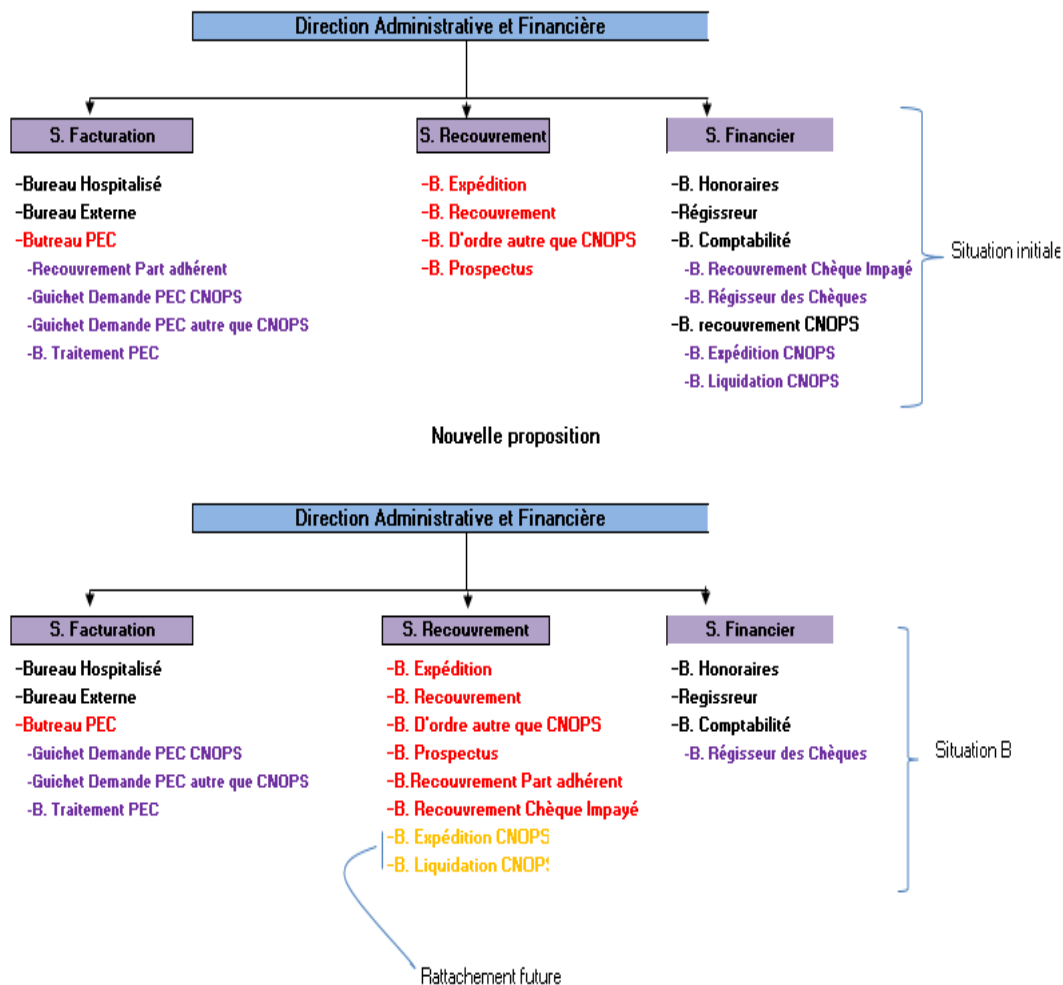
Les deux autres portefeuilles concernent les tiers-payants qui représentent 37% du chiffre d'affaires global. En règle générale, les patients tiers-payants sont censés payer leur facture à la sortie. Cependant, des cas de non-paiement sont constatés pour diverses raisons : le refus de PEC par l'organisme du patient, le retard de remise de la PEC, des chèques de patients retournés impayés par la banque. Un suivi de ces deux portefeuilles se faisait de façon désordonnée sans procédure standardisée, ni désignation d'une personne responsable du recouvrement de ce type de créances (les agents de facturation et comptabilité s'en occupent de façon annexe en plus de leurs fonctions respectives). La nécessité de création d'un bureau de recouvrement tiers-payants s'impose alors.

### **3. Mise en place d'un système de contrôle et d'intéressement**

En parallèle, un système de contrôle de facturation est mis en place pour réduire les retards de facturation et maîtriser les délais de facturation. Ces indicateurs sont également établis et suivis de façon régulière par la DOCQ, dans le cadre de contrôle journalier et mensuel, pour la clôture du chiffre d'affaires de chaque mois. La maîtrise des délais de facturation a un impact considérable sur la performance du recouvrement qui doit traiter de façon efficace les dossiers en instance pour ne pas dépasser les délais d'expédition.

Le schéma suivant est issu des documents interne lors de la validation de la mise en place de la réorganisation et du renforcement du contrôle interne dans le processus administratif patient. Cette figure schématise la proposition de réorganisation d'une situation initiale A à une situation B, réorganisation réalisée en deux phases :





**Figure 11 : Schéma de la réorganisation du processus administratif patient**

En ce qui concerne le processus administratif patient, on peut dire qu'un important investissement de forme est fait par le consultant externe, en mobilisant la direction DOCQ pour la mise en place de ces restructurations de services. De plus, pour soutenir l'intégration des objectifs de recouvrement à atteindre, un système de primes est instauré, primes payables à la fin de chaque semestre. L'analyse du processus conduit à l'amélioration du dispositif de contrôle interne, à la création de cellules inexistantes auparavant, à la réorganisation interservices pour avoir plus de cohérence et éviter les chevauchements, à l'intégration de certaines fonctionnalités importantes sur le nouveau système d'information, à la mise en place d'un nouveau reporting focalisé sur l'activité du recouvrement et l'instauration d'un système de primes, et également un reporting et un contrôle journalier pour l'avancement de la facturation.

## **Conclusion de la section 2**

### **Des investissements de forme pour soutenir l'introduction d'une vision financière**

L'objectif stratégique qui est l'intégration d'une vision financière et d'un équilibre financier au sein de l'hôpital est déployé par le traducteur à travers la mobilisation d'outils de contrôle de gestion, ces derniers deviennent des intermédiaires entre les différents acteurs du réseau et constituent une base d'orientation, de négociations et de discussions entre les différentes entités. En effet, les outils de contrôle de gestion créent ce lien social entre les actants qui, selon Callon, est important : « se détourner des acteurs pour s'intéresser aux intermédiaires qui les font agir et parler » (Callon, 1991 ; p. 205). A travers notre analyse, le processus de changement conduit par le traducteur nous permet d'identifier l'effort consenti par le consultant externe dans l'enrôlement de certains acteurs ainsi que le rôle du système de contrôle de gestion. La création d'intermédiaires (outils de gestion, réorganisations de services, etc.) permet de transférer les objectifs stratégiques par des actions concrètes sur le terrain. Nous avons identifié les efforts de communication et de négociation autour de ces nouvelles orientations (réunions avec le DG, séances de travail avec le consultant externe et la DOCQ et autres responsables). Il est également mis en évidence que la mise en place des outils est soutenue par les nombreux échanges, tels que le suivi de leur implantation lors des réunions du directoire par le directeur général. Ce suivi par le directoire et directeur général montre leur implication dans le changement. L'élargissement du réseau se fait à travers l'enrôlement par le traducteur d'autres acteurs qui endossent un rôle en fonction du sujet ou du périmètre de négociation tel que le directeur technique, le directeur de pharmacie et des directeurs médicaux. Nous allons dans la section suivante être plus explicite sur leurs rôles respectifs au travers de l'identification des différentes controverses et leur résolution. Ces différents actants se mobilisent et s'alignent autour de la problématisation et intègrent le processus du changement à tel point qu'il est devenu courant d'entendre dire que l'un des objectifs stratégiques de l'hôpital est l'atteinte de l'équilibre financier.

## **Section 3 : Identification des controverses et mode de résolution**

Pour les théoriciens de l'« actor network theory » (ANT), la traduction est le moment de production des controverses. Govier (1999) définit une controverse comme un échange de positions conflictuelles par rapport à un sujet à fort enjeu pour les acteurs en réseau. Notre familiarité avec le terrain nous a permis de suivre les controverses dans le processus de

restructuration, dans le réseau en train de se construire (Yin, 2002), comme recommandé par la théorie de l'ANT. En effet, le changement est socialement construit et il faut faire une analyse de tous les actants en présence dans un schéma social dynamique et mettre en évidence les jeux de pouvoir et d'opportunisme. La recherche permet d'identifier les principales controverses (1.), leur mode de résolution (2.), ainsi que les investissements de forme permettant de consolider les nouveaux compromis (3.).

## 1. Identification des controverses

Le changement suscite de nombreuses controverses de la part de différents acteurs internes, voire même externes à l'organisation. Nous explicitons ci-dessous les principales controverses dans le centre opérationnel (directions médicales, médecins, pharmacie et technique), les services administratifs (recouvrement) et même à l'occasion de la révision des principaux contrats fournisseurs.

Nous avons mis en exergue la particularité de l'organisation médicale au sein de l'HUICZ. En effet, avant la restructuration, le corps médical dispose d'une certaine forme d'autonomie de décision et d'un pouvoir d'influence sur les stratégies de l'établissement. Cela leur confère un cadre attractif où la majorité des décisions prises vont dans le sens de leur intérêt personnel et professionnel (mode de rémunération, effectif paramédical, politiques d'investissement, achats pharmacie, etc.). Cependant, ce mode de fonctionnement présente un risque majeur pour la structure, particulièrement en phase de changement. La direction médicale est la première entité à résister à l'introduction des budgets prévisionnels. Ainsi, lors de la présentation des budgets prévisionnels en réunion de directoire, un directeur médical soutient que la gestion par budget n'est pas une politique adaptée pour un hôpital privé et que ce type de gestion concerne surtout les hôpitaux publics, comme le souligne le verbatim suivant.

**Contrôleur de gestion :** « *même en ayant discuté les budgets de façon bilatérale, et même en ayant tenu compte de ses recommandations et de son approbation, le directeur médical n'hésitait pas à exprimer son désaccord par rapport à l'introduction des budgets prévisionnels lors des réunions du directoire* ».

Face aux différents changements, certains médecins expriment leur opposition par leur départ vers d'autres structures (cliniques, création de leur propre cabinet ou clinique). Bien que tous les départs ne soient pas dans l'ensemble une réaction à la restructuration [médecins qui veulent s'installer à leur compte, recherche de rémunération plus importante (honoraires au noir),

conflits entre médecins], les directeurs médicaux n'hésitent pas à argumenter leur départ en montrant qu'ils contestent différentes actions de restructuration.

**Directeur médical :** « *il y a beaucoup de dégât, il y a beaucoup de médecins clefs (haussement de ton), si tu te rappelles pendant les réunions je disais que le premier client pour un hôpital comme celui-là, ce n'est pas le patient, c'est le médecin et les médecins partent aujourd'hui et on est en train de les faire revenir ça veut dire qu'on a fait une erreur de gestion. [...] Les médecins touchent une fois et demi dans les cliniques de ce qu'ils touchent ici, comment voulez-vous retenir les médecins et un bon médecin dans cet hôpital* »

**Directeur médical :** « *Le contrôle de gestion se place avant la gestion (opérationnelle). On bloque certaines actions, c'est de ça que j'ai peur [...] celui qui est sur le terrain qui vit les problèmes, c'est vrai qu'on est sur le terrain, on peut en tant que médecin ou infirmier voir le côté personnel plus que le côté général et c'était de ça dont avait peur le contrôle de gestion que l'intérêt personnel dépasse l'autre, je comprends* »

Quant au pharmacien et au responsable des achats, ils subissent plusieurs plaintes concernant la pénurie de certains médicaments ou dispositifs médicaux (DM) de la part des directions médicales et de la part de plusieurs médecins. D'ailleurs, la question de la rupture de stock et le calcul des stocks est soulevée à plusieurs occasions, lors des réunions de directoire organisées de façon récurrente une fois par semaine.

**Le pharmacien :** « *durant cette période, je passais mon temps à proposer des substituts aux médicaments prescrits par les médecins, chose qui n'était pas acceptée par ces derniers. In fine, moi je ne faisais que mon rôle de pharmacien : gérer mon stock et présenter des médicaments équivalents à ceux prescrits. Abstraction faite du nom commercial du médicament, c'est la molécule qui importe* ».

L'emploi de médicaments génériques est initié pour pallier à la hausse du coût de la prise en charge médicale, et faire face aux exigences des organismes d'assurance médicale qui ne remboursent les médicaments que sur la base des génériques. Les médecins habitués à avoir un panel important de médicaments (surtout princeps) et en quantité plus que suffisante, avertissent contre le risque de la baisse de la qualité du service rendu au patient, et les risques pour le rétablissement du patient avec l'utilisation de médicaments génériques. En effet, le fait de substituer des médicaments ou des dispositifs médicaux sans aviser les médecins est très

contesté, comme expliqué dans le verbatim suivant. Aussi, le pharmacien doit être persuasif, et mobiliser plusieurs études scientifiques attestant de l'équivalence des deux produits et de l'efficacité de certains médicaments génériques.

**Directeur médical** « Centrale d'achat, l'idée n'est pas mauvaise pour contrôler mais ce trop de contrôle enlève aux praticiens la prérogative de régler les problèmes. Je donne un exemple des médicaments et des dispositifs médicaux (DM) d'une importance capitale : qu'est ce qui se passe ? Une rupture de stock, pourquoi ? Parce que il y a une mauvaise gestion, parce que l'élément qui est dans la centrale d'achat, quel que soit son niveau qui s'occupe de l'achat, a deux grand défauts : 1. pour les grandes décisions il ne peut pas les résoudre tout seul il doit se référer au n+3 ou n+4. 2. il n'a pas les compétences dans le domaine pharmaceutique pour régler ça, c'est-à-dire il y a un problème avec un médicament et on lui dit celui-là et comme l'autre, il achète le deuxième à la place et les médecins sont surpris par cet achat »

La réduction du personnel paramédical, par non remplacement en cas de départ, suscite chez les directeurs médicaux et chez certains coordinateurs de service de fortes contestations auprès du chef du service Ressources Humaines, du Directeur Administratif et Financier et du Directeur Général. Ils mettent en avant le risque de la réduction de la qualité de service et aussi le risque de *Burn Out* et de démotivation des équipes.

**Directeur médical** « Vous savez que le nerf de la guerre c'est l'argent et je suis là pour protéger les finances de l'hôpital, mais comment faire ? Si on me dit qu'il y a trop de personnel, je veux qu'on révise ça et ce n'est pas vrai : la qualité baisse quand on baisse le personnel. »

Par rapport au budget d'investissement, la mise en place du plan triennal d'investissement constitue une opportunité pour le staff médical de relancer les investissements bloqués par le top management, d'acter leurs besoins et de les planifier. Cependant, la politique d'investissement est désormais plus encadrée. En réponse aux fortes demandes pressantes des directions médicales, plusieurs études de rentabilité sont menées par la direction technique et le service contrôle de gestion pour évaluer l'intérêt de l'investissement. Ces études sont contestées par les directions médicales et les médecins. Également, le fait de planifier les besoins d'investissement sur trois ans nécessite de prioriser certains investissements par rapport à d'autres qui sont reportés en deuxième ou en troisième année. Cela conduit à des contestations

et des crises dans le corps médical, concernant le pouvoir acquis par les directeurs médicaux en matière de priorisation (classement) des équipements à investir.

La mise en place du système d'objectifs est acquise au niveau des différentes entités du recouvrement. Comme convenu, les primes sont versées aux différents préposés du recouvrement, et nous pouvons dire que ce nouveau mode gestion est rapidement accepté et utilisé. Cependant, à terme, des controverses commencent à se manifester. Notons tout d'abord que le système d'objectifs est défini sur la base des réalisations précédentes, à savoir un ajout de deux points est calculé par rapport à la performance du dernier arrêté. Cela implique pour certains agents que les objectifs à atteindre deviennent irréalisables, donc ils se retrouvent pénalisés par leur bonne performance. Aussi, la première source de conflit porte sur le mode de fixation des objectifs, amenant certains à souhaiter un retour aux primes annuelles comme pour le reste du personnel de l'hôpital. De plus, il est constaté que certains agents trichent pour pouvoir augmenter leurs réalisations comme le montre le verbatim suivant.

***Agent d'expédition 1** : « pour traiter un lot de factures organisme, je déclare sur le système leur expédition puis je traite physiquement le dossier en interne : récupération du dossier médical, compte rendu médical, justificatif des médicaments, note d'honoraire médecin ...etc. Il m'arrive d'envoyer en expédition des dossiers incomplets pour ne pas dépasser l'échéance. Le rejet par manque de documents me permet d'avoir une nouvelle échéance ».*

En effet, les données saisies sur le système d'information (base de calcul des objectifs) ne correspondaient pas à la réalité sur le terrain, et permettaient aux agents de gagner un peu de temps et d'augmenter leurs réalisations pendant l'arrêté financier pour le calcul des objectifs.

Par rapport aux budgets de fonctionnement, nous n'avons pas relevé de controverse significative en apparence, le budget de fonctionnement n'impactant pas directement l'activité médicale ou l'activité opérationnelle. Cependant, la révision des contrats va générer une forte controverse. Le consultant externe se charge de la révision de tous les contrats importants (contrat de maintenance équipement et installation technique, fluides médicaux et gaz, sous-traitance restauration) pour la renégociation des tarifs et des conditions. Il va même jusqu'à bloquer les règlements des échéances de maintenance, ou le changement de fournisseur. Cette situation conduit à **une forte controverse** au plus haut niveau de l'institution (décision qui dépasse les mandataires) avec la décision de l'arrêt de la mission du consultant externe, et son

départ en une journée. Comme nous le verrons plus loin, ce départ n'arrête pas le processus de traduction, car le réseau est déjà suffisamment développé avec les porte-paroles initiaux légitimes (DG et CG) et l'enrôlement d'autres porte-paroles (Direction médicale, Pharmacie, Technique, etc).

## **2. Des controverses aux compromis négociés et consolidés**

Callon *et al* (2001) soulignent que la levée du désaccord est un phénomène ponctuel, elle ne se résout pas de façon définitive car l'accord peut être remis en cause à tout moment. La levée du désaccord consiste à trouver de nouveaux compromis, en contournant les résistances (2.1) pour transformer ceux qui résistent en alliés (2.2), et en consolidant les nouveaux compromis par des investissements de forme (2.3).

### **2.1 Contourner les éventuelles résistances en mobilisant des alliés**

« Le modèle de l'intéressement met en scène tous les acteurs qui se saisissent de l'objet ou s'en détournent et il souligne les points d'accrochage entre l'objet et les intérêts plus ou moins organisés qu'il suscite », le traducteur doit « se montrer capable de retourner les résistances qui le bloquent en découvrant de nouveaux alliés, en inversant les rapports de force qui lui sont défavorables. L'intransigeance technique ne paye que si l'on a les moyens de maîtriser le contexte socio-économique ». (Akrich *et al.*, 1988a, p.5).

Anticipant les résistances venant des directions médicales et du corps médical de façon générale, le consultant externe s'est entouré d'autres alliés pour la mise en place des différents budgets prévisionnels, afin d'avoir une assise technique et scientifique, à savoir : le directeur technique pour le budget d'investissement, le pharmacien et les études scientifiques pour le budget pharmacie, et un référentiel externe pour le budget du personnel.

Pour le budget d'investissement et l'aboutissement du plan triennal, le consultant externe (ingénieur de formation) travaille en collaboration avec le directeur technique. Ils se focalisent sur le process gestion et maintenance des équipements et des installations techniques de l'HUICZ pour avoir une vue globale du patrimoine de l'hôpital et s'assurer du maintien des équipements dans de bonnes conditions, mais aussi pour identifier les équipements qui doivent être réellement remplacés de ceux qui doivent être réparés ou nécessitant un *up grade*. Cela permet de mieux négocier les équipements qui doivent être programmés et planifiés. L'enjeu est d'autant plus important car il est question de transférer en deuxième ou troisième année,

voire d'éliminer certains équipements jugés comme urgent pour le corps médical dans le plan triennal. Seule une analyse approfondie de la situation du parc et une équipe qui maîtrise la situation peut faire face aux arguments des médecins.

Le pharmacien est mobilisé pour la maîtrise du budget de médicaments et dispositifs médicaux. Pour ce faire, une analyse est faite de la consommation des médicaments et des dispositifs médicaux afin de réduire les quantités, introduire les médicaments génériques et négocier ou trouver des dispositifs médicaux à moindre coût. La mission du pharmacien est de faire valider ces transformations à savoir l'intégration de médicaments génériques à forte équivalence aux principes en mobilisant des études scientifiques internationales, substituer les médicaments équivalents en cas de manque dans le stock au lieu de faire un nouvel achat et mobiliser les études cliniques pour les dispositifs médicaux moins coûteux. Le pharmacien s'investit dans un travail quotidien pour s'enquérir de la situation du stock et se préparer aux éventuelles réclamations des médecins. Ainsi nous pouvons dire que le pharmacien joue un rôle d'allié légitime auprès des médecins, il donne une teneur scientifique en parallèle aux contraintes budgétaires. Les études scientifiques de bioéquivalence pour les médicaments et les études cliniques pour les dispositifs médicaux sont des référentiels qui agissent également en tant qu'actants comme alliés du réseau.

En l'absence de technicien dans le domaine des ressources humaines, l'approche adoptée consiste à s'appuyer sur les expériences de structures renommées pour les adapter au contexte de l'HUICZ. Ainsi, le consultant externe utilise le modèle des structures hospitalières françaises à titre de comparaison avec le mode de gestion des ressources humaines de l'HUICZ. A cette fin, une formation de trois jours est programmée fin 2009 à Paris avec comme objectif, l'apprentissage des techniques de gestion des ressources humaines en milieu hospitalier et la récupération du référentiel français définissant les ratios de productivité et les moyens humains déployés dans l'ensemble des structures hospitalières françaises. Ainsi, l'étude de normalisation des effectifs paramédicaux, présidée par le Directeur Général de l'hôpital, consiste à déterminer les effectifs grâce à un benchmark par rapport à différents pays (France, Belgique, USA, Canada). Plusieurs réunions permettent de statuer sur la norme applicable pour chaque service en termes d'effectifs, de mettre en place un référentiel commun, avec l'établissement d'une grille détaillée des effectifs par service, validée et officialisée par la direction organisation contrôle et qualité (DOCQ). Ce nouveau mode de gestion des effectifs a pour effet de réduire les tensions entre les directions médicales et la direction financière, en ce qui concerne les besoins en effectif paramédical. Le tableau suivant est un exemple du



traitement effectué pour déterminer l'effectif à déployer pour les services de chirurgie lors des réunions du directoire.

**Tableau 17 : Exemple de tableau de validation de la norme à appliquer pour l'effectif du service de la chirurgie**

**Service : Chirurgie A et B**

**Taux d'occupation : 0,8**

**Nb Lits : 46**

	Norme	Major	Inf. Poly	Inf. Aux	Inf. Anes	Aide Soignante	Autre	Total
USA*	1/5		18.4					18.4
Canada**	1/4 1/4 1/8		23					23
France ***								
Belgique****	Min 0,6 lit Occupé 3/4 Qualifié		16,56	5,52				22,08
<b>Réunion Directoire</b>	<b>Belgique</b>		<b>16,56</b>	<b>5,52</b>		<b>20,7*****</b>		<b>42,78</b>

Catégorie	Nb existant
Major de Service	2
Inf. :	20
Aide Soignante	16
Aide Soignante-Soins	8
Secrétaire	2
<b>Total</b>	<b>48</b>

**Référence**

\* : AB 394 (RN Californie)

\*\* : Pembroke Regional Hospital Inc

\*\*\* : Recommandations de la Société Française de Cardiologie

\*\*\*\* : Groupe de travail permanent soins infirmiers du conseil wallon des établissements de soin (C.W.E.S)

\*\*\*\*\* : Institut National de la statistique et des études économiques (NB Lits\*45/100)

## 2.2 Des résistants devenus des alliés

Lors de la mise en place des budgets prévisionnels, nous constatons une résistance des directions médicales, et par extension, du corps médical, qui se transforment progressivement en alliés, capables de maîtriser le corps médical. Ainsi, pour réussir la mise en place des budgets, ces derniers sont modifiés à plusieurs reprises afin de tenir compte des recommandations des directions médicales. Cette recherche de compromis conduit à une version finale acceptée par la direction médicale. Remettant en cause le modèle linéaire, les théoriciens de la traduction proposent de lui substituer le modèle tourbillonnaire qui permet de suivre les multiples négociations sociotechniques et qui donnent forme à l'innovation. « L'innovation c'est l'art d'intéresser un nombre croissant d'alliés qui vous rendent de plus en plus fort. » (Akrich *et al.*, 1988b, p.22). Pour favoriser l'adoption des budgets, le pouvoir de décision est délégué aux directions médicales pour les décisions relevant de leur champ d'activité, sous réserve de respecter les budgets prévisionnels. Le verbatim suivant démontre le recours à l'intervention des directeurs médicaux qui bénéficient d'une légitimité auprès de leurs confrères. En effet, le contrôle de gestion doit déléguer à celui qui connaît les contraintes opérationnelles, connaît chaque médecin, qui est capable de les convaincre et qui a la légitimité pour prioriser les choix. Ce faisant, le traducteur, relayé par le contrôleur de gestion, s'en fait un allié et le SCG gagne doublement en légitimité : une cohérence avec les contraintes opérationnelles qui viennent du terrain et le soutien des directeurs opérationnels. Ainsi les directeurs médicaux détiennent désormais un pouvoir plus important car dans le passé les médecins étaient relativement autonomes dans la prise de décision.

**Directeur médical** « *en ce qui concerne le plan triennal qu'on avait mis en place, et je remercie les directeurs techniques qui ont fait du bon travail, une réalité. Et un des points sur lequel on est complètement d'accord si on a un peu de bon sens avec les gens de la fondation et les gens qui font le contrôle de gestion, il n'est pas question de continuer sinon on tombe dans les problèmes à continuer à travailler comme ça à l'emporte-pièce à la dernière minute parce qu'on a perdu un appareil, eh ben c'est un manque de prévisions. [...] on s'est réunis avec les médecins, je les ai poussés il n'était pas question avec moi parce que je les connaissais, je connaissais le métier ; on me disait je veux acheter ça, je disais qu'est-ce que tu vas faire avec, est ce que tu sais l'utiliser etc. et donc ça c'était des critères qui me permettent d'hierarchiser l'achat et de faire le plan sur trois ans ou cinq ans. C'est-à-dire si je vois que quelqu'un n'est pas*

*très chaud et je sais que ce matériel il est important, mais si le type qui va l'utiliser il n'est pas prêt, il lui faut encore de la formation ou même le personnel qui doit l'utiliser n'est pas prêt ou il va nous poser problème par rapport à son consommable, eh ben il va passer vers la deuxième ou la troisième année ou bien quelque chose que j'ai mis qui est indispensable au remplacement d'un autre matériel eh bien il va passer en premier [...]. Je pense que le plan triennal, on est d'accord maintenant les contraintes que vous aviez on les comprenait et je ne sais pas si vous arriviez à comprendre les contraintes que nous avons nous [air amusé]. C'est pour ça que j'ai été d'accord pour le plan triennal »*

Autre élément important, afin d'avoir un porte-parole représentatif du corps médical, un comité médical consultatif de l'établissement (CMCE), nouvel organe au sein de l'hôpital, est créé afin de favoriser les échanges et faciliter l'élaboration de compromis entre le corps médical et les directions de l'hôpital. A travers les documents internes de l'HUICZ (fiche de projet remise au top management), l'objectif de la mise en place de cette instance est de rapprocher le praticien de la décision managériale, notamment en ce qui concerne la politique d'investissement et le plan de développement de l'hôpital. L'instauration de ce comité est recommandée dans le but d'accompagner la Direction de l'hôpital dans l'optimisation des achats d'investissements, la création de pôle d'excellence et l'élaboration d'une stratégie médicale. En effet, comme le montre les verbatim suivants, le besoin est ressenti de créer cet organe qui joue le rôle d'intermédiaire pour instaurer une vision de gestion et d'associer le reste du corps médical dans les décisions managériales avec une plus grande prise en compte des contraintes financières de la structure. L'objectif est de permettre une meilleure représentation des médecins et donner un contre-pouvoir au pouvoir des directeurs médicaux. A travers ces actions il y a une densification du réseau permettant sont rallongement.

Ainsi la DOCQ à travers son service qualité organise les élections pour la constitution des membres de la CMCE où chaque élu représente un groupe homogène de spécialité. Et c'est également le chef de ce service qui assiste à toutes les réunions des groupes homogènes de spécialité pour la réalisation des procès-verbaux de réunions et remonter les points importants soulevés lors de la réunion. C'est un moyen pour remonter les avis du corps médical et leur prise en compte par le sommet stratégique de la fondation, ce qui accentue le lien entre les différents actants.

**Directeur médical** « *C'est vrai. Les médecins sont brouillons en terme de gestion, ça je le reconnais, rares sont les médecins qui tiennent compte de la gestion. Il faut les former, pour ça il faut leur démontrer Pourquoi ? C'est normal c'est compréhensible. Parce qu'ils ont la tête ailleurs, ils ont la tête dans les soins du malade, la tête dans la gestion et l'organisation des soins et donc ça leur prend la tête, c'est leur métier en même temps pour qu'ils puissent arriver à cette gestion. Il faut que quelqu'un les comprenne et de l'autre côté il faut des intermédiaires parce que si on laisse à un médecin les finances ouvertes comme les jouets qui ont été achetés par les Emiraties, enfin des jouets, ce sont des appareils intéressants qui ont été utilisés mais pour les médecins, un appareil que tu prends et que tu n'utilises pas c'est comme si tu as pris un jouet, maintenant il faut l'intermédiaire qui comprenne les deux.* »

**Président de la CMCE** « *il est important pour nous praticiens d'avoir des porte-paroles en dehors des directeurs médicaux. Le fait de représenter chaque groupe homogène de spécialité nous permet d'exprimer nos points de vue et participer aux décisions de développement qui nous concernent* ».

En ce qui concerne le recouvrement. Afin de faire face aux pratiques des agents de recouvrement visant à optimiser les ratios (et les primes), pratiques qualifiées de dysfonctionnelles pour l'organisation au sens de Berry (2008), un dispositif de contrôle interne est mis en place pour détecter ce genre de pratique à court terme avant le calcul des ratios, en faisant plusieurs extractions de la base de données en amont de l'arrêté et en aval pour identifier les rejets des dossiers de recouvrement. De plus, les dates d'arrêtés ne sont plus divulguées afin de maintenir la cadence de traitement des dossiers. Cependant, vu le retard de traitement des arrêtés pour le calcul des objectifs (retard intentionnel), le chef du service recouvrement essaie à plusieurs reprises et en concertation avec la DAF, de valider ses propres calculs des réalisations pour débloquer les primes. A la recherche de compromis, le chef du service recouvrement veut essayer d'éviter de trop fortes tensions dans son service et de faire passer les règlements des primes juste en concertation avec le directeur administratif et financier sans impliquer le service contrôle de gestion. Cependant, cette validation est bloquée par le Directeur Général, cosignataire des virements, il ordonne un contrôle et une validation par le service de contrôle de gestion comme prévu. Nous pouvons dire que le directeur général est un allié de la traduction. Face à la controverse, il utilise son pouvoir pour imposer le respect de la procédure, ce qui permet de clore au moins provisoirement la controverse.

Pour résoudre la controverse liée au mode de calcul des objectifs, le responsable du service contrôle de gestion, le responsable du service recouvrement et le directeur administratif et financier organisent des réunions pour se mettre d'accord sur les objectifs à fixer au début de chaque exercice, tenant compte des réalisations de l'année précédente et des particularités des portefeuilles. L'intervention du directeur général dans le processus de la validation des primes liées à la réalisation des objectifs permet de stopper les démarches du chef du service recouvrement à l'encontre du système d'objectifs.

La controverse la plus importante conduisant à l'arrêt brutal de la mission du traducteur (consultant externe) au milieu du processus de changement n'entraîne pas la fin du processus de traduction, car le réseau est déjà suffisamment développé et une redistribution des rôles se fait. Désormais, le directeur de la DOCQ et le DG se chargent de la continuité de la réalisation des objectifs initiés par le traducteur initial (consultant externe). Ainsi, l'étude de la normalisation des effectifs se fait après son départ. Plusieurs projets en cours continuent normalement, tel que l'implantation du système d'information hospitalier qui était à sa première phase, ou encore la révision des contrats de maintenance. L'analyse des réalisations par rapport au budget sont maintenues. Cependant, il faut souligner une plus forte intervention du mandataire (grande proximité avec la personnalité la plus importante au Maroc), et supérieur hiérarchique du consultant externe (à qui il avait confié le diagnostic initial de l'HUICZ), dans le suivi de la situation du projet de restructuration. Ainsi, une réunion est tenue pour la première fois par le Directeur de la DOCQ avec le mandataire dans les locaux de ce dernier en présence du consultant externe (lieu de travail habituel) et du DAF. Dans les faits, le consultant externe continue à suivre la situation de l'HUICZ grâce au contact avec la DOCQ qui lui remonte les états financiers, l'avancement des outils implantés, les résultats de l'étude de normalisation des effectifs et les différents aspects plutôt politiques qui surviennent. Ces situations sont analysées, synthétisées et discutées avec le mandataire. En d'autres termes, le consultant externe continue de façon officieuse à suivre le projet de restructuration, et le mandataire (proche de la personnalité la plus importante au Maroc) assure le suivi officiel. Ce compromis permet de maintenir une forte légitimité au sens expertise et politique pour la poursuite du changement. La fin de la controverse se fait par le retour du consultant externe sur le terrain après un an d'absence et de gestion à distance.

### 2.3 Compromis consolidés par des investissements de formes

A la recherche de compromis, les différents acteurs du réseau ont recours à de nouveaux investissements de forme pour renforcer l'utilisation des outils de gestion. En effet ces derniers sont révélateurs au sens de Hopwood (1987) de la nécessité de la modification du fonctionnement organisationnel à travers les crises qui se manifeste lors de leurs implantations. Pour le recouvrement, afin de faire face aux réactions des agents du service recouvrement, il est noté la modification du calcul des indicateurs pour pouvoir mesurer une performance globale par portefeuille. Cela permet aux agents d'expédition et de recouvrement d'avoir les mêmes objectifs de se soutenir mutuellement pour les atteindre. La répartition du portefeuille est revue à plusieurs reprises et modifiée afin d'apaiser les sensibilités par rapport à la facilité du traitement d'un organisme par rapport à un autre.

En ce qui concerne le budget pharmacie, Le directeur de pharmacie est mobilisé pour la maîtrise des achats de médicaments et des dispositifs médicaux. Pour faire face au problème de substitutions de médicaments et de dispositifs médicaux, le pharmacien réalise un livret thérapeutique des médicaments et dispositifs médicaux, qui synthétise les accords trouvés après négociations avec les directions médicales et médecins, en s'appuyant notamment sur les études scientifiques. Ce livret thérapeutique est mis en place puis diffusé en collaboration avec les médecins ; ensuite, il est intégré dans l'applicatif pour normaliser les pratiques de prescription et de délivrance. Cela permet également d'améliorer les informations sur les articles disponibles au sein de la pharmacie (classe thérapeutique, équivalents thérapeutiques, princeps ou générique, remboursables ou non...). Le système d'approvisionnement, désormais appliqué au sein de la pharmacie de l'HUICZ, permet de gérer efficacement le stock en maîtrisant les entrants et les sortants, d'éviter des immobilisations financières non justifiées dans certains cas, de minimiser le risque de péremption, de détérioration et de coulage des produits pharmaceutiques, et de bénéficier à tout moment des baisses de prix et des marges bénéficiaires proposées par les concurrents. L'intégration de nouvelles marques de dispositifs médicaux est accompagnée par une procédure de Matériaux vigilance qui permet la traçabilité de tout incident lié à un produit conduisant à son élimination de la liste du livret thérapeutique. Désormais l'ajout ou le retrait d'un produit pharmaceutique ou dispositif médical doit suivre une procédure de validation très stricte qui engage le service achat, le pharmacien responsable, les directeurs médicaux et les représentants des médecins.

La maîtrise des charges de personnel n'est concrétisée qu'après la validation du référentiel de normalisation des effectifs paramédicaux réalisée grâce à la mobilisation des normes utilisées dans différents pays. De même, les achats d'investissements sont rationalisés par la réalisation d'un plan triennal et par l'introduction d'une procédure d'étude de faisabilité économique de tout projet d'équipement.

### **Conclusion section 3**

#### **Résolution des controverses à travers de nouveaux compromis consolidés par des investissements de forme**

L'analyse des controverses permet d'identifier les éléments clé suivants : une préparation préalable du terrain. La traduction nécessite une préparation préalable du terrain à d'éventuelles controverses. Il faut recourir à des experts capables de donner une consistance technique et scientifique aux différentes actions à entreprendre, et d'intéresser en tant que porte-parole plus d'actants dans le réseau par divers moyens : investissements de forme (livret thérapeutique, référentiel pour le personnel, système d'intéressement, etc .) élaborés en concertation avec les différentes parties prenantes, investissements de forme capables de soutenir les outils de contrôle de gestion mis en place. Ainsi, en l'absence de référentiels, il faut utiliser des études et des benchmarking avec d'autres structures pour soutenir l'argumentation dans les concertations avec les différents acteurs. La mobilisation de référentiels externes est indispensable pour l'étude sur la normalisation des effectifs, une étude à forts enjeux politiques avec de fortes tensions lors des études similaires réalisées par le passé.

Il faut souligner que les budgets et objectifs de recouvrement sont soumis à une adaptation continue pour permettre leur adoption et leur appropriation. En effet, selon Akrich, Callon et Latour (1988b), le compromis sociotechnique et les négociations sont les deux notions essentielles qui permettent de comprendre ce travail d'adaptation mutuelle qui commande l'adoption.

Au fur et à mesure que les controverses sont résolues, il est constaté l'adhésion d'un plus grand nombre au processus du changement. En effet, la résolution des controverses intègre les visions et les points de vue des différentes parties prenantes, ce qui nécessite l'implication et l'intervention d'acteurs ayant la capacité de représenter et de persuader d'autres actants. La résolution des controverses conduit à un élargissement du réseau.



Les interventions des supérieurs (mandataire, directeur général) en appui à la traduction lors des fortes controverses, permettent au processus de traduction de continuer dans la même ligne directrice du projet de restructuration. Ainsi, malgré le départ du premier traducteur (consultant externe), l'effort d'enrôlement initié au départ auprès du directeur de la DOCQ et du directeur général permet la continuité des actions entreprises avec les mêmes orientations. Cela indique que le processus de traduction est déjà bien engagé et qu'il peut continuer malgré les changements survenus et malgré l'éloignement du « traducteur » initial.

Le compromis social nécessaire pour l'adhésion de plus en plus d'actants nécessite la mise en place d'autres investissements de forme qui orientent l'organisation vers le PPO basé sur une logique financière. Les outils de gestion et autres investissements de forme, intermédiaires, ne peuvent exercer une force d'entraînement vers ces nouveaux modes de fonctionnement organisationnels que s'ils résultent des compromis négociés avec les différentes parties prenantes concernées. Ces compromis constituent des solutions temporaires aux diverses controverses.

## **Section 4 : Vers une irréversibilité du changement**

Suite au fort redressement de l'hôpital permettant l'autofinancement de l'extension, le *business model* acquiert un statut de porte-parole (1), ce qui conduit à sa réplique dans d'autres hôpitaux à but non lucratif (2.). Cependant, la stabilisation et irréversibilité du réseau nécessite une vigilance permanente et la résolution des controverses post-changement (3.).

### **1. Réalisation des objectifs initiaux et autofinancement de l'extension**

Le modèle managérial instauré au sein de l'HUICZ, est créé dans le cadre de l'introduction d'une vision qui tient compte des contraintes financières. Désormais, assurer une santé financière à l'établissement est le cheval de bataille qui conduit à une restructuration en implantant de nouveaux outils du contrôle de gestion. Le chiffre d'affaire de l'HUICZ a quasiment doublé en cinq ans, passant de 145 MMAD (millions de Dirhams Marocains) en 2007 à 272 MMAD en 2012.

Concernant les produits spécifiques, malgré une activité croissante, le stock moyen des produits de pharmacie diminue de 30% (passant de 12 à 7 MMAD). Le pharmacien arrive à ajouter des produits génériques, permettant ainsi d'apporter une économie considérable à la fois pour la structure de soins, le patient et les organismes, publics ou privés, gestionnaires de l'assurance maladie. Ainsi, l'HUICZ a adopté une politique d'encouragement de la prescription et de la consommation des médicaments génériques, plus précisément pour les molécules fortement consommées incluses ou non dans les forfaits d'hospitalisation appliqués dans le cadre du régime de l'AMO (assurance maladie obligatoire). Le tableau suivant permet d'apprécier l'évolution de l'introduction de certains produits génériques. Sauf exceptions (amoxiciline et méthylprednisolone), la part de génériques augmente fortement sur la période 2011/2012.

DCI & Forme	Générique 2010	Générique 2011	Générique 2012
OMEPRAZOLE (INJ)	19%	43%	48%
OMEPRAZOLE (PER OS)	82%	92%	93%
CEFTRIAXONE (INJ)	100%	100%	100%
CIPROFLOXACINE (INJ)	75%	70%	87%
CIPROFLOXACINE (PER OS)	77%	80%	77%
AMOXICILINE/ACIDE CLAVULANIQUE (INJ)	85%	45%	50%
METHYLPREDNISOLONE (INJ)	58%	40%	36%
ONDANSETRON	100%	100%	100%
IMIPENEME	0%	22%	45%
DOCETAXEL	65%	78%	95%

**Tableau 18 : Evolution de la part des médicaments princeps et génériques**

Les extraits des rapports d'activités de HUI CZ 2009 et 2012 permettent de mettre en évidence le changement de vision et le changement de discours au niveau de la politique des achats pharmacie. Cette vision se transforme d'une conception achat axée sur la qualité, la disponibilité et la diversité des fournisseurs et des produits, à une conception prenant en compte les contraintes financières, avec des efforts de maîtrise des coûts et d'optimisation de la délivrance sans concéder sur la qualité.

**Extrait rapport d'activité 2009** « Grâce au processus achat, la pharmacie peut approvisionner ses clients en matière de médicaments et de dispositifs médicaux, ces achats se font d'une manière rationalisée après une sélection des fournisseurs »

**Extrait rapport d'activité 2012** « La maîtrise du budget d'approvisionnement des produits pharmaceutiques est parmi les impératifs de la bonne gestion d'une pharmacie hospitalière. Le seul moyen de maîtriser le budget d'approvisionnement de la pharmacie est, d'une part, de faire des prévisions correctes très proches de la réalité des pratiques médicales au sein de l'établissement hospitalier, d'autre part, de connaître tous les paramètres qui influencent la chaîne des produits pharmaceutiques depuis la sélection et jusqu'à l'utilisation. »

**Extrait rapport d'activité 2012** « [ ...] nous concluons qu'en moyenne, sur l'année 2012, le rapport consommation sur réception est en faveur de la consommation (101%), cela est principalement dû à la politique entreprise depuis 2010 consistant à la liquidation des stocks dormants de quelques produits pharmaceutiques non indispensables au fonctionnement des services hospitaliers de l'HUICZ et se centrant sur l'approvisionnement des produits importants ».

Les charges de personnel diminuent de 4 MMAD grâce à la réduction des effectifs (non remplacement des départs). En effet, la démarche de rationalisation des effectifs s'est traduite par une réduction des effectifs de 3%, puis une stabilisation des effectifs du personnel de l'HUICZ, malgré une capacité litière plus importante et le doublement de l'activité en cinq ans.

Catégorie du personnel	déc-08	déc-2009 183 lits	déc-10	déc-11	déc-2012 201 lits	Evolution 2009-2012
Médical	50	54	58	59	51	-6%
Paramédical	263	276	249	263	259	-6%
Administratif	156	179	173	177	190	6%
Technique	28	32	30	31	30	-6%
Soutien	221	236	226	226	226	-4%
<b>Total général</b>	<b>718</b>	<b>777</b>	<b>736</b>	<b>756</b>	<b>756</b>	<b>-3%</b>



**Arrêt recrutement**

**Tableau 19 : Evolution des effectifs de l'HUICZ**

A ce jour, l'étude de normalisation des effectifs et le guide qui en est ressorti, constitue pour le responsable RH une sorte de référentiel sur lequel il se base pour planifier les recrutements, notamment après l'ouverture de l'extension de l'hôpital avec plus de 180 lits supplémentaires.

Sous l'effet de la restructuration, dont le processus de recouvrement, l'HUICZ a amélioré sa trésorerie, grâce à l'augmentation du taux de recouvrement, passant de 86% à 98% et la diminution du délai de recouvrement, passant de 3 à 2 mois. Toutes ces actions ont un impact sur la trésorerie et les charges permettant d'assurer un résultat annuel d'environ 40 MMAD et le placement régulier

d'un montant dont le cumul a atteint en 2012 environ 260 MMAD. Ce montant a permis l'autofinancement d'une extension ouverte dès 2013. Le projet d'extension, d'un coût d'investissement de 300 MMAD, est réalisé pour mettre en place de nouvelles activités sollicitées par les praticiens à savoir le centre d'oncologie et l'agrandissement d'autres activités déjà existantes comme le centre de diagnostic 4000 m<sup>2</sup>, le Centre d'urgence 3000 m<sup>2</sup> et une aile d'hospitalisation 9000 m<sup>2</sup>. L'ensemble du projet est financé par des fonds propres, ce qui implique une gestion très serrée de la trésorerie avec le placement des excédents dégagés et une gestion prévisionnelle du règlement des factures pour les travaux de construction et les équipements de l'extension. Ainsi, la mise en place du budget de trésorerie par une planification des décaissements et la maîtrise des encaissements permet de couvrir le montant supplémentaire des investissements, grâce aussi à la négociation d'avance auprès de clients (organismes), la négociation avec les fournisseurs et la maîtrise des flux des factures de construction et de finition. Cette extension a permis de créer en 2014, l'une des premières universités privées des sciences de la santé, dénommée Université International Abulcasis des Sciences de la Santé (UIASS). Cette université apporte un nouveau positionnement à la Fondation Cheikh Zaid à double titre : diversification de son activité, et apport d'un nouveau souffle à l'activité hospitalo-universitaire.

**Directeur médical** « *Je dis que l'université est un nouveau souffle à l'hôpital. Alors profitons-en* ».

Sous l'effet de la restructuration, le chiffre d'affaire augment de plus de 40% en cinq ans, atteignant 385 MMAD en 2017 contre 272MMAD en 2012. Dans la même lignée, après l'extension (2013), l'hôpital rénove complètement l'ancien bâtiment (2017-2018), avec des investissements autofinancés sur fonds propres. Il s'investit également dans le développement de pôles d'excellences : pôle ophtalmologie, pôle gynécologie, pôle chirurgie cardiovasculaire pédiatrique).

A travers cette extension et réhabilitation de l'ancien bâtiment, le processus de traduction tient les engagements initiaux vis-à-vis des praticiens, c'est-à-dire redresser la situation de l'hôpital pour pérenniser son activité, et même favoriser sa croissance. Ainsi, certains médecins qui ont quitté l'hôpital en 2013 et 2014 sont revenus après les évolutions réglementaires. Après suspension, les ministères de tutelle autorisent l'exercice du temps plein aménagé ; les médecins du secteur public sont autorisés à travailler dans le secteur privé pour deux demi-journées par semaine. Ainsi, grâce

au cadre motivant qu'offre désormais l'hôpital, de pôles d'excellence sont ouverts et les tarifs payants de certaines prestations (consultations et prestations externes) sont augmentés en 2014 au profit des médecins (honoraires). Parmi eux, un certain nombre reviennent à cause de l'échec de projets d'association dans des cliniques, ou bien parce qu'ils se heurtent à la réalité de la gestion dans les autres cliniques privées à but lucratif qui parfois ne répondent pas aux normes exigées en matière de soins.

**Dans une discussion officieuse avec le directeur de pharmacie** (ami et en contact avec différents médecins) : *« Pr X, il ne s'est pas mis d'accord avec ses associés, c'est pour ça qu'il a décidé de revenir à l'hôpital » ; « Professeur Y, il ne reviendra pas lui, il ne veut pas respecter la réglementation, il veut travailler dans différentes structures sans engagement et puis il préfère aussi les honoraires au noir ».*

Le retour de médecins et la fidélisation des médecins de l'HUICZ s'explique aussi par de nouveaux compromis quant aux tarifs des actes, jugés trop bas et non motivants par rapport à d'autres structures privées. Ainsi, l'extrait de la synthèse globale des réunions de travail des groupes homogène de spécialité GHS en 2012 (Annexe 3) montre la nécessité de revoir les tarifs dans différentes spécialités (endocrinologie, psychiatrie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie dentaire, urgences). Certains tarifs 2012 sont inférieurs de 50% aux tarifs pratiqués dans le secteur privé. Autre facteur explicatif du retour, certains médecins préfèrent exercer dans un hôpital qui respecte les normes et assure la qualité des soins comme mis en évidence dans le verbatim suivant.

**Médecin qui se confie à titre officieux** : *« la période de réforme de la loi de TPA (temps partiel aménagé) était difficile, l'hôpital Cheikh Zaid a voulu respecter la loi et a bloqué l'exercice du TPA au sein de la structure. J'ai fait le tour des cliniques privées à Rabat, c'est vrai qu'on a une motivation financière, mais pour moi et c'est le cas pour beaucoup de mes collègues, je préfère le cadre qu'offre l'hôpital Cheikh Zaid, pour des raisons de qualité, de normes. Il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas attirés que par le gain, il suffit qu'on s'intéresse à eux et à leur activité c'est tout ».*

L'analyse des organigrammes avant et après la restructuration montre, que pendant cette période, les réorganisations touchent les services administratifs, avec la promotion de certains sur des postes de responsable de bureau ou de service. Cela constitue un cadre motivant pour le personnel administratif et montre aussi l'intérêt qu'accorde le consultant externe à cette catégorie de personnel, considérés comme des acteurs importants dans la production des indicateurs de gestion et l'atteinte des objectifs. L'implication des cadres administratifs dans le contrôle et la réalisation de performances financières est un atout pour la réalisation des objectifs fixés au départ.

**Responsable facturation** *« au départ nous travaillons sans orientations, sans connaître le fruit de notre travail ou les écarts que nous commettons (erreurs). L'intégration d'un contrôle journalier de la facturation nous a permis de nous sortir de notre bulle qui est un travail régulier, à la chaîne dont nous ne voyons pas la finalité sauf de remettre une facture au patient à la fin de son séjour d'hospitalisation. Maintenant, on a des états journaliers que nous étudions qui nous permettent d'identifier les anomalies de facturation, les retards. On se soucie plus de connaître le chiffre d'affaire que nous réalisons chaque jour et on essaie d'atteindre une moyenne de chiffre d'affaire raisonnable à la fin du mois. Il m'arrive maintenant, non pas il m'arrive, c'est devenu systématique de vérifier les situations journalières et de préparer la clôture du mois avant l'arrivée du contrôle. Je ne vous cache pas qu'au départ, cela me pesait mais maintenant je le perçois comme un challenge journalier pour moi et mon équipe. »*

Ainsi, les agents ou les responsables s'auto évaluent à travers le calcul des indicateurs qui leur sont attribués, en effet, comme constaté également pour le responsable du recouvrement et pour le responsable de pharmacie, les agents ont tendance à choisir les données numériques sur lesquelles ils se sentent jugés. Ils font leur choix (activité, pratique) de façon à optimiser leur performance selon les objectifs assignés, comme le montre Berry à partir de ses travaux relatifs à l'impact des instruments de gestion sur les comportements des acteurs (Berry, 1983). Les agents adoptent des comportements de façon à optimiser les indicateurs qui leurs sont assignés

Les outils de contrôle de gestion implantés sont utilisés à ce jour, le système d'objectif recouvrement a connu quelques modifications dans le calcul pour l'intégration d'une performance

globale par portefeuille, ce qui permet ainsi de créer une solidarité entre agents d'expédition et de liquidation. Cette évolution montre une influence réciproque entre les instruments de gestion et l'organisation, comme le souligne le courant constructiviste et interprétativiste dans la littérature sur le contrôle de gestion.

**Contrôleur de gestion** : « suite aux différentes constatations liées à l'utilisation du système d'objectifs, il est devenu pertinent de changer la méthode de calcul pour augmenter la performance du recouvrement. Nous sommes passés d'une performance individuelle (par agent) vers une performance globale du portefeuille ».

Ainsi, comme exposé précédemment, l'outil de gestion est passé par plusieurs phases d'adaptation. L'implantation du contrôle de gestion interagit avec l'organisation mise en place, et cette dernière rétroagit avec le système de contrôle de gestion. Ce processus d'adaptation continue pour la diffusion des innovations est défini par Akrich et al. (1988 b) comme un modèle tourbillonnaire. Dans l'exercice de la mise en place des objectifs de facturation et recouvrement, le contrôleur de gestion a joué le rôle de médiateur, puis de traducteur. Dans un premier temps, le consultant externe initie le projet global avec des actions à plusieurs niveaux : prise en charge médicale, budgets, facturation et recouvrement. Dans un second temps, le contrôleur de gestion s'approprie le projet, comme par exemple les processus facturation et recouvrement, et en assure la traduction par la mise en place d'instruments de gestion et de procédures de contrôle interne pour éviter la manipulation des informations.

Le changement de vision et de discours démontre la réussite du processus de traduction et de l'irréversibilité du changement. Désormais l'intégration d'une culture managériale est devenue un fait courant et allant de soi. Des actions menées avec les médecins pour la minimisation des coûts de certains actes forfaitaires démontrent cette volonté de tenir compte des aspects financiers. La validation de nouveaux investissements est désormais soumise à une procédure, qui inclut la réalisation d'études de rentabilité et de retour sur investissement par le service contrôle de gestion, comme défini sur le logigramme qui concerne les achats investissements suivant.



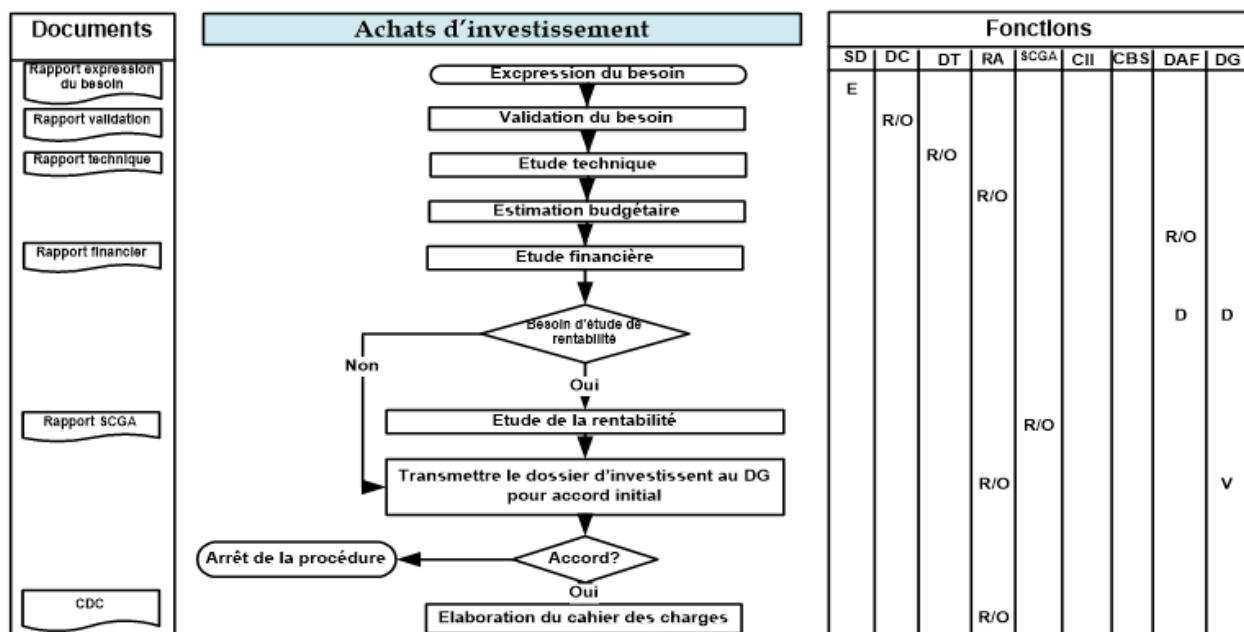


Figure 12 : Logigramme achat d'investissement

## 2. Duplication du *business model*

La renommée de l'HUICZ intéresse un grand groupe industriel au Maroc, le groupe OCP (Office chérifienne de phosphate), qui se rapproche de la Fondation Cheikh Zaid pour mettre à disposition leurs hôpitaux en gestion déléguée. Ce partenariat, signé en 2014, permet la réhabilitation et la mise à niveau de trois hôpitaux dans différentes villes du royaume : Hôpital Multidisciplinaire de Khouribga (110 lits, 14000 m<sup>2</sup>), Hôpital Multidisciplinaire de Benguerir (10 lits, 2000 m<sup>2</sup>) et Hôpital Multidisciplinaire de Youssoufia (75 lits, 8000 m<sup>2</sup>). Pour la gestion de ces trois hôpitaux ouverts à partir de 2015, le même modèle est appliqué avec les mêmes objectifs et outils du contrôle de gestion, comme le montre un extrait de la première présentation du projet au top management des deux organismes :

« Objectif du partenariat : **Renforcer l'image sociale des deux partenaires en assurant un équilibre financier.**

- **Répondre aux besoins en prestations médicales, en respectant les standards en vigueur**
  - Offre en prestations bien adaptée, avec une progressivité de programmation
  - Compétences Médicales de qualité
  - Plateau technique aux normes
- **Mettre en place un mode de gestion permettant l'autonomie et la pérennité financière des structures**
- **Régulariser la situation juridique des structures »**

La réussite de la première expérience (autonomisation du premier hôpital de Khouribga ouvert en 2015, après 24 mois d'exploitation) conduit à étendre le partenariat avec la création d'un quatrième hôpital dans la ville de Safi (150 lits, 15000 m<sup>2</sup>). Dans la phase « mobiliser » et « durer », il s'agit de susciter l'intérêt d'autres acteurs et institutions, de faire de l'intervention elle-même un porte-parole, un modèle de ce qui doit être fait et qui devrait être répliqué ailleurs (projet pilote, « passage à l'échelle supérieure », « bonnes pratiques »). Ainsi, aujourd'hui en 2019, il y a des négociations en cours avec le ministère de la santé pour une expérience pilote, c'est-à-dire aller vers une gestion déléguée de structures hospitalières publiques afin de permettre leur réhabilitation. La particularité de ce partenariat est qu'il s'agit d'un partenariat public/privé, et que la Fondation Cheikh Zaid va introduire une nouvelle politique tarifaire qui peut être accessible à une très large population.

Il faut souligner aussi l'expansion des activités de la Fondation Cheik Zaid par la création de nouveaux hôpitaux (Tanger, Bouznika), par le développement de nouveaux créneaux pour se diversifier (Université, premier centre de bioéquivalence, grossisterie, industrie pharmaceutique). Mais également, la Fondation Cheikh Zaid (FCZ) développe un volet social à travers la création d'une unité de soins médicale mobile. En effet, cette dernière porte l'engagement social et sociétal de la FCZ et organise des caravanes médicales gratuites au profit des populations défavorisées (démunies) grâce à l'acquisition d'unités mobiles. Cet exemple serait une vision innovatrice de la gestion de structures hospitalières de type non lucratif permettant de trouver un compromis entre

l'objectif d'équilibre financier pour durer et l'objectif de développement pour mieux assurer la mission de soutien aux plus vulnérables.

### **3. Vigilance et réactivité par rapport aux nouvelles controverses**

Même si le réseau tend à s'étendre à travers la réplique du *business model* à d'autres hôpitaux à but non lucratif ou hôpitaux publics, le processus de traduction n'est pas exempt de controverses dans la durée.

#### **1<sup>ère</sup> controverse post-traduction : repositionnement du personnel médical**

Le départ de certains médecins et la négociation pour garder un noyau de médecins permanents suite à la modification de la réglementation par les ministères de tutelles renforce la position des médecins qui expriment à travers le CMCE leur volonté de réviser les tarifs pratiqués à l'hôpital (jugés trop bas) par de nouveaux tarifs plus attractifs en termes de part honoraire médecin. La recherche de compromis conduit l'organisation à modifier les tarifs et à s'aligner avec les cliniques privées.

Dans un souci de reconnaissance et fidélisation des médecins seniors permanents qui ont décidé de rester, une nouvelle procédure est élaborée pour le recrutement de nouveaux médecins. Cette procédure implique les médecins permanents à travers leur groupe homogène de spécialité pour la validation ou l'intégration de tout nouveau profil (voir procédures en annexe 5).

Il est relevé dans les documents internes cette volonté du top management de valoriser les médecins permanents « professeurs seniors » au sein de l'organisation, de les intégrer dans l'élaboration du projet d'établissement, le développement de pôles d'excellence et toutes les décisions liées à leur activité.

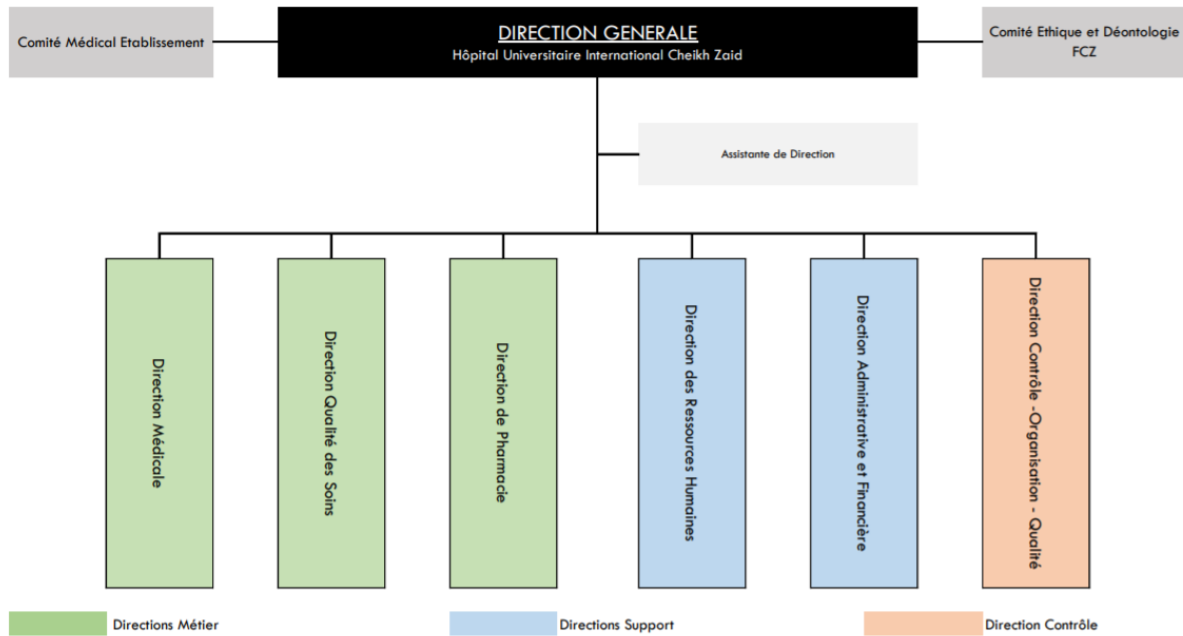
#### **2<sup>ème</sup> controverse post-traduction : personnel non médical ne bénéficiant pas de la réussite**

A fin 2014 (après notre départ de la structure en Décembre 2013) une vague de contestation est née au sein du personnel paramédical et technique conduisant au déclenchement de manifestations fortes et une grève générale, à laquelle le personnel administratif s'est associé (plutôt vers la fin de la grève). Face à cette situation, le traducteur (consultant externe) organise une réunion d'urgence

pour la négociation avec le personnel administratif, et réussit à les convaincre de cesser la participation à la grève en mettant en évidence l'évolution de leur situation durant ces dernières années, les contraintes de la structure qu'ils sont plus à même de comprendre que les autres catégories du personnel de l'hôpital. Concernant le personnel paramédical, un directeur qualité des soins est nommé pour s'occuper des négociations et recenser les différentes revendications. Dans une discussion amicale avec ce dernier, nous avons voulu connaître les revendications du personnel paramédical et les raisons qui ont conduit à l'accalmie générale de la situation :

**Ancien Directeur des soins** (actuellement Doyen de la faculté des sciences infirmières) : *« lors de mes entretiens avec le personnel paramédical, leur revendication était toute simple `la reconnaissance`. Ils se plaignaient de la pression qu'ils subissaient du corps médical. Ce n'est même pas une augmentation de salaire qu'ils voulaient. On leur a offert des formations adaptées dans notre institut et c'est tout »*

En effet, nous relevons suite à nos discussions avec différentes personnes, que le personnel paramédical se plaint des pressions qu'exercent certains médecins, le directeur médical et les surveillants généraux ; le personnel paramédical relève aussi un certain favoritisme. Le traducteur procède à une réorganisation permettant de mettre en place un organe représentatif du personnel paramédical, et le retour du poste du directeur de qualité des soins. Le directeur médical quant à lui est nommé directeur adjoint, c'est un poste plutôt de reconnaissance mais qui l'éloigne désormais de la gestion opérationnelle, et un nouveau directeur médical est nommé. L'organigramme est devenu comme suit :



**Figure 13 : Nouvel organigramme**

Cette controverse démontre que l'orientation accrue sur des éléments financiers, tel que l'activité, les objectifs et les résultats s'accompagnent d'une négligence des éléments sociaux influençant la motivation du personnel paramédical, technique et administratif. Ces personnels voient la situation changer positivement pour l'organisation et le corps médical, sans avoir d'évolution notable pour eux-mêmes. Ce décalage génère de fortes tensions, et déclenche une réaction à l'encontre de l'organisation.

### **3<sup>ème</sup> controverse post traduction : *business model* qui suscite la curiosité et engendre des obligations**

Suite à la subvention accordée après l'intervention d'une personne interne pour évaluer la situation de l'hôpital et vérifier la situation financière (2004), un audit de la situation de l'hôpital est diligenté par les donateurs initiaux des émirats arabes unis. Ces derniers demandent l'accès à toutes les informations comptables, techniques et opérationnelles (existence et respect de certaines procédures medicotechniques), ils demandent même de voir les services et de rencontrer certains personnels. A l'issue de l'audit et grâce à l'avancée qu'a connu la fondation Cheikh Zaid (stabilité, autonomie financière et développement), l'intérêt pour le *business model* de l'hôpital ne fait que

grandir et appuyer le processus de traduction. Ainsi, une nouvelle fondation (Fondation Cheikh Khalifa) est créée avec un statut, des objectifs et une affiliation similaires à ceux de la FCZ. Cette dernière est tenue de coopérer avec ce nouvel organisme, par le partage d'expérience et d'expertise. En effet, selon les textes de loi complétant les missions de la Fondation Cheikh Zaid en 2014, elle doit apporter l'aide et l'expertise nécessaire à la nouvelle institution comme décrit dans l'extrait de l'article ci-après :

*« La coopération avec tout organisme, association, établissement ou administration poursuivant au Maroc ou à l'étranger un but similaire, notamment la fondation Cheikh Khalifa »*

Egalement, il est noté à travers le même article de loi, que la FCZ doit assurer un engagement social envers la société à travers la prise en charge des personnes vulnérables.

*« La mise en place de toute action à caractère social ou humanitaire au profit des personnes démunies »*

Dans le cadre du développement des projets de la fondation et la visibilité que lui ont octroyé ces derniers, la FCZ collabore également avec le ministère de la santé et prépare un projet de de partenariat public privé.

#### **Conclusion section 4**

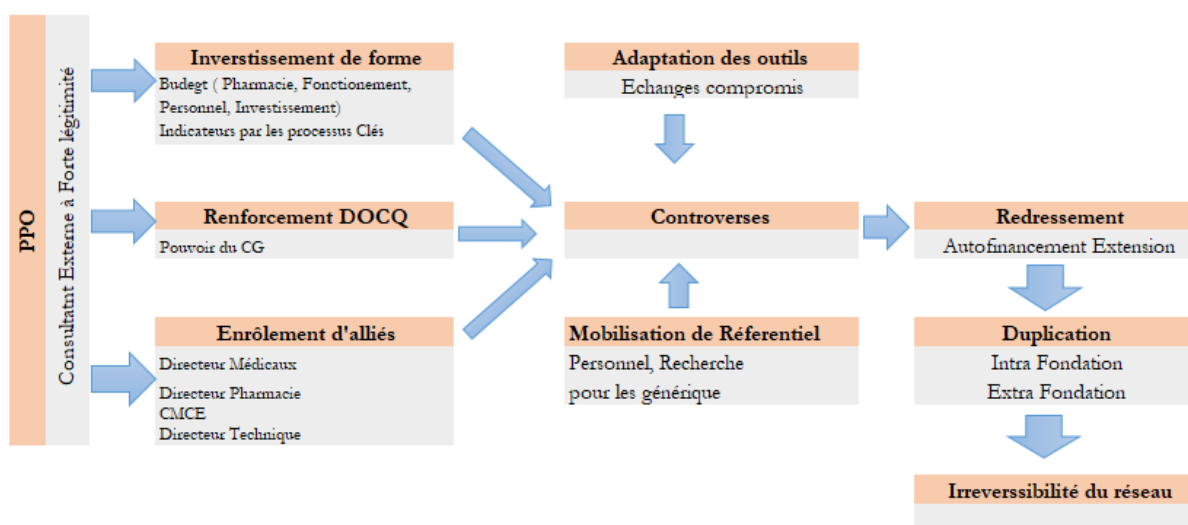
#### **D'un *business model* devenu porte-parole vers une irréversibilité du réseau**

Le fort redressement de l'hôpital avec l'augmentation du chiffre d'affaires de 50%, la stabilisation des charges de personnel et réduction des achats pharmacie malgré la croissance, l'amélioration du processus facturation et recouvrement, permet non seulement de dégager des excédents, mais aussi d'autofinancer l'extension de l'hôpital avec la création de nouveaux pôles (16000 m<sup>2</sup>), la construction de l'une des premières universités privées des sciences de la santé puis la rénovation du bâtiment initial. Par cette réussite, *le business model* acquiert un statut de porte-parole, suscitant l'intérêt d'un grand groupe industriel (OCP) au Maroc. Ce groupe confie à la Fondation Cheik Zaid la gestion déléguée de trois hôpitaux (Houribga, Benguerir, Youssoufia) puis un quatrième (Safi) avec le même objectif de redressement et réhabilitation, puis la construction d'un hôpital. Dans le

même temps, la Fondation Cheik Zaid est en expansion avec la création de nouveaux hôpitaux (Tanger, Bouznika) et des caravanes médicales gratuites pour les plus démunis. Cependant, cette extension du réseau nécessite une vigilance constante et la résolution des nouvelles controverses : contestation des médecins quant à leurs honoraires ; grève du personnel paramédical, technique et administratif ; nouvelle obligation réglementaire imposée à la Fondation Cheik Zaid d'apporter assistance et expertise à toute institution poursuivant un but similaire.

## CONCLUSION DU CHAPITRE 5

La mobilisation de la théorie de la traduction facilite l'identification des différents moments du processus de changement au sein de l'organisation. La figure suivante résume de façon synthétique le processus d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation qui permet la réussite du changement, et chemin faisant, la durabilité et l'irréversibilité du réseau à condition de rester vigilant.



**Figure 14 : D'un PPO faisant consensus à une irréversibilité du réseau**

A partir d'un point de passage obligé faisant plutôt consensus, le consultant externe à forte légitimité du fait de son expertise et de son positionnement des personnalités les plus influentes au Maroc, réussit à impulser le changement à travers différentes actions : la réalisation d'investissements de formes (contrôle de gestion) par une direction au pouvoir renforcé (DOCQ), la mobilisation d'un premier cercle de porte-paroles (Directeur Général, Directeurs médicaux, etc.), puis l'enrôlement et intéressement d'autres alliés permettant le rallongement du réseau. Ainsi, la réalisation des investissements de forme se fait à travers la production d'outils du contrôle gestion, le renforcement du dispositif de contrôle interne et la restructuration des services, notamment la transformation du service contrôle de gestion et audit en Direction Organisation Contrôle Qualité. L'enrôlement des acteurs se fait à deux niveaux. D'abord, nous identifions les deux premiers à



savoir le directeur général et le contrôleur de gestion (chargé de déployer le système de contrôle de gestion) qui bénéficient de la légitimité nécessaire pour représenter le traducteur et porter ses orientations. Cependant, pour ce faire, le traducteur doit fournir un effort pour communiquer et faire adhérer ces deux porte-paroles aux nouveaux objectifs, mais aussi s'assurer de leur fidélité. Ainsi, le renforcement du service contrôle de gestion avec la création de la DOCQ a plusieurs impacts : donner de réels moyens au service contrôle de gestion, lui garantir une plus forte légitimité et valoriser sa mission. Pour étendre le processus de traduction, il est important de trouver d'autres alliés en fonction du sujet à traiter. Ainsi, sont mobilisés tour à tour les directeurs médicaux pour le budget d'investissement et du personnel, le directeur technique pour le budget d'investissement et leur planification, le directeur de pharmacie pour le budget des consommables pharmaceutiques et dispositifs médicaux et le chef du service recouvrement pour les indicateurs de performance du recouvrement. En effet, le traducteur doit « se montrer capable de retourner les résistances qui le bloquent en découvrant de nouveaux alliés, en inversant les rapports de force qui lui sont défavorables. L'intransigeance technique ne paye que si l'on a les moyens de maîtriser le contexte socio-économique » (Akrich *et al.*, 1988a, p.5). Le consultant externe anticipe la résistance de la part des directions médicales et de façon générale du corps médical, et s'entoure d'autres alliés, afin d'avoir une assise technique et scientifique comme cité plus haut.

L'analyse des controverses montre que le rôle médiateur du système de contrôle de gestion suppose un double processus : redonner du pouvoir aux différentes directions tout en renforçant leur légitimité (Douma *et al.*, 2019)<sup>13</sup>. Si la réorganisation ouvre de nouvelles perspectives pour les directions en termes de pouvoir, cela ne suffit pas en soi, il faut aussi investir dans des dispositifs techniques pour conforter leur légitimité. Ainsi, le pharmacien mobilise les études scientifiques et les exigences imposées par les financeurs (prise en charge sur la base des tarifs des génériques) pour réussir après une phase de résistance, à obtenir l'accord du corps médical sur les nouvelles modalités (médicaments génériques). De façon similaire, le directeur général et la direction financière mobilisent des référentiels externes pour la gestion du personnel paramédical, ce qui leur permet progressivement d'élaborer un référentiel commun accepté et partagé, référentiel devenant

---

<sup>13</sup> Ce paragraphe est intégré dans l'article Douma *et al.* (2019), issu de la thèse en cours de rédaction : Douma F., Eggrickx A., Bollecker M. (2019), Vers un contrôle de gestion « médiateur » du changement : Le cas d'un hôpital marocain, *Revue Management & Avenir*, n°112, pp.57-78

la base de négociation pour les postes relevant du paramédical. Les directions médicales sont confortées dans l'exercice de leurs responsabilités par l'existence du comité médical consultatif de l'établissement (CMCE), le référentiel externe pour la gestion du personnel, le budget et le suivi des cinq indicateurs simples et compréhensibles pour le processus de prise en charge médicale. En quelque sorte, les alliés n'acquièrent un statut de porte-parole que s'ils réussissent à renforcer leur légitimité à travers des investissements de forme.

Les résultats mettent en évidence la recherche de compromis sociotechniques qui permettent l'adoption du processus de transformation. En effet, les outils de gestion sont adaptés à plusieurs reprises jusqu'à définition d'une version finale acceptée par toutes les parties prenantes. D'autres investissements de forme sont réalisés dans le prolongement (voire en soutien) des divers outils du contrôle de gestion, dont le livret thérapeutique, le référentiel de normalisation des effectifs propre à l'hôpital et la mise en place de différentes procédures pour assurer la réalisation des nouvelles orientations.

Enfin, les résultats positifs atteints grâce à la restructuration de l'organisation permettent au *business model* de devenir un élément mobilisateur. En effet, les outils de gestion servent de support de communication avec les opérationnels, la direction de l'hôpital et la CMCE pour les directeurs médicaux. L'ensemble du dispositif (PPO, Alliés, outils de gestion) contribue à placer les professionnels de santé au cœur du processus de changement, un modèle devenu porte-parole auprès des hôpitaux marocains du fait de sa réussite à travers l'extension autofinancée de l'hôpital. Cette réussite permet la duplication du *business model* dans d'autres hôpitaux à but non lucratif, mais également la mise en place de partenariat pour le transfert des connaissances auprès d'une autre fondation, et même à terme d'hôpitaux publics. Toutes ces actions permettent l'irréversibilité du réseau. Cependant, l'irréversibilité du changement n'est pas exempte de nouvelles controverses qui nécessitent une vigilance et une capacité de réaction, afin d'éviter les retournements de situation. Le renforcement et la stabilité du réseau dépendent de cette vigilance et de la qualité des réponses apportées aux controverses.

**Chapitre 6**  
**Organisation pluraliste :**  
**Vers un contrôle de gestion « médiateur »**

La théorie de la traduction s'inscrit clairement dans le constructivisme, où l'on recherche à comprendre les règles de la construction sociale (Charreire et Huault, 2001). Cette posture épistémologique est adaptée à la recherche en sciences de gestion comme le prouvent les nombreux travaux qui s'inscrivent dans ce paradigme (Gavard Perret *et al.*, 2012) ou qui mobilisent la théorie de la traduction (Bollecker et Azan, 2009). Ce chapitre a pour objet d'analyser les conditions et modalités pour que le contrôle de gestion devienne « médiateur » du changement dans une organisation pluraliste, où le corps médical détient un fort pouvoir y compris sur les questions administratives.

Le projet de changement s'assimile à une innovation dont le succès dépend de la capacité à susciter l'adhésion et l'intérêt de nombreux alliés (utilisateurs, intermédiaires...), leur participation active pour faire avancer le projet (Akrich *et al.*, 1988a). A partir des résultats (chapitre 4), notre objectif est de caractériser les conditions initiales pour que le contrôle de gestion puisse jouer un rôle de « médiateur » dans le processus de traduction. Les résultats montrent trois conditions : un traducteur à forte légitimité, un point de passage obligé (PPO) à forte légitimité et faisant consensus, et un positionnement plus fort du contrôle de gestion, actant-traducteur. En quelque sorte, dans cette organisation pluraliste habituée à fonctionner sans se préoccuper de la performance économique, il s'agit de préparer l'organisation à accueillir le contrôle de gestion (section 1).

Transformer un énoncé en fait suppose de s'entourer d'alliés (Latour, 2005). Pour la réussite de l'intéressement, il faut réussir à enrôler les différents acteurs à travers des investissements de forme, c'est-à-dire substituer à des entités nombreuses et difficilement manipulables des intermédiaires plus faciles à manipuler et contrôler (Callon, 1986). Un dispositif technique répartit les forces qui vont le soutenir ou résister (Akrich *et al.*, 1988a). A travers les différents investissements de forme mis en place (chapitre 5), le contrôle de gestion est un actant-traducteur du PPO à plusieurs titres : déclinaison du PPO en actions, diffusion d'un langage commun simplificateur, vecteur d'apprentissage et alignement des comportements. Cependant, le contrôle de gestion ne peut devenir « médiateur » de la financiarisation que s'il réussit à enrôler et mobiliser un nombre toujours plus grand d'acteurs. Pour ce faire, l'actant-traducteur doit soutenir la négociation, favoriser l'élaboration de compromis suite aux controverses et les traduire dans des investissements de forme (section 2).

L'irréversibilité du processus de traduction passe par l'enrôlement d'un plus grand nombre d'actants internes et en externes à l'organisation, le rallongement ou extension du réseau, la consolidation et robustesse des traductions (Callon, 2006a). L'extension du réseau nécessite une vigilance et transparence permanente (Amblard et *al.*, 1996) car le rallongement est porteur de traductions divergentes (Callon, 2006a). Si le *business model* devient porte-parole du fait de la réussite du changement (chapitre 5), sa réplique et l'intérêt qu'il suscite dans le champ de la santé, génère de nouvelles attentes. L'enrôlement d'un plus grand nombre d'actants provoque de nouvelles controverses, avec un point de passage obligé « financiarisation » devant évoluer, intégrant désormais des enjeux éthiques et sociétaux, une évolution indispensable pour maintenir un contrôle de gestion « médiateur » du changement dans une organisation pluraliste (section 3).

## **Section 1 : Conditions initiales pour l'introduction du contrôle de gestion au sein d'une organisation pluraliste**

L'organisation hospitalière, comme toute organisation pluraliste, se caractérise par une difficulté dans l'instauration d'un projet de changement et dans l'implantation du contrôle de gestion, d'outils de gestion contribuant à améliorer la performance des structures (Cremadez, Grateau, 1992, Clement, 2001, Claveranne, 2003). En effet, plusieurs études mettent en évidence une forte d'objectifs, une faible appartenance des médecins à l'organisation, qui ont tendance à plus s'identifier à leurs métiers qu'à la structure à laquelle ils appartiennent, une absence d'encadrement et de procédure et un pouvoir accru dans le centre opérationnel médical (Mintzberg 1982, Freidson, 1984 ; Harris, 1977 ; Huard, 1977 ; Young et Saltman, 1985 ; Pauly et Redisch, 1973 ; Pauly, 1980 ; Evans, 1984). La spécificité la structure hospitalière - objet de notre recherche - qui appartient à une fondation à but non lucratif, accentue ses contraintes en termes de missions et en termes de modes de gestion qui se doivent d'être différents de celui des hôpitaux publics et des cliniques privées. Le projet de restructuration de l'HUICZ doit être mené de façon à ce que les professionnels médicaux y voient une opportunité et intègrent la dimension économique dans leur réflexion professionnelle (Mévellec, Nautré, 2011). Il est nécessaire que le processus d'introduction d'un système de contrôle de gestion soit porté par un réseau. Ainsi, dans cette section, nous analysons les conditions ou facteurs essentiels réunis dans cette organisation pluraliste pour la mise en place

du changement. Tout d'abord, il faut souligner la forte légitimité, indispensable, tant du traducteur que des porte-paroles et des actions mises en œuvre (1.). Il est important que le projet en lui-même soit mobilisateur et perçu comme une opportunité auprès des différents acteurs en réseau (2.). Pour que contrôle de gestion acquiert un positionnement fort alors qu'il n'existait pas au sein de la structure, il s'agit de préparer l'organisation en renforçant le dispositif de contrôle interne, la formalisation des comportements et l'encadrement (3.).

## **1. La légitimité du traducteur et des premiers porte-paroles**

La légitimité au sein d'une organisation est un paramètre important qui permet son positionnement et son équilibre. Ce constat s'étend sur d'autres aspects tels que l'organisation, les acteurs et les projets. En ce qui concerne l'organisation, il faut noter que la fondation Cheikh Zaid est créée sur la volonté de feu Sa Majesté le Roi Hassan II et feu son Altesse Cheikh Zaïd ben Sultan Al Nahyane, créateur de la fédération des Émirats Arabes Unis, et ce afin de mettre en place une structure qui soit capable de répondre aux attentes de la société en termes de prise en charge médicale tout en intégrant un modèle particulier de structure privée à but non lucratif. En effet, un don de 50 millions de dollars est remis au royaume, qui au lieu de les injecter dans le budget de l'état, fait le choix de créer un centre hospitalier à but non lucratif. Le statut particulier de la fondation créée par Dahir, avec des membres du conseil d'administration nommés par sa Majesté le Roi, donne une position et une forte légitimité à l'organisation au sein du secteur de la santé au Maroc. Cette fondation répondant à des problèmes majeurs de la société, jouit ainsi d'une forte légitimité morale (Suchman, 1995).

En ce qui concerne la légitimité des acteurs, il faut souligner la position du consultant externe, traducteur du projet, proche collaborateur d'une personnalité très importante au Maroc, et proche collaborateur des deux membres actifs du conseil d'administration (CA), ce qui lui donne une forte légitimité au sein de l'HUICZ. En effet, le consultant externe bénéficie d'une légitimité technique auprès de ses supérieurs hiérarchiques (les mandataires) qui lui confient souvent des missions semblables dans différentes structures. En arrivant à l'HUICZ, il bénéficie d'une légitimité politique compte tenu de sa relation avec les membres du CA et d'une légitimité technique compte tenu de son expertise et son expérience. En d'autres termes, le traducteur bénéficie d'une forte

légitimité personnelle (Suchman, 1995), du fait de son ancrage dans les institutions politiques et de sa réputation liée à la réussite d'autres projets.

Le traducteur conforte cette double légitimité politique et technique en enrôlant en premier lieu deux porte-paroles, à savoir la direction générale ayant une légitimité politique, et le contrôleur de gestion ayant une légitimité technique et opérationnelle. Le contrôle de gestion gagne en légitimité lors de la transformation du service audit et contrôle de gestion en direction organisation contrôle et qualité, ce qui augmente son périmètre d'action et accentue son positionnement. Cette direction détient ainsi un accès privilégié à l'information de toute nature (procédures, qualité des soins, données chiffrées). Lambert (2005) se pose la question sur l'influence du contrôle de gestion dans la prise de décision et met en évidence la nécessité d'analyser la position du contrôleur de gestion au sein de l'organisation. Son analyse de la littérature montre qu'un courant « attribue au contrôleur un statut privilégié dans le processus information-décision du fait de son accès unique à l'information. Son contact permanent avec la direction générale et les opérationnels lui confère une légitimité et une influence importante sur la prise de décision. » (Lambert, 2005, p. 92).

Plusieurs auteurs mettent en évidence que le traducteur doit bénéficier d'une légitimité importante (Walsh *et al.*, 2010 ; Amblard *et al.*, 1996) pour pouvoir assurer la réalisation de son projet. Le fait qu'il n'y ait pas de lien hiérarchique entre le traducteur et les acteurs du réseau n'empêche pas le processus de traduction, ce que confirme la théorie, à savoir que le traducteur peut être interne ou externe à l'organisation. Si la légitimité des porte-paroles est également importante comme souligné par la théorie de la traduction, il est également recommandé que ces derniers soient complémentaires afin d'augmenter les liens du réseau, et fournissent beaucoup d'efforts en termes d'investissement personnel et technique afin d'accentuer leur poids et leur légitimité. En effet selon David (1997), la légitimité est socialement construite, n'est pas statique et doit être maintenue de façon continue (Beaulieu, Roy et Pasquero, 2002).

## **2. Un consensus autour du constat de départ**

Une bonne analyse de la situation organisationnelle, des différents acteurs, de leurs intérêts et les différents enjeux en présence est nécessaire pour la réalisation de tout changement au sein d'une organisation. De plus, dans les organisations qualifiées de pluraliste, ce processus nécessite plus que dans toute autre organisation, une rigueur dans la problématisation et l'identification d'un point

de passage obligé fort, cohérent et capable d'aligner les actants identifiés nécessaires au processus de changement. En effet, les organisations professionnelles sont composées d'acteurs ayant une diversité d'objectifs et d'orientations, d'un nombre important de représentants et d'interlocuteurs, de professionnels spécialisés qui s'identifient plus à leur métier qu'à l'organisation dans laquelle ils exercent (Mintzberg, 1982 ; Glouberman et Mintzberg 2001).

Le consultant externe est confronté à un défi : réussir à définir un objectif qui ne soit pas l'objet de multiples débats, un objectif qui suscite un consensus unanime car il répond aux attentes et de l'organisation et des acteurs en présence. Afin de réussir l'intégration du processus de changement, le traducteur doit fournir un effort important dans l'analyse de la situation, des enjeux de pouvoir et d'intérêts, et des acteurs en présence. Cet effort de contextualisation défini comme une « analyse des actants en présence, de leurs intérêts, de leurs enjeux et de leur degré de convergence » (Amblard et *al.*, 1996, p. 155) est nécessaire pour pouvoir identifier l'élément de convergence capable de fédérer l'ensemble des actants, et constituer un point de passage obligé fort capable de porter un énoncé incontournable au sens de Callon (1986). Dans la continuité des travaux d'Armenakis et Harris (2009), l'implication des parties prenantes liées au projet de changement dans le processus de problématisation, leur enrôlement et la reconnaissance du PPO comme « la solution » est nécessaire pour la réussite du changement : « le fait d'associer les destinataires du changement au processus de diagnostic contribue de fait à les sensibiliser à l'imminence d'un changement organisationnel, et peut servir à favoriser la capacité à changer » (d'Armenakis et Harris, 2009, p. 130).

La nécessité d'assurer un équilibre économique pour garantir la pérennité de la structure donne au projet de changement une légitimité, ce qui suscite l'acceptation du point de passage obligé (PPO) : redresser la situation de l'hôpital. Cet énoncé résultant du diagnostic et de la problématisation, définit un point de passage obligé capable de fédérer tous les acteurs en présence dans le réseau et constituant un point de convergence. Ce PPO a une force d'entraînement, avec « la mise en œuvre d'un mouvement qui conduit chacun à s'engager dans une action qui rassemble, fût-ce provisoirement et autour d'un objectif intermédiaire encore éloigné de ce que sera le projet final » (Herreros, non daté, p. 5). Ainsi, les acteurs sont entre-définis et malgré leur divergence en termes d'objectifs se rallient autour de ce constat de départ, qui impulse un processus de changement capable de répondre au problème de départ. Les actants se rassemblent autour d'un projet qui les



fait converger. Chacun trouve son compte dans l'intégration de cette politique de restructuration, cet opportunisme est la clé du projet de changement. Le processus de changement est d'autant plus facile à accepter, qu'il existe un risque réel (faillite de l'hôpital), qui impacterait toutes les strates organisationnelles. Il faut également souligner la légitimité pragmatique (Suchman, 1995) de ce projet de restructuration qui ouvre à terme des opportunités (pérennité, extension) pour l'ensemble des acteurs. De plus, la fondation Cheikh Zaid a un statut particulier : apporter une réponse concrète au défi du système hospitalier marocain ; la volonté d'instaurer un modèle managérial inédit qui allie une logique médicale orientée patient et une logique économique donne également une légitimité morale (Suchman, 1995). Le projet, le statut du traducteur et des deux premiers porte-paroles sont porteurs d'une forte légitimité pragmatique et morale.

### **3. Une préparation pour l'accueil du contrôle de gestion**

Afin d'intégrer cette nouvelle vision financière de la structure, les pratiques dans cette organisation pluraliste doivent changer pour permettre l'implantation d'un système de contrôle de gestion. En effet, cette organisation n'est quasiment pas gérée ; elle fonctionne par divisions (services) de façon décentralisée avec des acteurs faisant primer leurs propres intérêts et objectifs. Faute de procédures et de cadre structurant, la coordination se fait de façon informelle, par ajustement mutuel.

**Consultant externe** « *De ce fait, les gens s'organisaient par ajustement mutuel. Il y avait beaucoup de verbal et moins d'encadrement. Il y avait peu de chefs et puis toute une ligne opérationnelle en horizontal.* »

Les périmètres sont bien séparés entre le domaine administratif et le domaine médical. Cette absence de communication augmente le risque de non-pérennité de la structure. Pour pallier ces faiblesses, des actions sont menées en premier lieu à travers la mise en place d'une organisation par processus.

**Consultant externe** : « *On est passé d'une organisation par spécialité à une organisation par processus. On a essayé d'instaurer l'organisation adoptée dans le domaine aéronautique, par rapport à ses directions en mettant non plus des services par spécialité mais plus des services qui prennent part à une étape de processus à partir des études des contrôles de la réalisation de l'exécution des travaux.* »

Cette organisation par processus conduit à mettre en place différents mécanismes de coordination : supervision directe ou contrôle à distance, standardisation des qualifications pour le centre opérationnel, standardisation des procédés et des résultats notamment pour les services logistique (direction technique) et administratifs. Ces différents mécanismes de coordination sont préconisés dans ce type d'organisation (Mintzberg, 1992).

**Consultant externe** « *Il a fallu aussi qu'on retravaille au sein de chaque département l'organisation de manière à permettre de créer d'autres types de fonctionnement, qui se basent sur la supervision directe en multipliant les taux d'encadrement mais aussi de la standardisation par des procédures, standardisations des résultats, standardiser par le nombre de procédures.* »

En effet, afin de renforcer le système de contrôle de gestion à mettre en place, des mécanismes de coordination sont instaurés de type **supervision directe** et ce pour pouvoir éviter les lacunes constatées dans les services administratifs et techniques. Il s'agit d'orienter et de guider les équipes, mais également d'extraire et de faire un suivi rigoureux des différents indicateurs d'activité et de productivité ; pour ce faire, plusieurs responsables administratifs (postes qui n'existaient pas auparavant) sont nommés. La supervision directe permet au responsable opérationnel de gérer les activités à travers aussi des indicateurs non financiers. Ces indicateurs aident au pilotage de l'activité opérationnelle sans qu'il ne soit nécessaire de transmettre les données aux supérieurs hiérarchiques (Lorino 1991, p. 102). Les supérieurs directs ont pour rôle de former, d'encadrer et d'assurer une certaine standardisation des comportements au sens de Ouchi et Maguire (1975, p.559). Ainsi, pour renforcer la supervision directe, de nouvelles unités sont créées pour permettre une supervision horizontale, une meilleure contrôlabilité et une maîtrise des tâches. Dans le service admission/facturation, deux responsables d'unité sont nommés, l'un pour le traitement administratif des dossiers des patients externes et l'autre pour le traitement administratif des dossiers des patients hospitalisés. Ces deux entités permettent ainsi le suivi des indicateurs de facturation, la réalisation d'un meilleur rendement dans les délais de traitement de factures, une validation de la facturation pour limiter les erreurs, et également le traitement des rejets par les organismes avec le service de recouvrement. Quant au service recouvrement, une nouvelle unité lui est rattachée pour permettre le suivi des dépôts de prise en charge et ainsi éviter les déperditions : identification des anomalies ou des risques de déclaration erronées de dossiers

ayant une prise en charge. Aussi, nous constatons la création d'un service indépendant de la facturation pour le suivi des prises en charge, l'expédition et le recouvrement des dossiers des patients CNOPS. Pour l'encadrement des achats d'investissements, le consultant externe réorganise la direction technique et met en place de nouveaux services et de nouveaux bureaux chargés du processus de maintenance et préservation du patrimoine. Le regroupement par unités a pour objectif de permettre une meilleure supervision directe.

**Directeur technique** : « *La direction a été réorganisée de telle sorte que le parc soit en permanence entretenu pour garantir la longévité des équipements, mais également pour mieux gérer la planification des investissements. La nécessité du renouvellement des équipements doit être vraiment justifiée. C'est la chasse au gaspillage* ».

La coordination par supervision directe évolue vers une forme de contrôle à distance, basé sur le système d'information et des indicateurs permettant d'évaluer l'activité et les résultats des employés. Le consultant externe met en évidence qu'il est nécessaire de mettre en place un nouveau système d'information qui permette de partager plus d'informations pour une plus forte fiabilité et une meilleure coordination nécessaire pour l'implantation de la nouvelle stratégie. En effet, sur la fiche projet rédigée pour la mise en place d'un nouveau système d'information, il est mentionné la nécessité d'éviter les différentes lacunes constatées dans l'ancien système d'exploitation, à savoir : une couverture partielle de l'ensemble de l'exploitation (par exemple : demande de prise en charge) ; l'existence de plusieurs applications qui ne communiquent pas entre elles (AZ clinique pour la gestion administrative patient, AZ pharmacie pour la gestion des stocks pharmacie et la facturation du consommable, Vis bio pour la gestion du laboratoire, Visual pacs pour la radiologie....etc.) ; problème de fiabilité des données et de sécurité. Il constate aucune communication entre les applications les plus importantes, comme c'est le cas entre la gestion administrative patient (facturation, règlement honoraire, encaissement, recouvrement) et le système comptable, ou encore celui de la gestion pharmacie et celui des achats. Ce constat met en évidence la nécessité de réaliser un interfaçage entre les différentes applications.

Dans la continuité du développement du contrôle à distance et comme défini par Miller et O'Leary (1994, p.22), ce type de contrôle est en relation étroite avec le projet de normalisation et de standardisation. En effet, la coordination par la standardisation des procédés se fait à travers la

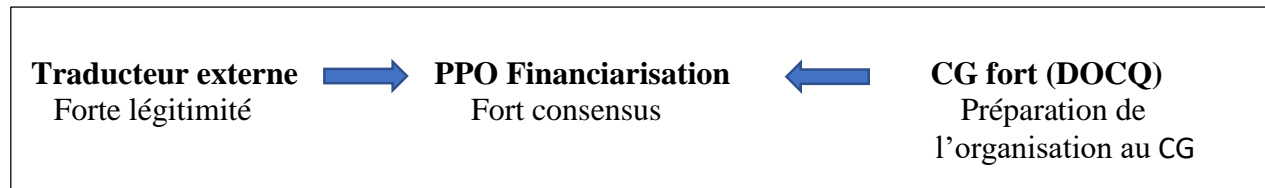
réorganisation des tâches afin d'éviter les chevauchements, les zones d'ombres et améliorer le dispositif de contrôle interne. Plusieurs procédures sont revues (procédures caisses, procédures point de stockage pharmacie, etc.) et même le rattachement de certaines unités ; ainsi, l'unité de traitement des demandes de prise en charge CNOPS est transférée vers d'autres services pour respecter le principe de séparation des tâches. Également, certains vides procéduraux sont comblés par l'élaboration de nouvelles procédures et règles (procédures réalimentation automatique, procédure rémunération des heures supplémentaires, procédures nouveaux recrutements, procédure sortie provisoire patients, procédures pré-factures, etc.). Toutes ces interventions permettent la formalisation des comportements et minimisent la marge de manœuvre des acteurs. D'un autre côté, pour améliorer le dispositif de contrôle, le service contrôle de gestion et audit ajoute de nouvelles procédures de contrôle journalier qui touchent différents aspects de la gestion opérationnelle (contrôle de la situation administrative des patients entrants et sortants, contrôle de la facturation des dossiers, etc.) et pour la première fois deux contrôles qui impliquent l'activité médicale. En effet, deux procédures sont instaurées pour la vérification de l'exhaustivité de la facturation des prestations de radiologie et d'analyses de biologie médicale grâce au système d'archivage, dont bénéficient les machines de radiologie et les automates de biologie.

A travers ces différentes actions, la structure se transforme d'une organisation avec quasiment aucune forme de contrôle vers une organisation où les prémisses du contrôle apparaissent. L'instauration d'un contrôle de proximité (Torres, 2000) en augmentant le taux d'encadrement, la standardisation des procédures, les outils de contrôle de gestion et les systèmes d'information facilitant un contrôle à distance favorisent un contrôle des comportements au sens de Merchant (1998), une standardisation et une formalisation des comportements. Les organisations pluralistes doivent combiner plusieurs modes de coordination pour se transformer, passer d'une gestion « aveugle », sans coordination et avec un manque de cohérence vers une culture managériale capable de porter l'organisation vers une unicité du langage, des actions et des objectifs. Ainsi, l'organisation doit se préparer à l'accueil du système de contrôle de gestion, pour pouvoir passer au niveau de contrôle supérieur, le contrôle par la standardisation des résultats avec la mise en place d'indicateurs et de dispositifs de contrôle de gestion tels que le budget et les reportings.

### Conclusion section 1

#### Trois conditions initiales : traducteur légitime, PPO faisant consensus, et préparation de l'organisation au contrôle de gestion

Dans cette première section, nous montrons comment est initié le projet de changement au sein d'une organisation pluraliste menacée par divers problèmes organisationnels et structurels. La figure ci-dessous résume les conditions qui sont réunies pour permettre au contrôle de gestion de devenir « médiateur » du projet de changement. Les contraintes liées à l'organisation pluraliste doivent être prise en compte pour pouvoir réussir l'introduction du contrôle de gestion. Il ressort ainsi trois conditions initiales pour un contrôle de gestion médiateur du changement : un traducteur à forte légitimité, un PPO faisant consensus, un service contrôle de gestions fort et une préparation de l'organisation au contrôle de gestion.



**Figure 15 : Conditions initiales pour un CG médiateur dans une organisation pluraliste**

La légitimité des intervenants et des actions est un élément essentiel pour la réussite du processus de traduction. Plusieurs auteurs (Walsh *et al.*, 2010 ; Amblard *et al.*, 1996) le mettent en évidence dans la théorie de la traduction. Nous notons tout d'abord la valeur et la légitimité de l'organisme en lui-même au sein du secteur de la santé et la mission qui lui est dévolue d'apporter un modèle de gestion inédit. Ainsi, il est mis en évidence deux types de légitimités qui s'entremêlent et assurent cette position à la fondation à savoir une légitimité pragmatique et une légitimité morale au sens « pris pour acquis » (Suchman, 1995). Dans la littérature, les stratégies doivent être établies autour de ces aspects pour assurer ou maintenir la légitimité organisationnelle (Mobus, 2005 ; Pétrin, Gendron et St-Pierre, 2003 ; Cashore, 2002). Il est noté également la nécessité d'une forte légitimité du traducteur tant en interne qu'en externe auprès des membres du conseil d'administration ; autre point fondamental, les porte-paroles sont choisis sur la base de leur légitimité respective, légitimité qu'il est indispensable de maintenir, voire de renforcer à travers leur statut et charisme. En analysant les structures de pouvoir et la légitimation, Weber définit trois

types de domination légitime qui permettent de saisir comment les individus ou les groupes vont se conformer à des valeurs ou croyances, à savoir la domination légale (statut), la domination traditionnelle (par exemple de type patriarcal) et la domination charismatique (Beaulieu, 2001).

Les résultats montrent la forte légitimité pragmatique et morale du projet de restructuration. Cet aspect permet de mettre en évidence le consensus qui se fait autour du point de passage obligé, capable de fédérer toutes les parties prenantes. Le processus de problématisation doit résulter d'une analyse méticuleuse de la situation de l'organisation, des jeux de pouvoirs et des intérêts des différents acteurs (une contextualisation) et aboutir à une solution capable de mettre d'accord l'ensemble des acteurs et de constituer pour tous une opportunité afin de créer un point de convergence avec des acteurs entre-définis et un contenant et un contenu se soutenant mutuellement. Enfin, l'organisation doit procéder à plusieurs réorganisations en interne afin de renforcer le système de contrôle de gestion. Il s'agit de développer des modes de coordination permettant un contrôle de proximité et un contrôle à distance, afin de standardiser et de formaliser les comportements. A travers ces actions, l'organisation peut initier un changement des pratiques, commencer à introduire une culture managériale, une unicité de langage et facilité dans la communication, nécessaires pour la mise en place du contrôle de gestion.

## **Section 2 : Contrôle de gestion médiateur du processus de traduction**

Réussir à faire consensus et intéresser les différents acteurs au projet de restructuration ne suffit pas en soi. Encore faut-il réussir à enrôler les différents acteurs grâce à des investissements de forme, réussir à leur faire accepter un rôle, une mission précise. L'enrôlement nécessite de substituer « à des entités nombreuses et difficilement manipulables un ensemble d'intermédiaires moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à manipuler et contrôler » (Callon, 1986, p 87), des intermédiaires de type : informations, objets techniques, argent, êtres humains et compétences. La restructuration des systèmes de santé et des organisations hospitalières est accompagnée d'une prolifération d'outils de gestion. Dans le cadre des hôpitaux, les travaux portant sur le changement soutenu ou impulsé par le contrôle de gestion (Aidemark, 2001 ; Nobre, 2004 ; Montalan et Vincent, 2013, etc.) sont plutôt centrés sur les outils de gestion. Les hôpitaux étant considérés comme des organisations pluralistes où différentes catégories d'acteurs coexistent avec des intérêts,

logiques et cultures professionnelles différentes, il est difficile d'envisager une mise en œuvre brutale du contrôle de gestion qui ne laisse pas de place à la co-construction et à l'appropriation des transformations par les acteurs de l'organisation (Durand *et al.*, 2018). Plusieurs études mettent en évidence cette dualité entre le contrôle de gestion, l'organisation et le contexte social.

Nos résultats montrent qu'à travers les investissements de forme, le contrôle de gestion assure un rôle de médiateur de la financiarisation (1.). Ce rôle n'est possible que si le contrôle de gestion s'inscrit dans un processus de traduction, de co-construction face aux controverses, favorisant l'élaboration de compromis et leur intégration dans des investissements de forme (2.).

## **1. Le contrôle de gestion : médiateur de la financiarisation**

Le contrôle de gestion a un rôle d'acteur-traducteur du PPO : redressement de la situation financière de l'hôpital (1.1). Le contrôle de gestion à travers son langage simplificateur (1.2) porte la financiarisation (1.3) tout en favorisant l'apprentissage (1.4). Progressivement, il influence les comportements (1.5).

### **1.1 Le contrôle de gestion : un rôle d'acteur-traducteur du PPO**

L'introduction du dispositif de contrôle de gestion permet de déployer la nouvelle stratégie de l'hôpital, mais également d'introduire une vision économique pour penser et agir dans les différentes activités opérationnelles. En effet, le système de contrôle instauré à travers les nouveaux indicateurs mis en place, les informations suivies et leur diffusion permettent de communiquer les nouveaux objectifs. Selon Ogden *et al* (1999), le contrôle de gestion joue un rôle pédagogique permettant d'imposer les transformations souhaitées par les dirigeants. D'un autre côté, l'implication du consultant externe à forte légitimité dans le processus de mise en place des dispositifs de contrôle de gestion et les interactions avec les différentes parties, permet un échange transversal et hiérarchique qui accompagne le processus de changement, assure le dialogue et l'apprentissage au sens de Simons (1995). Les investissements de forme, intermédiaires comprenant les outils de gestion et réunions, contribuent à un enrôlement progressif des directions, puis du corps médical et des cadres, et enfin des agents (chapitre 5, figure 10 : processus de traduction à deux niveaux). Le contrôleur de gestion fait un travail d'acteur-traducteur ; il produit

des intermédiaires, moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à maîtriser et contrôler, ce qui réduit la complexité (Amblard *et al.*, 1996).

Le contrôle de gestion permet d'assurer une cohérence entre les différents acteurs pour l'atteinte des objectifs stratégiques. Baille (2016) met en évidence les mécanismes qui se mettent en place pour assurer une cohérence dans l'organisation grâce au système de contrôle de gestion, des mécanismes d'ordre technique (coordination, contrôle) et d'ordre social (cohésion, coopération). Ainsi le système de contrôle de gestion est mobilisé pour assurer un déploiement correct de la stratégie et l'atteinte de la performance de l'organisation au sens de Bouquin (2010). Ce rôle d'accompagnement dans le déploiement de la stratégie peut se traduire, dans une perspective institutionnaliste, par un appui au changement de logiques (Boitier et Rivière, 2016) par exemple, en étant le vecteur de la sensibilisation des acteurs à la performance (Nobre, 2014). Baille (2016) met également en évidence leur rôle dans l'apport d'une cohérence stratégique dans l'organisation qui permet au sens de Travaillé et Dupuy (2014) d'aligner les acteurs autour de la stratégie de l'organisation. Le contrôle de gestion devient nécessaire dans un environnement complexe (Bollecker et Naro, 2014).

Le changement de vision institutionnalisant la financiarisation au sein de la structure, augmente le pouvoir du SCGA devenu la direction DOCQ. Les entretiens mettent en évidence une forte influence du contrôle de gestion sur l'activité courante de l'établissement, ce qui montre son intégration dans les différents process administratifs et financiers.

**Directeur médical** « *On est dans une configuration où le contrôle a dépassé la gestion* »

**Responsable administratif** « *La DOCQ est intégrée dans différents processus de l'activité administrative, elle valide et contrôle plusieurs actions administratives et financières avant leur exécution* ».

Dans la littérature, plusieurs auteurs mettent en évidence le renforcement de la position d'acteurs financiers internes aux organisations, qui gagnent en légitimité et en influence avec la propagation de la financiarisation (Zorn, 2004 ; Ey, 2013 ; Wawryszak-Misztal et Wrońska-Bukalska, 2014 ; Legalais et Morales, 2014).



## 1.2 Le contrôle de gestion : un rôle de simplification à travers un langage unique et simple

Le consultant externe décide le déploiement d'un dispositif de contrôle de gestion, afin d'avoir un langage simple et commun sur lequel toutes les directions se mettent d'accord et évaluent leur performance par rapport à ces données et ces objectifs. Le directeur général souligne cette différence entre la situation de départ et ce qui est advenu après la mise en place du système de contrôle de gestion.

**Directeur Général** : *« au départ les réunions du directoire partaient dans tous les sens, on se retrouvait à la fin en train de traiter les mêmes types de problèmes récurrents que les directeurs médicaux qui représentent le sommet opérationnel mettent à table à chaque fois. Après la mise en place des outils de gestion et des objectifs, les réunions ont pris une nouvelle tournure, on se focalise plus sur les nouvelles orientations stratégiques qui sont guidées par les indicateurs choisis »*

Ainsi, le choix d'indicateurs simples et communs pour l'analyse de la situation permet de focaliser l'attention sur les actions à mener, de diminuer les divergences entre les acteurs et d'instaurer une unicité de langage et d'objectifs. On peut dire que le contrôle de gestion a un rôle unificateur : « La mise en place de systèmes de contrôle et d'incitation qui soumet l'ensemble de la firme à une finalité unique permet de faire converger les buts potentiellement divergents des individus vers ceux de l'organisation.» (Lambert, 2005, p.37). La simplicité de ces indicateurs permet à tous les acteurs de les comprendre d'autant plus facilement que leur nombre est restreint (4 à 5 par processus clé). L'attention de tous les acteurs s'oriente vers les nouveaux objectifs stratégiques à force de les aborder au cours des réunions du directoire. Il faut souligner qu'avant l'intervention du consultant externe, les *reportings* élaborés par le service contrôle de gestion englobent une multitude d'indicateurs plus ou moins complexes, qui n'étaient même pas analysés. Devant la complexité des tâches qui incombent aux managers et aux mandataires, pour le consultant externe, il lui semble nécessaire de se focaliser sur un nombre moins important d'indicateurs et de se limiter à ceux qui sont pertinents aux yeux du *top management* de sorte à l'aider à prendre des décisions, à avoir une appréciation de la situation de l'hôpital. Ces indicateurs sont faciles à assimiler par un nombre important d'utilisateurs et permettent de communiquer les informations qui mettent en évidence l'intérêt d'une nouvelle orientation ainsi que les résultats atteints.

Ces outils de gestion sont relativement frustes (indicateurs simples en petit nombre) au regard des outils de gestion plutôt sophistiqués des hôpitaux publics en France, tels que les tableaux coûts case mix (TCCM) et comptes de résultat analytiques (CREA) par pôles. Le TCCM consiste à comparer les dépenses réelles de l'hôpital considéré à un hôpital fictif de même structure d'activité (éventail d'activités GHM : groupe homogène de malades). Cependant, le TCCM a une « incapacité à éclairer les décisions intra-organisationnelles, compte tenu du poids des charges indirectes et des biais introduits par des clés de répartition qui ont peu à voir avec les consommations réelles de ressources » (Angelé-Halgand, Garrot, 2014, p.21). De même, le CREA construit à partir des coûts complets ne permet pas une révision de l'organisation du travail, en l'absence d'une analyse complète du processus (Angelé-Halgand, Garrot, 2014). De plus, ces outils sont perçus par le corps médical comme incompréhensibles et très contestables (non scientifiques) dans leur mode d'élaboration. Une recherche sur la modélisation des coûts à travers le temps passé dans le parcours de l'accident vasculaire cérébral (AVC) montre que les professionnels de santé sont plus ouverts à un système en lien avec leur activité, un système qu'ils peuvent comprendre, qui leur « parlent » plus que les études nationales de coûts (ENCC) ou la comptabilité analytique hospitalière très hermétiques pour des professionnels de santé (Domingo et *al.*, 2018, p. 85). De façon surprenante, ces outils de gestion relativement frustes font écho aux recherches sur le système de gestion de dirigeants de petite entreprise (Chapellier et Dupuy, 2014). Ils développent le concept d'hybridation et montrent que ces dirigeants ont souvent recours pour leur pilotage à des informations qualifiées « d'élémentaires ». Ainsi, « les outils comptables et leur simplicité deviennent alors à la fois support de continuité, de stabilité, et source de réactivité, d'adaptation, de prises de décision rapides et permanentes. Ils contribuent en cela à la maîtrise d'un équilibre entre changement et continuité, et donc à la pérennité. » (Chapellier et Dupuy, 2014, p.47).

### **1.3 Le contrôle de gestion : porteur de la financiarisation**

L'organisation hospitalière au sein de l'HUICZ s'est transformée d'une gestion orientée moyens vers une gestion qui intègre le facteur économique. En effet, les dispositifs de contrôle de gestion mis en place sont porteurs des objectifs de la nouvelle vision, ils soutiennent l'intégration de cette vision à travers le traitement et la discussion des indicateurs entre les différents acteurs concernés. Désormais, la direction de l'hôpital utilise les indicateurs préétablis, devenus un langage commun,

que toutes les entités doivent prendre en compte dans les prises de décision pour le futur, ou la gestion des activités au quotidien. Ces indicateurs précisent les résultats attendus pour les principaux processus. Les informations financières sont donc intégrées dans la gestion opérationnelle et influencent les décisions prises. Le système de contrôle de gestion constitue un moyen de changer la culture de l'organisation, il porte dans ces rouages un idéal social qui oriente vers la financiarisation. Les pratiques changent en intégrant une variable de contrôle financière.

La financiarisation s'assimile à une « constellation comptable » au sens de Burchell, Clubb et Hopwood (1985), conséquence d'interactions entre des institutions, des pratiques, des processus administratifs, des corps de connaissance, des systèmes de normes et de mesure. L'introduction de la financiarisation se fait au travers des discours du consultant externe, des mandataires et directeur général, discours soutenus par les procédures et les dispositifs ou outils de gestion mis en place. La financiarisation au sein des organisations se développe en renforçant le pouvoir des responsables soutenant la vision financière, en d'autres termes, le renforcement du pouvoir des catégories professionnelles relevant de la finance (Fligstein, 1990). La logique financière se diffuse à travers les discours du consultant externe relayés par les premiers enrôlés (Directeur Général, Contrôleur de gestion), les échanges et la mobilisation d'outils de gestion.

Le contrôle de gestion incarne les pratiques permettant à la logique financière de s'installer. En effet, les outils de contrôle de gestion déploient la stratégie à travers des indicateurs et des objectifs bien déterminés. Le dispositif de contrôle interne est revu de façon à renforcer le traitement des données, à responsabiliser les différentes parties impliquées dans la gestion et à augmenter l'assurance en terme de maintien et de protection des acquis et du patrimoine. Dans un souci d'avoir des informations fiables, instantanées et éviter les lacunes que présentaient l'ancien système, un nouveau système d'information est implémenté et le démarrage s'est effectué avec comme premier module la gestion administrative patient. Ces choix montrent une volonté de suivre les données liées à l'activité économique.

**Pharmacien** : « à la suite des résultats de certains indicateurs, il m'arrive de prendre des décisions 'que j'estime courageuse' pour pouvoir maîtriser l'évolution des achats. [...] Les réunions mensuelles organisées avec le consultant externe pour discuter les réalisations et les décisions de redressement prise à chaque fois me permettent désormais de savoir comment réagir aux différents résultats. Actuellement, je peux dans ma gestion

*quotidienne à travers un calcul rapide des données du SI savoir si la situation est sur la bonne voie ou nécessite une action corrective. »*

**Président de CMCE :** *« désormais l'accès aux informations par les membres du CMCE permettent aux praticiens d'avoir plus de visibilité sur la situation de leur activité, ils peuvent participer à la réalisation des objectifs de la structure et mieux appréhender ses contraintes. »*

Dans ce processus d'institutionnalisation de la financiarisation, le contrôleur de gestion, en tant que composante du SCG, endosse plusieurs rôles. Il assume un rôle de porte-parole des objectifs, des idées et des discours émanant du top management, vers le centre opérationnel. Il est également médiateur de la financiarisation dans le sens où il élabore les outils de contrôle de gestion en collaboration avec le consultant externe, et ensuite avec les différentes parties prenantes afin d'intégrer leurs recommandations et leurs remarques, tout en maintenant la ligne directrice du projet de restructuration. Il est le passeur de la financiarisation dans le sens où cette dernière devient une réalité sociale qui s'insère au sein des pratiques des opérationnels, opérationnels sollicitant le concours du contrôleur de gestion pour la création et le calcul d'indicateurs qu'ils jugent utiles pour la prise de décision.

**Contrôleur de gestion :** *« j'ai constaté que les directeurs médicaux me sollicitent de plus en plus souvent pour ressortir des indicateurs financiers liés à l'activité des praticiens en préparation à des réunions avec des spécialistes ou avec un groupe homogène de spécialistes. »*

Après intégration de ces nouvelles pratiques managériales, des initiatives propres aux différentes parties prenantes montrent l'intégration de façon définitive du paramètre financier, comme le montre le précédent verbatim. Nous pouvons fournir d'autres exemples de nouvelles pratiques intégrant l'aspect financier : le recours à la formation de kit de consommable médical pour la réalisation de certaines opérations chirurgicales pour la maîtrise des coûts ; la recherche de compromis entre la qualité et l'économie par certains praticiens dans leur activité ; la réalisation d'actions permettant la réduction des charges et la maîtrise des dépenses (gestion de stock,

activation des stocks dormants, maîtrise des flux). Le processus d'admission facturation permet à travers la mise en place de certaines instructions qui s'inspirent de l'hôtellerie, de maîtriser le type de client (patient) en admission. Ainsi, arrivée à un certain seuil d'admission, les hospitalisations chirurgicales sont privilégiées par rapport aux hospitalisations médicales ou bien les patients avec un mode paiement direct plutôt qu'avec un mode de paiement organisme. Ces exemples montrent que les acteurs internes intègrent désormais un raisonnement financier. D'un autre côté, la DOCQ acquiert un positionnement plus important au sein de la structure, elle est sollicitée pour formuler son avis par rapport à différentes décisions managériales, surtout nouvelles.

#### **1.4 Le contrôle de gestion : vecteur d'apprentissage**

Le système de contrôle de gestion en action permet d'intégrer une nouvelle vision et un nouveau mode de travail. En effet, nous relevons dans ce qui précède que certains acteurs tels que le directeur de pharmacie et les agents de facturation et de recouvrement apprennent à gérer leurs activités différemment à l'aune des nouvelles orientations, mais également créent de nouveaux indicateurs, des données leur permettant d'agir autrement. Les acteurs apprennent comment agir par rapport aux différents résultats, grâce aux réunions avec le contrôleur de gestion et le consultant externe pour l'analyse des indicateurs mis en place, de leurs écarts et les actions correctives qui en découlent. Dans ce sens, Bollecker (2002) met en évidence le rôle du contrôleur de gestion dans le cadre de l'analyse de suivi des réalisations : « L'action de correction peut être, en effet, interprétée comme une cristallisation de l'apprentissage organisationnel dans les pratiques managériales » (Bollecker, 2002, p.111). Les directeurs médicaux et les représentants du CMCE sollicitent le SCGA (service contrôle de gestion et audit) pour le calcul de nouveaux indicateurs financiers pour gérer et décider sur des questions qui concernent leur propre activité. Des actions volontaires sont menées par différents acteurs qui vont dans le sens de la nouvelle vision de l'organisation et aident à la réalisation des objectifs stratégiques, par exemple : collaboration entre médecins et le pharmacien (kit, délivrance de médicament, livret thérapeutique) ; collaboration entre SCGA et direction médicale (élaboration et calcul d'indicateurs pour le contrôle de l'activité médicale), collaboration entre direction technique et SCGA (réalisation d'études de coût, choix d'investissement et retour sur investissement). Vera et Crossan (2003) mettent en évidence que l'apprentissage organisationnel se déploie par une mutation des changements cognitifs et aussi par

une transformation des comportements. Après l'implantation du système de contrôle de gestion à l'HUICZ, il est constaté que les acteurs et les groupes d'acteurs apprennent en interprétant et en opérant sur leur propre périmètre d'action. Dans ce sens, Lorino montre que les systèmes de gestion « sont des supports d'apprentissage, qui offrent des cadres d'analyse de l'action et structurent la perception collective du réel » (Lorino, 2000, in Sponem, 2009, p. 568)

D'un autre côté, nous pouvons dire à travers ce qui suit qu'un double processus d'apprentissage s'instaure. En effet, le système de contrôle de gestion évolue aussi en fonction des interactions avec les acteurs et des controverses auxquelles il fait face.

### **1.5 Le contrôle de gestion : une influence sur les comportements**

Hopwood (1974) préconise d'appréhender la fonction du contrôle de gestion par rapport à son aspect social et organisationnel ; il distingue plusieurs niveaux d'analyse à savoir l'influence sur l'individu, sur le groupe, sur la structure et sur l'environnement économique et social. Selon Bouquin (2011), le contrôle de gestion est mis en place pour influencer le comportement des acteurs vers les objectifs de l'organisation. « Les instruments de gestion induisent aussi des automatismes de décision et de comportement » (Berry, 1983, p 6). Des points précédents, il ressort que l'implantation du système de contrôle de gestion permet d'influencer les comportements des individus et des groupes d'individus. Ainsi, il faut souligner le changement de comportements des professionnels qui intègrent désormais dans leurs pratiques la nouvelle vision, ainsi que les contraintes économiques. Les acteurs recourent aux nouveaux indicateurs pour gérer leurs périmètres respectifs. La culture managériale et l'autoévaluation par rapport aux objectifs assignés se développent. Toutes ces actions témoignent de l'impact du contrôle de gestion sur les comportements des acteurs qui interagissent, interprètent et adhèrent au changement, ce qui favorise la convergence des comportements. Ces actions concernent également le corps médical à travers les directeurs médicaux, les groupes homogènes de spécialité et les médecins coordinateurs de service qui ont recours à des indicateurs du contrôle de gestion pour juger de leur performance, pour la prise de décision, et même la mise en place de système de gestion adaptés aux nouvelles exigences économiques. Georgescu (2010) met en évidence que dans les organisations pluralistes telles que les hôpitaux, les médecins intègrent la logique économique impulsée par la Tarification à l'activité (T2A) et modifient leurs comportements pour s'adapter aux nouvelles contraintes

financières. Notre recherche le confirme dans un autre contexte que la T2A, les médecins intègrent aussi les contraintes financières.

## **2. Le contrôle de gestion : médiateur dans le processus de traduction**

Cependant, le contrôle de gestion ne peut devenir médiateur de la financiarisation que s'il réussit à enrôler et mobiliser de plus en plus d'acteurs (2.1), à favoriser en réponse aux controverses l'élaboration de compromis et leur intégration dans des investissements de forme (2.2).

### **2.1 Le contrôle de gestion : investissements de forme et enrôlement multi-niveaux**

La mise en place du système de contrôle de gestion dans le cadre du projet de changement révèle la nécessité de penser autrement la gestion des activités, de s'organiser différemment et de mobiliser des porte-paroles. Ainsi, **des investissements de forme** sont réalisés, dans un premier temps à travers l'introduction d'outils du contrôle de gestion tels que le budget, les indicateurs de facturation et de recouvrement et enfin les indicateurs de performance hospitalière. Dans un second temps, ces investissements de forme passent par l'amélioration du dispositif de contrôle interne pour éviter les chevauchements et assurer plus de proximité et de cohérence, et par l'implantation d'un nouveau système d'information pour assurer une rapidité et une fiabilité de l'information. Le processus de changement se fait grâce à la mobilisation de porte-paroles multi-niveaux. Le premier niveau concerne les acteurs porteurs de la genèse du projet dont le contrôle de gestion. Le rôle de ce dernier consiste à diffuser la nouvelle vision et à faire interagir les acteurs du deuxième niveau pour qu'ils y trouvent du sens et un intérêt. Il s'agit d'enrôler les acteurs du second niveau (directions médicales, techniques, pharmacie) pour qu'ils deviennent porte-paroles dans leur direction.

Selon Latour (2005, p. 321), l'enrôlement consiste à maintenir alignés les groupes intéressés ; il faut convaincre les autres, contrôler leur comportement, rassembler les moyens en nombre suffisant en un lieu donné et trouver une façon de diffuser l'énoncé ou l'objet dans le temps et dans l'espace ». Pour décrire l'enrôlement, il faut décrire l'ensemble des négociations multilatérales, des coups de force ou des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir (Callon, 1986, p. 189). Pour Hopwood (1976), les rapports de pouvoir étant affectés par les systèmes comptables mis en place, il est nécessaire de rendre compte des dynamiques en action. L'analyse

du processus du changement permet de mettre en évidence la relation entre le contrôle de gestion et le contexte social. Elle montre l'importance des discours politiques et échanges avec les directeurs médicaux, le représentant de groupes homogènes de spécialités, les médecins, les cadres administratifs et enfin, les représentants du personnel paramédical. Ces discours sont associés à des techniques et pratiques en apparence neutres du contrôle de gestion. Cependant, les acteurs disposant de pouvoir, ne cessent de réagir aux outils du contrôle de gestion, ce que nous montrons à travers l'identification et l'énumération des différentes controverses dont la résolution nécessite des transformations organisationnelles et des interactions entre l'organisation et le contrôle de gestion. Dans le processus de traduction, le contrôleur de gestion a un rôle essentiel. Comme le soulignent Bollecker et Niglis (2009), le contrôleur de gestion doit faire un important travail relationnel avec les opérationnels (directions médicales, direction pharmacie) pour comprendre les attentes, leurs contraintes, et réussir à convaincre en adaptant si nécessaire les outils de gestion. Ce travail relationnel est d'autant plus important que le contrôle de gestion modifie profondément les rapports de pouvoir existants dans cet hôpital. Le contrôleur de gestion a pour rôle d'établir un lien entre les outils de gestion et les acteurs à travers leur discussion, leur analyse, leur explication et leur modification. Grâce à son intervention, le contrôleur de gestion permet à la traduction de se faire. Pour Bollecker (2002, p. 125), « cette phase de socialisation peut être favorisée par les activités de traduction des contrôleurs de gestion qui aident les différents participants aux réunions à se comprendre (...) ces activités de traduction des contrôleurs facilitent la mise en œuvre d'actions de correction décidées lors des réunions ou en d'autres termes favorisent l'apprentissage organisationnel ». La mobilisation autour des outils du contrôle de gestion à travers leur analyse et leur adaptation permet au réseau de se constituer autour d'un « *common knowledge* » et de créer du lien. L'apparition de controverses et leur résolution renforce le processus de traduction et élargit le réseau. Dans le processus de traduction du PPO (redressement de l'hôpital), le contrôle de gestion joue un rôle central, il favorise les interactions entre les différents actants : outils, acteurs, organisation (procédures, organigramme), système d'information. Le contrôle de gestion contribue à la mise en cohérence avec le PPO. « La recherche de cohérence implique les acteurs, les outils et leurs interactions. Le contrôle de gestion serait ainsi un ensemble d'objets intermédiaires et frontières permettant les interactions entre les acteurs. Ce processus serait soutenu également par les systèmes d'informations » (Baille, 2016, p.297).



## **2.2 Le contrôle de gestion : médiateur pour l'élaboration de compromis**

La traduction est une méthodologie de l'élaboration de compromis, constituant le socle provisoire et sans cesse renouvelé sur lequel les réseaux se constituent (Amblard et *al.*, 1996). « La traduction devient la création d'espaces de négociation [Callon (1988), p. 73], la production d'« arrangements » multiples, de « combinaisons », « combines » ... « compromis », qui seules permettent aux choses et aux humains de tenir ensemble » (Amblard et *al.*, 1996, p. 176). L'organisation HUICZ fait face aux différentes controverses par l'élaboration de compromis qui commandent l'introduction ou adaptation d'investissements de forme. Ainsi, pour négocier de nouveaux compromis, le contrôle de gestion mobilise des alliés légitimes tels que des acteurs (directeur technique, directeur pharmacie et directeur général) et des actants de type : référentiels (par exemple : Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés - TPER - en France), normes internationales et études scientifiques (médicaments génériques et dispositifs médicaux). Les nouveaux compromis sont inscrits dans de nouveaux investissements de forme (livret thérapeutique, etc.) qui les ancrent dans les pratiques, ce qui renvoie à la notion d'entre-définition : le contenant (contexte) et le contenu se soutiennent mutuellement pour renforcer le réseau. Le système de contrôle de gestion crée un nouveau mode de coopération entre les acteurs et permet l'orientation vers de nouvelles pistes d'évolution, garantissant l'élaboration de compromis en réponse aux conflits. A titre d'illustration, nous rappelons les principaux compromis et investissements de forme réalisés (chapitre 5 : section 3), conduisant à modifier les méthodes de gestion, en réponse aux controverses sur les médicaments génériques, les effectifs de personnel paramédical, et les plans d'investissement. De même, nous rappelons les principales modifications de la structure organisationnelle face au problème de sous-représentativité du corps médical par les directeurs médicaux, ou encore de comportements individualistes suite à la mise en place de primes sur objectifs (recouvrement).

### **La modification des méthodes de gestion**

A travers la mise en place des budgets pour la maîtrise des charges, certains postes comme les achats pharmacie, les achats d'investissement et les charges du personnel donnent lieu à la réalisation de référentiels en réponse aux controverses. Ces derniers sont construits grâce à la réalisation d'un travail collégial entre les différentes entités, à savoir le directeur de pharmacie, le

responsable SCGA, le directeur technique, le directeur général et les directeurs médicaux (le corps médical de façon plus large). Ce travail collégial donne lieu à la mise en place du livret thérapeutique pour maîtriser les achats pharmacie, la normalisation des effectifs pour maîtriser la charge du personnel et son évolution, et le plan triennal pour les achats d'investissement médicaux. L'intégration de ces référentiels engendre la modification des procédures en vigueur et permet ainsi de travailler autrement.

**Responsable RH** « *actuellement pour nous à la direction des ressources humaines, le référentiel de normalisation des effectifs est une sorte de documents incontournable ! il est notre guide pour reconnaître le besoin en personnel surtout pour les services qui ont été ouverts récemment et pour planifier les recrutements, mais surtout pour négocier avec la direction qualité des soins et les directions médicales* »

**Directeur de pharmacie** : « *le livret thérapeutique nous a permis de programmer les achats de façon fluide et nous a allégé en termes de négociation avec les différents médecins, désormais la liste des médicaments et des dispositifs médicaux est connue, partagée par tous. Ainsi que l'ajout ou la suppression d'un article se fait via un comité en toute transparence grâce à une procédure qui a été mise en place.* »

Pour favoriser la découverte de compromis en réponse aux différentes controverses (médicaments génériques, effectifs, investissements), le contrôle de gestion joue un rôle médiateur. Avec l'appui du consultant externe et directeur général, le contrôleur de gestion s'entoure d'alliés légitimes (directeur technique, directeur pharmacie), il mobilise des référentiels (TPER) et études scientifiques (médicaments) ayant une forte légitimité morale au sens qu'ils incarnent « *the right thing to do* » (Suchman, 1995), et ils transforment les résistants (directeurs médicaux) en alliés. Pour contourner les résistances et susciter l'adhésion des directeurs médicaux, les budgets sont modifiés à plusieurs reprises en intégrant leurs recommandations, et le pouvoir de décision leur est délégué. Ces différents alliés y trouvent un intérêt à adhérer, ils gagnent du pouvoir par rapport à la situation antérieure. Les investissements de forme (livret thérapeutique, référentiel pour le personnel, plan triennal) et l'enrôlement des directeurs contribuent ainsi à ancrer les nouveaux compromis dans les pratiques.

## **Modification de l'organisation**

De même, la structure organisationnelle est modifiée en réponse au problème de sous-représentativité du corps médical par les directeurs médicaux, ou encore de comportements individualistes suite à la mise en place de primes sur objectifs (recouvrement). L'interaction de l'organisation par rapport à l'implantation du système de contrôle de gestion conduit à la création du comité médical consultatif de l'établissement (CMCE), nouvelle entité représentative de l'ensemble du corps médical pour la validation du plan d'investissement et l'élaboration du projet d'établissement. La réalisation de ce changement organisationnel émane de la volonté du *top management* d'avoir une entité représentative de l'ensemble du corps médical à la place d'une configuration de départ très contestée et reprochée, où la majorité du pouvoir décisionnel est concentrée au niveau des deux directeurs médicaux. La création du CMCE permet d'intéresser, de mobiliser et enrôler un plus grand nombre de médecins, qui deviennent ainsi porte-paroles du PPO, ce qui n'exclut pas les controverses. La création du CMCE confère aussi une plus forte légitimité morale et pragmatique (Suchman, 1995) aux décisions prises en termes de plan d'investissement et projet d'établissement. En effet, par rapport au recueil du seul avis des directeurs médicaux (voire le directeur technique), la validation par le CMCE confère une plus forte légitimité procédurale (consultation plus large d'experts) et structurelle (Suchman, 1995) avec des membres (experts) chargés de représenter les intérêts du corps médical, et d'agir dans l'intérêt collectif.

Autre exemple, la réaction des agents de recouvrement par rapport à la mise en place des primes sur objectifs s'est traduite par un certain individualisme dans la réalisation des objectifs au détriment de la réalisation d'un objectif global plus près de la réalité et plus efficace. En effet, nous relevons précédemment une tendance des agents d'expédition à détourner le mode de calcul et manipuler l'information saisie sur le système de façon à présenter une meilleure performance ; l'agent de recouvrement se retrouve alors pris au piège avec des dossiers incomplets qui ne peuvent être recouverts et doivent être rejetés. La réévaluation de la situation conduit le responsable du contrôle de gestion, en concertation avec le chef de service, à la nomination de responsables de portefeuille, supervisant la tâche d'expédition et de recouvrement, ce qui permet ainsi la mise en place d'une évaluation globale par portefeuille. Les agents de recouvrement et les agents d'expédition doivent donc se soutenir mutuellement pour améliorer la performance globale. En d'autres termes, l'évaluation globale par portefeuille supervisée par un responsable a pour effet de

modifier les rôles respectifs (expédition et recouvrement) et de favoriser un contrôle social (normes de groupe) entre les deux catégories d'agents, voire aussi des formes d'autocontrôle (Hopwood, 1974). En passant de l'évaluation individuelle à l'évaluation globale par portefeuille, le contrôleur de gestion-traducteur opère un « détournement » qui permet de créer de la convergence entre les acteurs (Amblard et *al.*, 1996). Les actants (primes, dossiers, agents du recouvrement et expédition, chef de service) sont mis en réseau ; le changement suscite une nouvelle cohésion et exerce une force d'entraînement, vecteur de performance du processus de facturation.

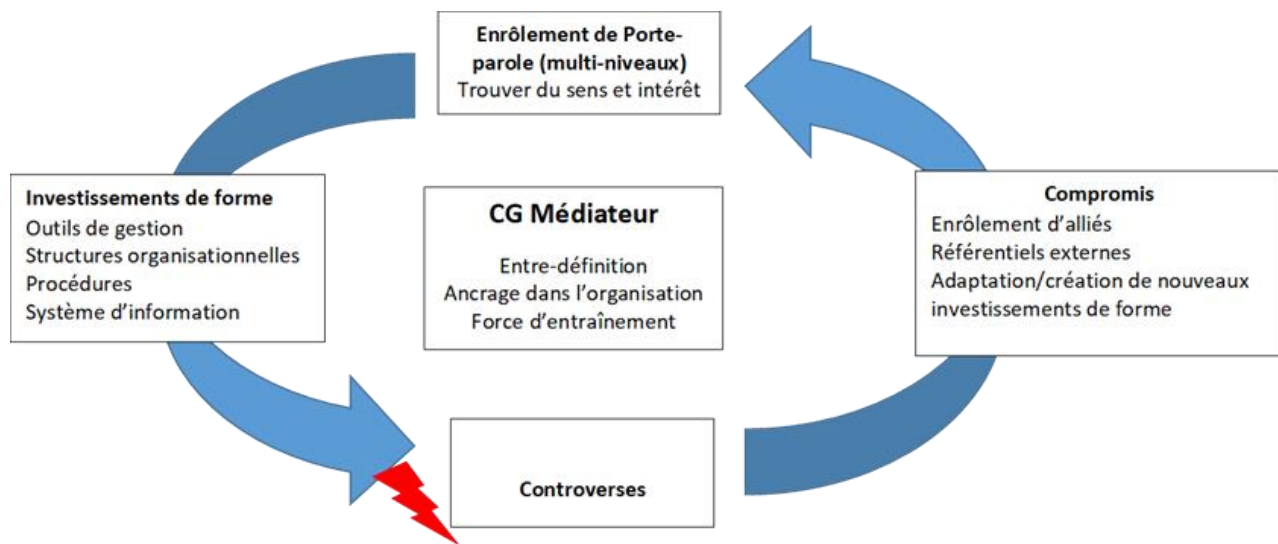
L'analyse du processus de traduction met en évidence que l'introduction du système de contrôle de gestion transforme l'organisation mais également se transforme suite aux différentes controverses qui émergent, permettant ainsi de faire évoluer l'organisation vers de nouveaux modes de gestion. L'innovation instrumentale s'accompagne d'une innovation organisationnelle, consistant à structurer des moyens d'observation, à organiser des modalités d'interprétation collective des informations et de capitalisation des expérimentations (Moison, 2005). Ces changements confirment les travaux d'Hopwood (1987). A partir d'études de cas, cet auteur montre que la comptabilité se développe suite à des crises, et impacte l'organisation au-delà des aspects purement techniques, avec parfois des conséquences inattendues, qui en retour modifient le système comptable. Les systèmes comptables changent au fur et à mesure qu'ils s'entremêlent avec l'organisation (Hopwood, 1987). Ainsi, le contrôle de gestion est considéré comme une « variable dépendante et indépendante » qui façonne et en retour se fait façonner par le contexte (Hopwood, 1983).

### **Conclusion section 2**

#### **Vers un contrôle de gestion « médiateur » du changement**

A travers cette section, nous pouvons dire que le contrôle de gestion joue un rôle de médiateur du changement et de la financiarisation. Acteur-traducteur, les investissements de forme contribuent à enrôler progressivement des porte-paroles aux différents niveaux. Cependant, le contrôle de gestion ne peut s'ancrer dans les pratiques et exercer une force d'entraînement que s'il a la capacité de soutenir des espaces de négociation face aux controverses, et d'intégrer les compromis dans des

investissements de forme. La figure suivante synthétise le processus qui permet au contrôle de gestion de jouer un rôle médiateur du PPO (redressement de l'hôpital).



**Figure 16 : Vers un contrôle de gestion médiateur du changement**

Le traducteur doit mobiliser des alliés légitimes sur le plan opérationnel. Le contrôle de gestion, fort du soutien du traducteur (consultant externe) et du directeur général joue un rôle central dans le processus d'enrôlement multi-niveaux. Grâce aux investissements de forme et à leur complémentarité, le réseau s'élargit petit à petit, faisant converger les différents acteurs autour des mêmes objectifs. Les acteurs en convergeant vers ces objectifs, assurent en même temps leur propre intérêt, « élément crucial pour la réussite de l'enrôlement et la mobilisation » surtout dans le cadre d'une organisation pluraliste. Ces derniers mobilisent alors d'autres alliés, acteurs et actants externes tels que les normes et les études scientifiques et des alliés internes à forte légitimité, ce qui contribue à étendre le réseau tout en densifiant les liens entre acteurs, actants (outils, référentiels, etc.), et les pratiques.

Le contrôle de gestion joue différents rôles : déploiement de la stratégie, diffusion d'un langage commun simple et clarificateur, porteur de financiarisation, vecteur d'apprentissage et influence des comportements. Les différents investissements de forme (outils de gestion, procédures, systèmes d'information), les discours et l'important travail relationnel du contrôleur de gestion (Bollecker et Niglis, 2009) permettent de diffuser les objectifs, de convaincre, d'intéresser et d'enrôler les directeurs, puis progressivement les cadres et agents. Le contrôle de gestion contribue

à faire converger les objectifs et à aligner les groupes intéressés. Autre rôle, en structurant et diffusant un langage commun simple et clarificateur, le contrôle de gestion facilite les échanges, la recherche de compromis pour résoudre les différentes controverses, ainsi que le consensus. Puyou (2009) montre que le contrôle de gestion favorise le compromis : « les impératifs d'efficacité gestionnaire mesurée par le profit précipite néanmoins la recherche de compromis ». Cette capacité à soutenir l'élaboration de compromis est déterminante dans le processus de traduction.

Les compromis se concrétisent par leur inscription dans l'organisation, dans des investissements de forme (adaptés ou créés) comme par exemple : le livret thérapeutique, le référentiel des effectifs, le plan triennal d'investissement ; l'intégration de nouvelles procédures (procédure stock pharmacie, point de stockage et réalimentation automatique, procédure planification des achats d'investissement...) ; la création d'entités nouvelles (CMCE) afin d'assurer la concertation pour les projets d'établissement et le plan triennal d'investissement ; la modifications des modalités d'évaluation de la performance (expédition et recouvrement). Ce faisant, les investissements de forme contribuent à élargir le réseau porteur du processus de traduction, à densifier les liens, tout en renforçant la légitimité morale et pragmatique des actions et projets (Suchman, 1995). Pour conserver son rôle médiateur, le contrôle de gestion change au fur et à mesure qu'il s'entremêle avec l'organisation (Hopwood, 1987).

### **Section 3 : Organisation pluraliste : vers une évolution de la financiarisation pour assurer son irréversibilité ?**

« Un réseau devient irréversible à proportion que les traductions qu'il déploie augmentent leur degré de consolidation et de robustesse, rendant les traductions suivantes prévisibles et inévitables » (Callon, 2006a, p. 248). Un réseau de traduction s'allonge et se consolide dans la mesure où il engage un nombre croissant d'actants divers enrôlés à l'intérieur ou recrutés à l'extérieur, qu'il incorpore des compétences, des dispositifs et énoncés de plus en plus interdépendants et complémentaires, que l'apprentissage collectif gagne en intensité et en extension (Callon, 2006a). A partir de l'étude de la dynamique de la science, Callon (2006a) montre que les notions d'irréversibilité, d'extension et de variété sont liées. L'extension s'accompagne d'un processus de mise en « boîte noire » de sous-réseaux, faisant « peser de tout leur poids les traductions passées dans l'économie des traductions à venir » et permettant au réseau de

fonctionner de manière efficace malgré son rallongement. L'existence d'objets frontières (Star, Griesemer, 1989) ou de médiateurs permet à ces sous-réseaux de coexister, de faire lien entre eux ; le système de contrôle de gestion, présentant les propriétés d'un objet-frontière, est vecteur de cohérence (Baille, 2016). La variété des actions possibles par le réseau est un facteur de succès (Callon, 2006b), variété confortée par le maintien d'un degré de diversité dans le réseau. Cependant, le réseau par son extension est parsemé de germes de différenciation où peuvent se reconstruire des traductions divergentes (Callon, 2006a), ce qui nécessite une vigilance et transparence permanente (Amblard et *al.*, 1996).

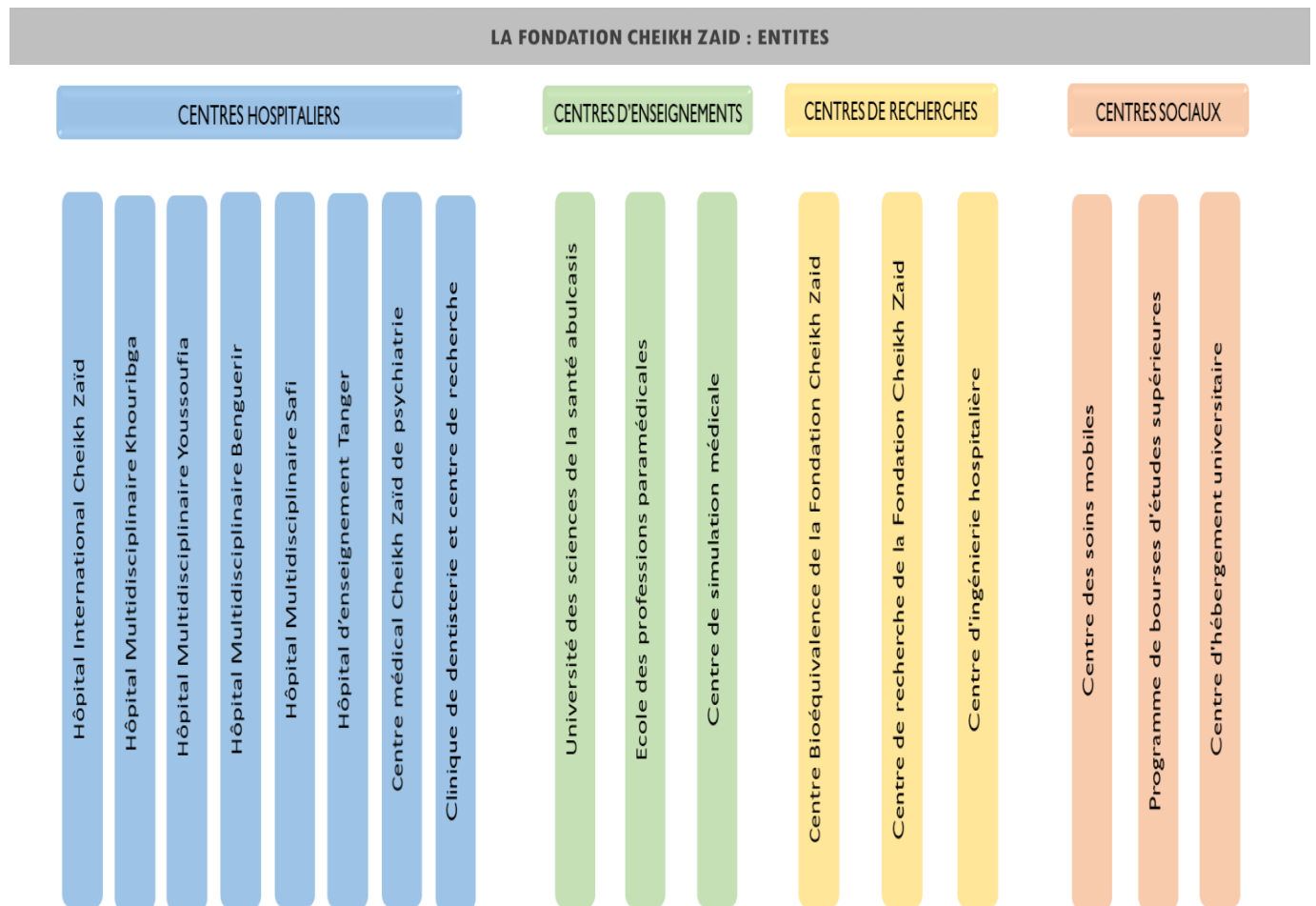
Nos résultats montrent que du fait de la réussite du changement, le modèle acquiert un statut de porte-parole. Sa réplication et l'intérêt qu'il suscite conduit à une extension du réseau, ce qui crée de nouvelles attentes (1.). L'engagement croissant d'acteurs en interne et en externe donne lieu à de multiples controverses, qui nécessitent de nouveaux arrangements et compromis, avec une évolution du point de passage obligé « Financiarisation » intégrant désormais des enjeux éthiques et sociétaux (2.).

## **1. Extension du réseau et émergence de nouvelles attentes**

Le nouveau mode de gestion qui tient compte des facteurs économiques permet à la structure de réaliser des performances financières, d'assurer sa pérennité financière et même son extension. Cette extension rend visible la réussite du changement dans le domaine hospitalier, ce qui attire un partenaire industriel fort au Maroc, souhaitant développer une offre de soin de qualité dans trois régions. **Le modèle de gestion est dupliqué.** Suite à la réussite de la première expérience, le projet de duplication s'étend à une quatrième zone. Forte de son expérience, la fondation duplique le modèle dans d'autres hôpitaux (hôpital universitaire de Tanger, hôpital psychiatrique de Bouznika). Actuellement, des pourparlers sont en cours de concrétisation pour la reprise en gestion déléguée et mise à niveau d'une structure hospitalière publique. S'agissant d'un partenariat public-privé, le système de gestion sera adapté, car l'hôpital public touche une large population et pratique des tarifs réduits.

La fondation se diversifie par la création de l'une des premières universités des sciences de la santé au Maroc en 2014, d'un laboratoire de bioéquivalence, d'une grossisterie en 2019 et la préparation d'un projet de création d'une usine de produits pharmaceutiques (Figure 17). Ces projets allient

une volonté claire de réaliser des économies d'échelle et de synergie entre développement hospitalier et universitaire. Mais également, ces projets mettent en évidence une forte orientation vers la réalisation de projets rentables capable d'assurer une pérennité et une visibilité financière à moyen et long terme à la fondation Cheick Zaid. Ce *business design* contribue à mettre en place **un écosystème autour de la fondation** au travers de ses projets, permettant au final d'assurer un équilibre financier



**Figure 17 : Projets et entités de la Fondation Cheikh Zaid**

L'objectif de la fondation, atteindre l'équilibre financier tout en réalisant ses missions sociales et de santé, soutient la financiarisation jusqu'à devenir une logique incontournable dans la structure. En effet, la financiarisation s'institutionnalise petit à petit au sein de la structure et constitue la ligne directrice des choix de gestion, conduisant à privilégier les projets à forte rentabilité afin



d'assurer la pérennité financière de la structure, et plus largement de l'écosystème. Suite à la nouvelle vision, les pratiques managériales changent, prennent en compte l'aspect économique et donnent plus de pouvoir à la DOCQ. Le contrôle de gestion s'intègre dans toutes les prises de décision « le contrôle dépasse la gestion » (directeur médical) au point que la variable économique est toujours présente, laissant peu d'espace à l'intégration d'autres variables.

A travers ces premiers résultats, nous pouvons dire que le modèle économique devient un porte-parole. Sa réussite lui assure une visibilité, ce qui attire d'autres intervenants tels que des partenaires externes (entreprises, état, fondation avec objectifs similaires). En effet, la fondation est sollicitée pour un partage d'expérience avec le ministère de tutelle et les organismes qui poursuivent des buts similaires. Elle est également sollicitée pour la réalisation de projets communs tels que le projet de mise à niveau et de gestion délégué d'un centre hospitalier comme expérience pilote. Ces sollicitations montrent des attentes de l'environnement vis-à-vis de la Fondation ; elle est appelée à intégrer des objectifs plus globaux qui s'insèrent dans la stratégie sanitaire du Maroc. La fondation Cheikh Zaid est une partie prenante importante dans la stratégie de santé. Ces diverses sollicitations montrent que par sa réussite, la Fondation gagne en légitimité, mais se doit en retour de mieux prendre en compte les attentes d'autres parties prenantes externes : Ministère de Tutelle, fondations similaires. En d'autres termes, dans le système de santé, la Fondation est appelée à contribuer encore plus à l'intérêt général.

A travers son extension, l'HUICZ renforce son positionnement, son attractivité auprès du corps médical, ce qui intéresse le secteur de la santé, confronté à des difficultés de recrutement. En effet, la crise suite à la décision ministérielle concernant le statut du personnel médical mis à disposition, montre qu'une grande majorité (23/ 32) des médecins permanents mis à disposition décident de rester dans la structure, en négociant leur détachement ou des départs volontaires (par rapport au secteur public) pour ceux pouvant le faire grâce à leur durée d'exercice. Pour combler les départs de médecins permanents, la fondation recrute de nouveaux médecins dont certains venant de l'étranger (France, Belgique...). La question du TPA est plus complexe avec d'un côté la nécessité pour la structure de respecter les décisions ministérielles, et d'un autre côté la liberté à laquelle sont habitués les médecins TPA. Un certain nombre décident d'aller travailler dans d'autres cliniques, mais la plupart décident de revenir à l'HUICZ qui offre désormais de nouvelles perspectives, avec le développement de pôles d'excellence, et les possibilités de participation dans les formations

initiales au sein de l'université des sciences de la santé. Le cadre offert par la fondation Cheikh Zaid permet aux médecins de s'épanouir professionnellement entre la pratique de la médecine et la formation théorique et clinique. Autre facteur non négligeable, la direction des impôts en 2019 fait des contrôles fiscaux, suivis de notifications de redressements aux médecins rémunérés « au noir » exerçant dans des cliniques privées ou cabinets. Cette nouvelle politique de contrôle fiscal conforte les médecins exerçant à l'HUICZ dans leur choix de la transparence.

En synthèse, le *business model*, sa réussite et l'extension répondent à des problématiques plus larges de la société marocaine : formation de médecins et personnel paramédical, offre de soins attractive auprès du corps médical et répondant aux forts besoins du Maroc, autofinancement de la croissance de l'offre de soins et de formation, et même transparence dans les affaires. Ce faisant, la Fondation se diversifie, étend son réseau et gagne en légitimité, mais en même temps, elle doit répondre aux nouvelles attentes : assistance aux autres fondations du domaine de la santé, partenariat avec des hôpitaux publics. L'extension porte des germes de différenciation, où peuvent se reconstruire des traductions divergentes (Callon, 2006a).

## **2. Vers une meilleure prise en compte de toutes les parties prenantes**

Dans les précédents chapitres, nous mettons en évidence les représentations sociales au sein de la structure ainsi que les différentes controverses engendrées par le processus d'implantation du contrôle de gestion conduisant à une modification des rapports de pouvoir, à la création de coalitions et à la transformation des relations sociales. Pour atteindre une irréversibilité du changement, la structure est obligée de muter et doit assurer une vigilance par rapport à de nouvelles controverses. L'organisation doit également tenir compte de toutes les parties prenantes en présence que nous allons identifier à la suite, l'élargissement du réseau conduit à des réactions qu'il faut savoir canaliser. Plusieurs auteurs (Hopwood, 1976, 1987 ; Burchell *et al.*, 1985, Robson, 1992) mettent en évidence le rôle du système de contrôle de gestion dans la reconfiguration des rapports de pouvoir, d'où l'intérêt de la prise en compte du contexte social dans notre analyse. Notre objectif ici est de montrer que l'implantation du contrôle de gestion dépasse l'aspect technique, et impacte les relations intra-organisationnelles, voire aussi contribue à modifier les orientations stratégiques. Nous présentons les différentes controverses (manifestées ou en germe) nécessitant une évolution du Point de Passage Obligé « financiarisation) afin de mieux prendre en

compte les attentes des différentes parties prenantes : corps médical (2.1), personnel paramédical (2.2), patients et directeurs d'établissement (2.3), et plus largement la société (2.4). En conclusion, dans une organisation pluraliste, le contrôle de gestion ne peut maintenir son statut de médiateur qu'à condition d'intégrer les enjeux éthiques et sociétaux (2.5).

## **2.1 Une hausse des tarifs et rémunérations en réponse aux revendications du corps médical**

Comme dans toute organisation pluraliste, par le passé, les médecins détenaient une importante marge de manœuvre et pouvaient acquérir beaucoup d'avantages au détriment de la pérennité financière de l'organisation. Les nouvelles orientations de la structure ainsi que l'intégration du système de contrôle de gestion limitent le périmètre d'action de ces derniers. Au départ, les directeurs médicaux représentent le personnel médical et sont des porte-paroles auprès de leurs pairs dans le cadre du projet de changement. Cependant, la nécessité d'une représentation plus rapprochée se fait sentir, ce qui conduit à la création du CMCE, réparti en groupes homogènes de spécialités. Durant les réunions, ce comité fait part des revendications du personnel médical : demande d'augmentation des tarifs de certaines prestations afin d'augmenter leurs honoraires. Cette demande est prise en compte après l'ouverture de l'extension.

## **2.2 Plus de reconnaissance du personnel paramédical après des grèves**

Nous pouvons dire qu'il existe trois grands groupes au sein de l'HUICZ : le corps administratif et technique, le corps médical, et le corps paramédical. Le changement fait évoluer la situation des différents groupes, notamment le corps administratif et technique qui est impliqué dans le processus d'implantation du système de contrôle et acquiert une position importante compte tenu de la nouvelle vision axée sur les performances financières. Cette évolution est très visible à travers les réorganisations touchant le personnel administratif, les primes d'intéressement au profit des agents de recouvrement, les promotions et le positionnement plus fort de la DOCQ à tel point qu'elle intègre tous les processus administratifs clefs de l'établissement. Le corps médical qui détient à l'origine une position de pouvoir centrale, est déstabilisé par la réduction de son périmètre et de ses marges de manœuvre sur toutes les activités de l'HUICZ. Cependant, il réussit progressivement à se faire représenter par les groupes homogènes des spécialités (CMCE) et ainsi à élargir sa représentativité et sa participation à la prise de décision. Les investissements réalisés pour le

développement de pôles, l'augmentation des honoraires et le projet d'établissement attestent de l'intérêt accordé à cette catégorie. Nous pouvons dire qu'un équilibre s'est instauré, permettant la prise en compte des avis, intérêts et objectifs des deux parties prenantes (corps médical, administratif et technique), tout en maintenant les objectifs assignés par le sommet stratégique.

*A contrario*, outre les réductions d'effectifs, le corps paramédical n'a pas gagné en termes de positionnement. Face à cette situation, le corps paramédical manifeste son mécontentement en organisant une grève, afin de se faire entendre. Suite à ces manifestations, cette catégorie de personnel réussit à se faire représenter par une direction répartie en plusieurs divisions, ce qui auparavant était difficile à mettre en place du fait de la résistance des directeurs médicaux et de leur important pouvoir. Cette réorganisation permet de promouvoir du personnel paramédical et d'augmenter le taux d'encadrement par entité. L'organigramme en vigueur depuis l'année 2015 est le suivant :

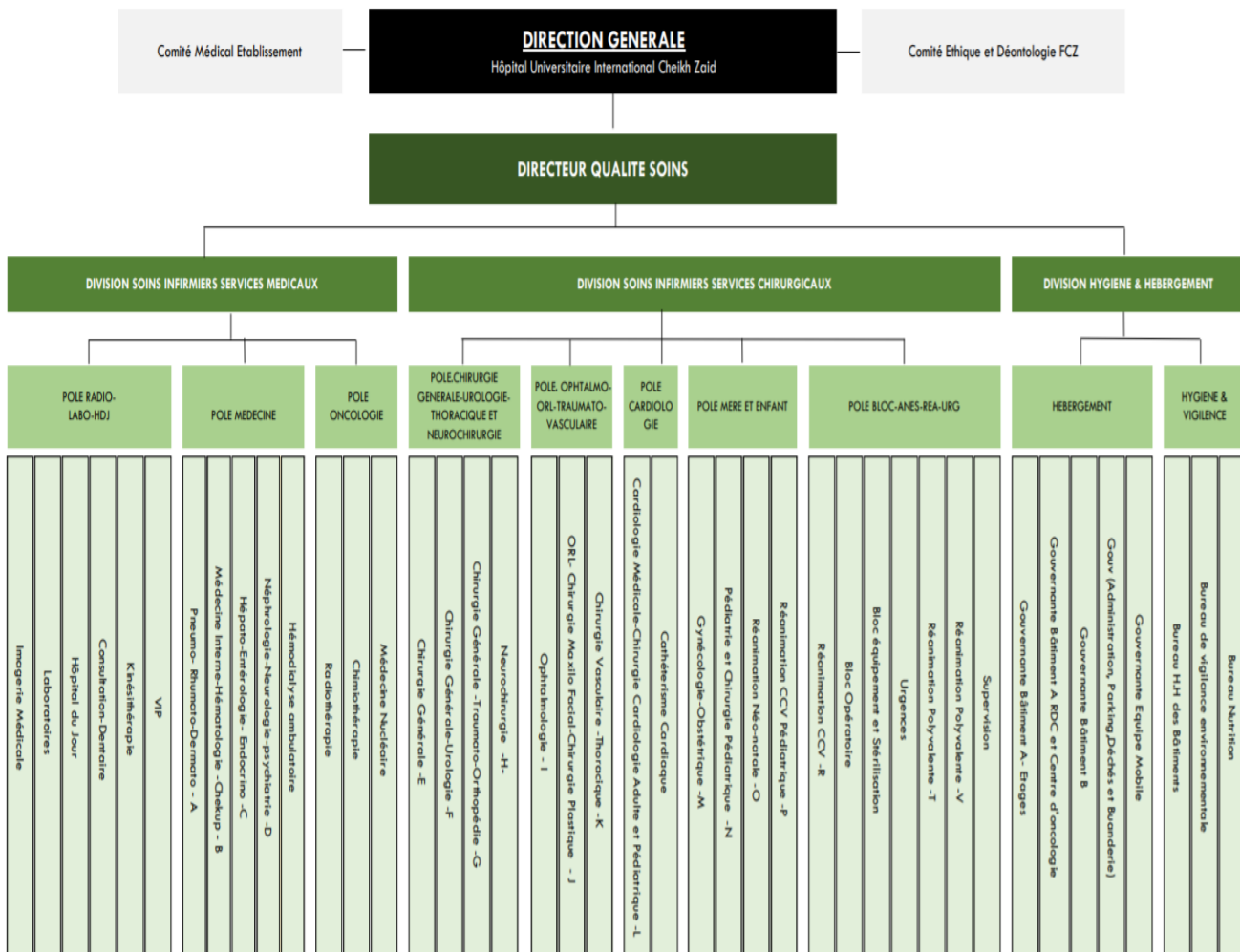


Figure 18 : Organigramme direction qualité des soins 2015

En effet, la direction Qualité Soins est désormais constituée de Divisions soins infirmiers services médicaux, avec des chefs de pôle (spécialités), puis des majors de service (poste existants antérieurement). Au départ, il n’y avait pas de direction qualité des soins infirmiers et tout le personnel paramédical dépendait de la direction médicale. La réorganisation permet également qu’un directeur représente le personnel paramédical au sein du directoire, chargé de relayer leurs préoccupations opérationnelles au même titre que celles des autres catégories.

En plus, un plan de formation est mis en place afin d'améliorer la situation professionnelle de certains profils et leur permettre d'évoluer. En effet, une enveloppe budgétaire d'un montant de plus de 6,8 MMAD est consacrée depuis 2015 pour la formation de 697 personnes. Le tableau suivant réparti le nombre de personnes formées par année et par type de formation continue ou formation initiale. Ces formations permettent à certains personnels d'exercer des responsabilités, de compléter leurs compétences par des acquis de gestion à travers les formations continues et le Master, ou encore de prétendre à d'autres fonctions avec une meilleure rémunération.

Type de formation	Années scolaires	Nombre étudiants	Montant
Formation initiale	2015/2016	148	1 206 401
	2016/2017	294	2 712 700
	2017/2018	92	795 700
	2018/2019	68	685 100
Formation continue	2016/2017	73	1 127 000
	2017/2018	22	302 500
<b>Total Général</b>		<b>697</b>	<b>6 829 401</b>

**Tableau 20 : Dépenses de formation du personnel paramédical**

La fondation à ajouter en 2019 parmi ces valeurs affichées sur son site officiel des orientations qui intègre le bien être du personnel qui se concrétise par la création d'une association pour les œuvres sociales du personnel.

Extrait du site officiel de fondation (valeurs)

- Le bien-être de notre personnel à travers l'amélioration de ses conditions de travail.

### **2.3 Une structure de gouvernance fortement modifiée : vers une plus forte légitimité**

La multiplication des projets de la fondation (Fig. 3) et leur diversité conduit à créer des représentants intermédiaires de la fondation qui seconde le conseil d'administration, pour gérer la fondation et en représentation des divers établissements en activité, et même en projet. Le traducteur (consultant externe) devient directeur de la Fondation, passant d'un statut initial de « collaborateur des commanditaires » pour l'HUICZ à un statut officiel par Dahir dans la Fondation. Un extrait du Dahir portant loi n°1-93-228 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) définit son rôle :

**Extrait loi n°1-93-228** « ART 7 – La fondation est dirigée par un directeur Le directeur détient tous les pouvoirs nécessaires à la gestion de la Fondation sous réserve de ceux qui sont dévolus au Directeur de l'hôpital Cheikh Zaid conformément aux articles 8,9,10 et 11...etc. »

En d'autres termes, l'extension du réseau passe aussi par une modification de la gouvernance, avec la nomination d'un directeur de fondation très légitime (Suchman, 1995) par son charisme, son pragmatisme et sa forte proximité avec les plus hauts dignitaires au Maroc.

De même, la mise en visibilité de la Fondation impose plus de transparence tant sur la performance économique que sur la qualité des soins. Depuis 2014, deux audits diligentés par les membres du conseil d'administration sont réalisés, audits portant sur l'analyse des performances économiques, mais aussi de la qualité du service rendu (nouveau besoin ressenti). En effet, le développement économique de la structure est tel qu'aujourd'hui, on passe à l'intégration d'une performance qualité avec le projet d'accréditation de l'hôpital démarré en 2019. Cette action atteste du passage de l'organisation à une autre étape, l'intégration d'indicateurs qualité, suite logique de la première étape viabilité économique, conformément à la vision du consultant externe quant au développement de l'HUICZ

#### **2.4 Une intégration de la dimension sociale et humanitaire**

De par ses missions et son statut, la fondation Cheikh Zaid crée des attentes au niveau de l'Etat et de la société. Ainsi, dans le cadre du développement de ses activités et de ses projets, la Fondation établit des partenariats, et en contrepartie porte un programme social afin de répondre aux attentes du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur, et afin d'assurer l'une des missions « **la mise en place de toute action à caractère social ou humanitaire au profit des personnes démunies** » stipulée dans le Dahir de création de la Fondation [Dahir n° 1-14'-126 du 3 Chaoual 1435 (31 juillet 2014)]. Ce programme comprend un centre social des bourses d'études chargé de délivrer des bourses d'études au profit d'étudiants excellents et défavorisés, un centre social des soins médicaux mobiles. Ce centre a pour finalité de s'intégrer dans une stratégie globale du pays « Santé pour tous », une vision de plus de proximité afin d'assurer le renforcement de la couverture sanitaire en milieu rural (antennes mobiles). Ainsi à partir de 2015, la Fondation Cheikh Zaid met en place un véritable centre itinérant de diagnostic pluridisciplinaire associé à une unité d'intervention ophtalmologique pour :

- Offrir des actes médicaux et chirurgicaux gratuits et de qualité aux populations les plus démunies, souvent situées dans des zones rurales enclavées.
- Permettre le diagnostic précoce de certaines maladies à fort taux de mortalité grâce à la disponibilité d'une unité radiologique et de laboratoire.
- Lutter contre la malvoyance et la cécité réversible au Maroc par la réalisation des interventions chirurgicales de cataracte.
- Mettre en place des actions au profit de personnes de grande vulnérabilité (la femme, l'enfant et les personnes âgées).
- La prévention, le transfert de connaissance et la formation continue.

Le tableau suivant met en évidence l'activité du centre social de soins mobile depuis son démarrage avec l'enveloppe budgétaire y afférant.

Rubrique	Nombre Caravane	Total bénéficiaires		Total pharmacie	Coût global
		Actes chirurgicaux	Consultations		
Caravane 2015	10	874	3464	1 229 977,51	3 709 333,56
Caravane 2016	15	759	10449	1 646 961,58	4 153 556,82
Caravane 2017	12	711	6812	1 212 189,25	3 832 932,23
Caravane 2018	12	810	6655	1 289 691,42	3 638 497,09
Caravane 2019 (jusqu'au mois 09)	10	1280	6661	928 495,56	3 311 309,40
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>4434</b>	<b>34041</b>	<b>6 307 315,32</b>	<b>18 645 629,1</b>

**Tableau 11 : Caravanes médicales**

## 2.5 Vers une financiarisation RSE

L'intégration d'une vision économique dans le mode de gestion de la fondation, le recours à des projets à forte rentabilité permettent à la structure d'assurer son développement. Le contrôle de gestion est porteur de financiarisation au sein d'une institution à but non lucratif dont la finalité n'est pas de distribuer des dividendes aux actionnaires ou d'accroître la valeur à leur profit, mais au final d'assurer sa pérennité et le développement de projets sociaux au profit des plus vulnérables. La première étape « financiarisation » permet désormais à la fondation de remplir aussi sa mission sociale, tout en étant un acteur précurseur dans le domaine hospitalier. Les différentes controverses *post* extension montrent une prise en compte progressive des attentes des multiples parties prenantes internes (personnel médical, paramédical) et externes (société, autres fondations, etc.). L'extension du réseau et les controverses avec les différentes



parties prenantes conduisent à faire évoluer le PPO d'une financiarisation à une orientation financière intégrant des enjeux éthiques et sociétaux, les différentes dimensions de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), un PPO que nous intitulons « **financiarisation RSE** ». Comme le souligne Eggrickx (2014), un contrôle de gestion « médiateur » de la financiarisation (Ezzamel *et al.*, 2008 ; Morales et Pezet, 2010), pourrait conduire vers une impasse, un partage de la valeur créée au profit des actionnaires, en l'occurrence dans notre terrain au profit de la Fondation, et au détriment des autres parties prenantes, au lieu de soutenir la création de valeur (Gomez, 2001). Cette voie reviendrait à porter sur le devant de la scène les valeurs économiques au détriment des valeurs sociétales et environnementales, alors même que l'organisation ne peut fonctionner que sur des valeurs multiples (Dumez, 2013), encore plus dans une organisation pluraliste tel qu'un hôpital, porté par une fondation ayant une mission sociale et humanitaire. La crise du Covid-19 nous rappelle que la santé est un bien commun au sens d'Ostrom (1990), bien commun conditionnant la poursuite de toute activité économique, bien commun que la Fondation se doit de porter.

### **Conclusion section 3**

#### **Vers une irréversibilité du contrôle de gestion « médiateur » de la financiarisation?**

Dans cette section, nous mettons en évidence l'irréversibilité du changement grâce à la réussite du *business design* devenu porte-parole et répliqué dans d'autres hôpitaux, ce qui lui donne une forte visibilité et renforce le rôle du contrôle de gestion avec les objectifs intrinsèques qu'il porte : la pérennité de l'hôpital. Le *business design* permet de mettre en place un écosystème autour de la fondation (Université de médecine, laboratoire de bioéquivalence, etc), qui devient plus attractive pour le corps médical. Cependant, si la Fondation gagne en légitimité, ses obligations deviennent aussi plus importantes ; elle se doit de répondre aux nouvelles attentes externes : assistance à d'autres fondations du domaine de la santé, partenariat avec un hôpital public.

De façon similaire, la réussite du redressement crée de nouvelles attentes en interne. Les différentes controverses conduisent à mieux prendre en compte les diverses parties prenantes : une hausse de rémunération pour le corps médical ; une plus forte reconnaissance du personnel paramédical (promotion, formation, représentativité au directoire). Le statut de précurseur crée aussi de nouvelles obligations en interne : processus d'accréditation pour garantir aux patients la qualité des soins ; représentants des directeurs d'établissements au conseil

d'administration de la Fondation ; obligation de rendre des comptes, notamment à travers les audits diligentés par le conseil d'administration.

Si la Fondation contribue largement à une plus grande offre de soins au Maroc, il lui est demandé désormais d'intégrer la dimension sociale et humanitaire au profit des personnes démunies (bourses pour les études de médecine, centre de soins mobiles) dans le cadre de la stratégie « Santé pour tous » au Maroc.

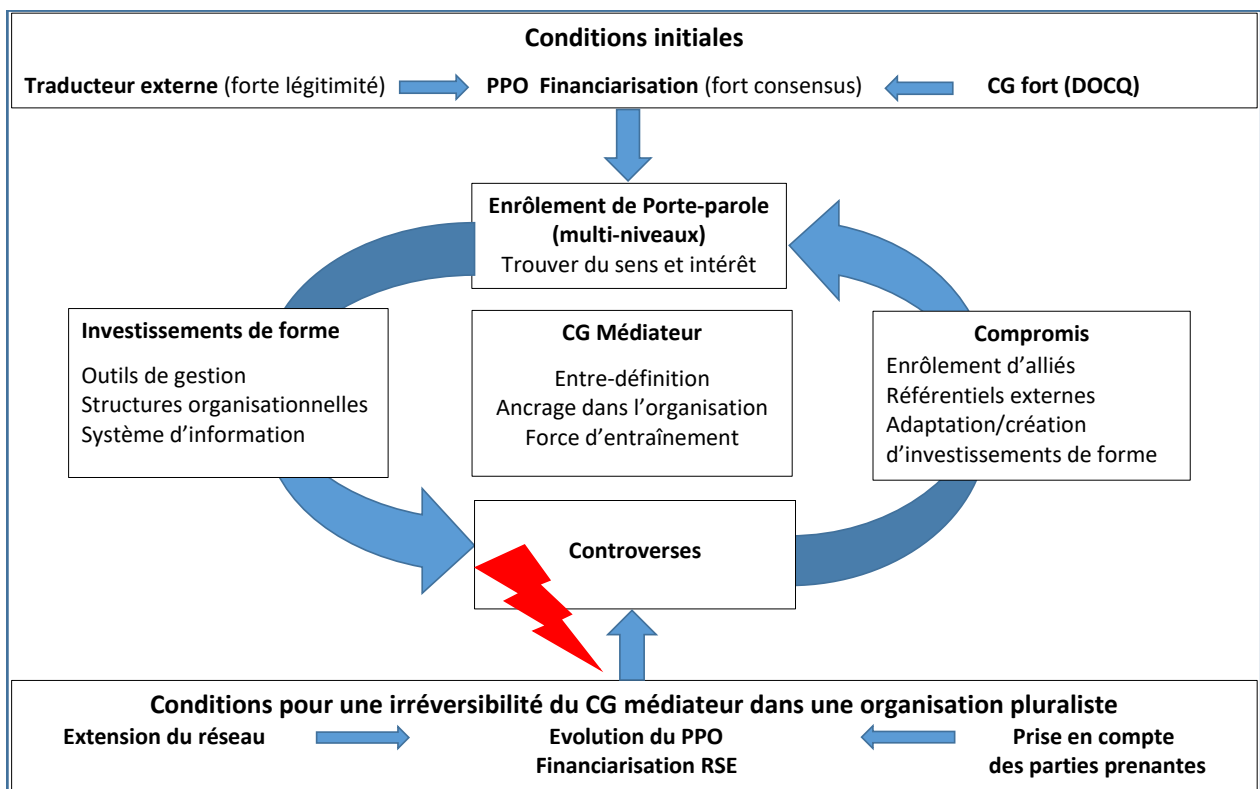
« Rallonger le réseau est une des conditions de la solidité du réseau. Cette phase consiste à multiplier les entités qui le composent dans une logique qui conduit du centre à la périphérie » (Amblard et *al.*, 1996, p 163). La réussite du changement a permis progressivement d'agglomérer d'autres hôpitaux, puis de nouvelles entités créées (Université de médecine, etc.) et enfin des entités externes (autres fondations). Cependant, l'intégration d'entités peut fragiliser le réseau (grèves, revendications médecins, etc.), le soumettre à des traductions concurrentes (attentes de la société), ce qui suppose une vigilance et une transparence permanente. En l'occurrence, le point de passage obligé doit évoluer en fonction des nouvelles attentes et des diverses parties prenantes ; il s'agit de passer de la financiarisation à une vision enrichie, une orientation financière prenant en compte les enjeux éthiques et sociaux (personnel, patients, société). La figure suivante synthétise les conditions pour une irréversibilité du changement : une extension du réseau, une plus forte prise en compte des parties prenantes, ce qui au final contribue à l'évolution du PPO. Une évolution qui suppose une transparence : rendre compte de la valeur créée pour l'ensemble des parties prenantes.



**Figure 19 : Conditions pour une irréversibilité du CG « médiateur »**

## CONCLUSION DU CHAPITRE 6

En synthèse, la figure ci-dessous illustre les points-clé pour que le contrôle de gestion assure un rôle médiateur dans une organisation pluraliste. Il explicite les conditions initiales pour pouvoir impulser le contrôle de gestion, les conditions pour ancrer le contrôle de gestion dans l'organisation, et enfin les conditions post-changement pour que le contrôle de gestion conserve son rôle de médiateur.



**Figure 20 : Vers un contrôle de gestion « médiateur » d'une financiarisation RSE**

Nos résultats (section 1) montrent trois conditions initiales pour un contrôle de gestion médiateur du changement : un traducteur à forte légitimité, un PPO faisant consensus, un service contrôle de gestions fort et une préparation de l'organisation au contrôle de gestion. Dans la théorie de la traduction, la légitimité du traducteur et des actions (projets) est essentielle pour la réussite du processus de traduction (Walsh *et al.*, 2010 ; Amblard *et al.*, 1996). Le traducteur (consultant externe) et le projet (redressement de l'hôpital pour assurer sa pérennité) bénéficient d'une forte légitimité pragmatique et morale (Suchman, 1995). De plus, le projet fait consensus pour deux raisons principales ; il s'appuie sur une problématisation non contestée

(pérennité de l'hôpital compromise) et il ouvre à terme de nouvelles opportunités (extension future), notamment pour le corps médical. Cependant, ces conditions ne suffisent pas, encore faut-il préparer l'organisation pluraliste à l'accueil d'un contrôle de gestion « médiateur » du changement alors que le corps médical détient un fort pouvoir. Cette préparation se fait en positionnant le contrôle de gestion dans une direction organisation contrôle qualité (DOCQ) transversale, au carrefour des processus et systèmes d'information administratifs et opérationnels (médecine).

Pour la réussite de l'intéressement (PPO faisant consensus), le processus de traduction (section 2) passe par l'enrôlement progressif de porte-paroles légitimes, ce qui nécessite de substituer « à des entités nombreuses et difficilement manipulables un ensemble d'intermédiaires moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à manipuler et contrôler » (Callon, 1986, p 87). Les investissements de forme (outils de gestion, procédures, réorganisations, systèmes d'information) sont des intermédiaires facilitant la déclinaison du PPO en actions, la diffusion d'un langage commun simple et accessible pour tous (nombre limité d'indicateurs), l'apprentissage et un alignement des comportements. Ces intermédiaires ne suffisent pas en soi. Le contrôleur de gestion, acteur-traducteur doit faire un important travail relationnel (Bollecker et Niglis, 2009) et travail de négociation (mobilisation de référentiels externes, réunions, discussions), créer ou adapter les investissements de forme (CMCE, livret thérapeutique, système de primes) en fonction des nouveaux compromis, afin d'ancrer les intermédiaires dans les pratiques. Le contrôle de gestion est appelé à évoluer au fur et à mesure qu'il s'entremêle avec l'organisation (Hopwood, 1987). Le contrôle de gestion exerce alors une force d'entraînement pour le changement ; le contexte et le contenu se soutiennent mutuellement.

Enfin, nous montrons l'irréversibilité du processus de changement (section 3) à travers le rallongement du réseau : duplication dans d'autres hôpitaux du *business model* devenu porte-parole, écosystème autour de la Fondation (Université de médecine, laboratoire de bioéquivalence, etc.), forte attractivité auprès du corps médical, intéressement d'acteurs externes (autres fondations, Ministère de la santé, projet de partenariat public/privé). Cependant, l'extension du réseau est porteuse de traductions divergentes, de controverses et de nouvelles attentes tant des parties prenantes internes à l'organisation pluraliste (revendications des médecins, grèves) qu'externes (dimension humanitaire et sociale). Dans une organisation pluraliste telle qu'un hôpital à but non lucratif créé par une fondation ayant une mission humanitaire et social, le contrôle de gestion ne peut conserver son rôle médiateur qu'en

évoluant, en passant à une « financiarisation RSE » intégrant des enjeux éthiques et sociétaux. A défaut, comme le souligne Latour (*In Amblard et al.*, 1996, p.166), le pas est vite franchi de l'attitude du *traduttore* (traducteur) à celle du *tradittore* (traître), un contrôle de gestion « médiateur » devenu traître en trahissant les valeurs de l'organisation pluraliste et de la fondation !

## **Conclusion générale**

Notre recherche sur l'introduction du système de contrôle de gestion dans le contexte d'une organisation pluraliste en transformation mobilise la théorie de la traduction. Si l'organisation étudiée dans cette thèse est une structure hospitalière à but non lucratif, sa pérennité dépend exclusivement de sa viabilité économique. Cette vision est diffusée tout au long du projet de restructuration mené par un consultant externe à forte légitimité.

Dans le cadre de ce processus de transformation, nous nous sommes intéressés au processus de construction sociale qui se réalise lors de l'introduction d'un système de contrôle de gestion. Plus précisément, nous nous sommes attachés à « explorer le processus par lequel une technique et un social se forment » (Drevet et Rocher, 2010, p. 87). En effet, les pratiques et usages méritent d'être mis en évidence, ces aspects étant encore peu investigués dans le champ des sciences de gestion. L'analyse de l'introduction de systèmes de contrôle de gestion dans son contexte s'avère particulièrement riche, notamment au sein d'organisations caractérisées par des groupes d'acteurs ayant des valeurs différentes et des objectifs divergents, et dans lesquelles des rapports de pouvoir se sont développés : « En somme, lorsqu'un chercheur étudie les pratiques organisationnelles, il n'explore pas des entités séparées mais, plutôt, des totalités relationnelles chargées de sens, c'est-à-dire, des humains et des objets qui sont interreliés et qui apparaissent sous la forme de pratiques familières, que le chercheur doit traiter » (Sandberg et Tsoukas, 2011, p. 341).

La théorie de l'acteur réseau ou de la traduction nous a semblé la plus adéquate pour appréhender les aspects cités plus haut, notamment au travers d'une analyse fine des actants en présence et d'une mise en évidence du processus de construction sociale autour du système de contrôle de gestion. Dans notre recherche, ce dernier est pris en compte dans sa dimension la plus vaste, en intégrant les acteurs (notamment le contrôleur de gestion) et les actants (notamment les outils sous toutes leurs formes : outils de contrôle de gestion, système d'information, dispositif de contrôle interne). Cette angle d'analyse permet ainsi d'identifier comment le système de contrôle de gestion peut être médiateur du changement dans une organisation pluraliste. Pour ce faire, l'étude de la seule dimension technique du SCG n'est pas suffisante, il est nécessaire d'intégrer les dimensions organisationnelle et sociale.

Dans notre conclusion générale, nous allons dans un premier temps présenter les résultats tirés de cette recherche. Ensuite nous exposons les apports théoriques, méthodologiques et managériaux. Enfin nous présentons les limites et proposons des perspectives de recherche.

## 1. Synthèse des résultats de la recherche

A travers l'analyse de la transformation de l'HUICZ, nous avons identifié les différentes phases du processus de traduction. Cette analyse met l'accent sur certains aspects permettant à la traduction de s'opérer :

- Un point de passage obligé fort qui met l'ensemble des acteurs dans une position de consensus sur la « nécessité d'assainir la situation financière pour pérenniser la structure ».
- Un traducteur légitime soutenu par des mandataires influents.
- Le recours au SCG pour le déploiement des objectifs qui lui confère une fonction de médiateur.
- Un enrôlement progressif des porte-paroles qui démarre par le contrôle de gestion et le directeur général et s'étend vers le reste des parties prenantes (enrôlement à deux niveaux).
- L'emploi d'investissements de forme organisationnels et techniques pour l'implantation et le développement du SCG, soutenant le processus de traduction.

Dans la perspective de mener son projet de changement, le traducteur s'engage dans une analyse du contexte pour identifier les acteurs clefs et les arguments capables de les mettre d'accord autour de la nécessité d'intégrer cette nouvelle vision. En effet, la contextualisation est l'« analyse des actants en présence, de leurs intérêts, de leurs enjeux et de leur degré de convergence » (Amblard *et al.*, 1996, p. 155). Devant l'importance du point de passage obligé, un réseau d'actants s'est progressivement constitué. Pour déployer son projet, le traducteur a recours à des investissements de forme à travers l'intégration d'un système de contrôle de gestion (outils, système d'information, modification du dispositif de contrôle interne). Ce dernier permet la diffusion d'un langage simple et accessible, de garantir l'alignement des comportements et d'impulser une dynamique d'apprentissage. En outre, la recherche met en évidence le rôle du contrôleur de gestion en tant qu'acteur-traducteur au travers de ses efforts de négociation, de mise en relation et d'adaptation conduisant au compromis social. Ainsi, le système de contrôle de gestion évolue en entrant en interaction avec l'organisation ; ils s'influencent et se soutiennent mutuellement. Enfin, le processus du changement devient irréversible lorsque le business model de l'HUICZ intéresse d'autres organismes et y est



dupliqué par la fondation. Cette dernière se développe et crée un écosystème attractif pour les différents corps de métiers et les institutions.

Dans la discussion menée dans le sixième chapitre de cette thèse, nous avons exposé une réflexion autour du rôle du système de contrôle de gestion dans une organisation pluraliste. Nous avons ainsi mis en évidence que le contrôle de gestion est porteur de la financiarisation et ce grâce à la dualité que nous avons constatée entre ce dernier, l'organisation et le contexte social. Il permet la médiation de la financiarisation, et l'extension du réseau, en favorisant les réponses aux controverses par l'élaboration de compromis et leur intégration dans des investissements de forme. Cependant, le rallongement ne peut se réaliser qu'après une évolution des orientations de la financiarisation vers des objectifs sociétaux et éthiques. Ces modifications viennent en réponse aux attentes d'un réseau qui s'agrandit et intègre de plus en plus d'acteurs internes et externes.

## **2. Les apports de la recherche**

Différents apports de notre thèse peuvent être identifiés aussi bien sur le plan théorique, que sur les plans managérial et méthodologique.

### **2.1 Les contributions théoriques**

D'un point de vue théorique, les apports de cette recherche peuvent être scindés en trois aspects : la financiarisation de l'activité hospitalière, la mobilisation de la théorie de la traduction et l'analyse du processus de changement à l'hôpital.

Concernant le premier aspect, la financiarisation, nous avons expliqué, au travers d'une revue de la littérature, que la financiarisation est d'abord un phénomène macro-économique qui s'est institutionnalisé. Il est devenu progressivement un phénomène micro-économique qui touche les entreprises en s'étendant au secteur public par le développement du New Public Management et du partenariat public / privé. L'institutionnalisation de la financiarisation touche tous les domaines, y compris celui de la santé. En effet, au travers de notre cas (une structure hospitalière à but non lucratif), nous démontrons que le système de contrôle de gestion est un vecteur de financiarisation et joue un rôle de médiateur. L'implantation de dispositifs de contrôle de gestion et l'intervention du contrôleur de gestion transforment les objectifs et les visions et diffusent la logique financière au sein des différentes strates de l'organisation. L'atteinte des objectifs de financiarisation de l'institution à but non

lucratif permet à cette dernière de parvenir à réaliser les missions sociales qui lui incombent donnant lieu à l'émergence d'une « financiarisation orientée RSE ».

Le second apport théorique concerne la mobilisation de la théorie de la traduction et le déploiement de systèmes de contrôle de gestion. L'analyse longitudinale nous a permis de suivre le processus d'implantation du SCG par la mobilisation de ce cadre théorique. Ainsi, nous avons pu observer le processus de construction sociale qui se produit. Nous avons dégagé les interactions organisationnelles et sociales qui se produisent lors de l'introduction et de la stabilisation du SCG. Trois temps sont identifiés dans l'évolution du processus : 1. Une préparation de l'organisation à l'accueil du SCG. 2. Un SCG révélant le besoin de transformation de l'organisation à travers la modification du mode de gestion et de l'organisation. 3. Un SCG transformant l'organisation et les relations sociales. Dans le cadre de son implantation, le SCG doit évoluer pour satisfaire les attentes des acteurs en présence et les besoins de l'organisation pluraliste. L'effort de négociation et d'adaptation fait par le contrôleur de gestion montre que le SCG ne peut pas être immuable mais doit évoluer pour pouvoir se consolider. Le renforcement du SCG est rendu possible grâce à la mobilisation d'investissements de forme et d'expertises en réponse aux différentes controverses. Ainsi, dans notre recherche nous avons essayé de mettre en évidence le rôle du SCG dans le processus de traduction et nous nous sommes focalisés plus en détail sur l'analyse du duo (outils et contrôleur de gestion) dont la complémentarité est nécessaire pour assurer la réalisation du processus.

Enfin, notre recherche permet d'approfondir l'analyse du processus de changement par la mobilisation de la théorie de l'acteur réseau. Si l'intérêt d'appliquer une telle théorie n'est plus à justifier, notre positionnement au sein de l'établissement et la durée de la recherche nous a permis de mettre en évidence tous les moments de la traduction, de la contextualisation au rallongement et à l'irréversibilité du changement. Réalisée au sein d'une organisation pluraliste, notre recherche valorise l'analyse de ses acteurs et groupes d'acteurs qui constituent une des particularités de ce type d'organisation, ainsi que l'analyse de la formation de controverses et de leur résolution. Le concept de légitimité est intégré de façon très large et détaillée dans notre analyse ; nous faisons ainsi référence à l'importance de la légitimité du traducteur et des porte-paroles. Nous mettons également en exergue les différents types de légitimité dont dispose l'organisme (légitimité pragmatique et morale). La forte légitimité pragmatique et morale du projet de restructuration en lui-même est mise en évidence, donnant lieu à un fort consensus autour de ce dernier. De plus, nous avons apporté un éclairage sur la

mobilisation et la hiérarchisation des portes paroles. Ainsi, le traducteur désigne un premier niveau de porte-paroles pour lesquels il déploie d'importants efforts d'enrôlement. Ce premier niveau de porte-paroles se charge de diffuser auprès d'autres porte-paroles les objectifs et les orientations pour élargir le réseau et le rendre plus fort. Nous mettons également en évidence l'importance de la transparence pour le maintien du réseau. Enfin, la recherche permet de constater la nécessité de l'évolution du point de passage obligé vers une vision plus intégrative, susceptible non seulement de rassembler davantage de parties prenantes, mais aussi de renforcer la position du réseau et de l'étendre.

## **2.2 Les implications managériales**

L'instauration d'un projet de changement au sein d'un hôpital n'est pas évidente car il fait partie des organisations qualifiées de pluralistes. Notre recherche met en évidence comment une logique financière, inspirée de la gestion des entreprises privées, est introduite à l'HUICZ, malgré une forte représentation des professionnels qui s'accaparent le pouvoir de décision, même en dehors de leur périmètre et essaient de maintenir leur position. Dans le cadre du processus d'institutionnalisation de la financiarisation il nous semble important de cerner, à travers l'analyse du contexte, des controverses et leurs modes de résolution, les jeux de pouvoir et la confrontation entre deux logiques différentes. L'effort de convergence vers un objectif commun est démontré par l'entre-définition des acteurs qui se rallient autour d'un constat problématique inéluctable et rassembleur. Sa résolution passe par leur coalition et par un processus de changement qui est enclenché pour apporter une réponse concrète. Mais une condition de départ est nécessaire : le projet de restructuration doit répondre aux attentes de toutes les parties prenantes. L'opportunisme est la clé du projet de changement qui permet aux acteurs d'atteindre leurs objectifs respectifs grâce à la réalisation de l'objectif global. Cependant, le point de passage obligé révèle un risque réel susceptible de toucher toutes les catégories professionnelles. Le système de contrôle de gestion constitue le moyen pour assurer la cohésion, l'apprentissage et la simplification des objectifs pour tous les acteurs du réseau. Le processus de restructuration a permis, grâce au SCG, d'instaurer une culture managériale. Il ressort de notre recherche que le maintien de la vision financière est tributaire de la préservation des équilibres de pouvoir entre les groupes professionnels de la structure pluraliste, la résolution des controverses l'atteste. Enfin, l'intégration d'une vision financière au sein de l'organisation a permis la réalisation des promesses de développement médical et de performance hospitalière, mais également d'assurer les objectifs et les missions sociaux et d'éthiques de la fondation. En

effet, la performance financière et la performance médicale peuvent s'associer et devenir complémentaires.

### **2.3 Les apports méthodologiques**

Dans le cadre de notre thèse, portant sur l'étude d'un processus complexe de changement au sein d'une organisation hospitalière, il est nécessaire de mener la recherche sur une longue période afin de pouvoir étudier en profondeur les comportements des différents acteurs et les interactions qui ont émergé entre les acteurs, l'organisation et les actants. Nous avons ainsi conduit une étude de type longitudinal sur une dizaine d'années. Durant notre recherche, nous avons combiné simultanément deux types de positionnement : le premier, de type post participant, où nous avons pris part aux activités de l'organisation et réalisé un retour sur le passé au sens de Benoit (2016) ; le second de type observation participante. Notre positionnement en tant qu'acteur intervenant durant le processus de restructuration et notre accès à l'établissement et aux autres acteurs ont permis la réalisation d'une étude de cas en profondeur. Cette profondeur dans l'analyse est nécessaire car le changement organisationnel dans le sens d'une vision financière se manifeste dans les pratiques, les routines et les discours surtout dans une organisation pluraliste où les objectifs et les intérêts sont divergents.

L'analyse en profondeur du terrain de recherche se matérialise par la complémentarité des analyses temporelle et spatiale :

- L'étude dans la durée nous permet d'analyser et de mettre en évidence tous les moments de la traduction (étude difficile à réaliser dans le cas d'une présence restreinte sur un terrain de recherche). Cette présence longue permet d'appliquer la théorie mobilisée pour mettre en évidence d'une part les enjeux, le rôle des acteurs dans l'organisation et leur positionnement et, d'autre part, les interactions, les jeux de pouvoir, les controverses qui aigüillent la trajectoire des actions, des objets sociaux et du changement.
- L'étude dépasse les frontières du premier objet de recherche (l'HUICZ) en intégrant l'analyse de la duplication du business model dans les nouveaux projets hospitaliers et non hospitaliers et chez les différents partenaires. Cette analyse en profondeur de type spatial met en évidence le processus de construction d'un écosystème, renforçant la légitimité de la structure mère « la Fondation » qui démontre en toute transparence sa capacité à réaliser les promesses de départ, et même sa capacité à dépasser les objectifs initiaux (redressement de l'HUICZ). De plus, nous menons une analyse en profondeur

dans l'organisation pluraliste, et ses différentes strates. Rappelons que l'objectif était de rendre compte et d'analyser la perception de chaque groupe quant au projet de changement et à la financiarisation en découvrant ce qui les rassemble et les sépare. Cet objectif conduit à s'intéresser à la constitution de coalitions et de groupements, aux efforts de coopération et de compromis et aux conflits qui émergent entre les groupes.

- La recherche se base sur la triangulation des données provenant de différentes sources (documents, mailing, rapport interne, procès-verbaux de réunions, logigramme, système d'information, entretiens, observation, participation, confidences). Ces données nous permettent d'appuyer nos propos et nos résultats et d'avoir une vue d'ensemble de type chronologique du cas étudié, vue d'ensemble confortée par les entretiens et les documents. Cette complémentarité permet de s'assurer de la fiabilité des interprétations du chercheur et donne de la profondeur à la recherche et aux résultats.

### **3. Les limites de la recherche**

L'objet de recherche se situe dans une organisation privée à but non lucratif qui est exclusivement dépendante de son équilibre financier, contrairement aux structures publiques qui peuvent compter sur l'intervention de l'état. Malgré cela, on peut constater des similitudes dans la mesure où les organisations publiques doivent faire face aux mêmes exigences de soutenabilité financière eu égard aux contraintes du New Public Management. Cependant, la singularité du cas de recherche de par sa mission, ses dirigeants et sa position dans le secteur de la santé doit être prise en compte pour extrapoler les résultats mis en exergue.

Le projet de restructuration est mené par un consultant externe qui bénéficie d'une légitimité d'action dans le cadre de ce projet. Cette légitimité est acquise grâce à son expérience et à son lien avec des mandataires très influents. Cependant, dans cette recherche qui doit tenir compte d'une multitude de facteurs, nous n'avons pas pu approfondir le rôle de la légitimité charismatique du traducteur, au sens de Beaulieu (2001), légitimité difficile à mesurer et apprécier. En effet, cette légitimité peut expliquer en grande partie la réussite du changement dans les organisations pluralistes.

Concernant la financiarisation, nous nous sommes intéressés aux modalités de sa diffusion au sein d'une structure de santé. Une telle organisation est censée se focaliser sur la prise en charge médicale du patient et sur l'appui aux stratégies de santé. Cependant, l'intégration des notions financières et économiques est souvent contestée. Nous avons abordé la financiarisation

orientée RSE pour entrevoir ce transfert des objectifs purement économiques vers une combinaison d'objectifs économiques, de qualité et sociaux sans pour autant nous y attarder.

#### **4. Les perspectives de recherche**

Les limites de la recherche que nous avons identifiées peuvent constituer autant de perspectives pour la réalisation de nouvelles études. Les principales propositions de recherche complémentaires qui s'ouvrent à nous sont les suivantes :

L'étude du rôle du système de contrôle de gestion dans la transformation d'une organisation pluraliste de type privé à but non lucratif par l'intégration d'une vision financière peut être complétée par l'analyse d'une organisation pluraliste de type public. En effet, il nous semble important d'appréhender les spécificités des organisations publiques qui doivent faire face à des restructurations pour moderniser les systèmes de gestion et intégrer une vision économique. Pour ce faire, les spécificités organisationnelles de la structure étudiée, les enjeux et jeux de pouvoir sont à mettre en évidence. Le processus suivi par l'HUICZ et les résultats obtenus peuvent être un point de départ pour l'introduction d'un projet de changement à condition de réaliser une analyse de contexte, de faire ressortir un point de passage obligé fédérateur et des recommandations pour la mise en place d'un SCG médiateur du changement dans une organisation pluraliste du secteur public.

Les promoteurs du changement jouent un rôle décisif dans l'implantation d'un nouveau projet. Comme indiqué, la légitimité du traducteur est nécessaire pour pouvoir piloter le projet. Ainsi, la dimension charismatique est l'un des aspects de la légitimité dont pourrait bénéficier le traducteur, d'où l'intérêt de développer des études dans ce sens pour expliquer la réussite ou bien l'échec d'un projet.

La financiarisation est appréhendée dans la littérature dans un objectif d'augmenter la valeur actionnariale des détenteurs de capitaux. Au sein d'une organisation à but non lucratif ou publique, ces objectifs peuvent être réinterprétés, voire détournés pour être au service du social. Dans une organisation pluraliste du secteur de la santé, il nous semble intéressant de creuser cet aspect pour mettre en évidence la finalité de l'intégration d'une vision économique : améliorer la situation financière afin de développer et d'assurer des missions sociales et humaines.

## **Références bibliographiques**

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press, Chicago.
- Abernethy, M. A., & Chua, W. F. (1996). A field study of control system "redesign": the impact of institutional processes on strategic choice. *Contemporary Accounting Research*, 13(2): 569-606.
- Aggeri, F., Labatut, J. (2010). La Gestion Au Prisme de ses instruments. Une analyse Généalogique Des Approches Théoriques Fondé Sur Les Instruments de Gestion, Finance Contrôle Stratégie, 13, 5-37.
- Aggeri, F. (2016). La recherche-intervention : fondements et pratiques. Jérôme Barthélemy et Nicolas Mottis. A la pointe du management. *Ce que la recherche apporte au manager*, Dunod, pp.79-100,2016. hal-01230457.
- Aidemark, L. G. (2001). The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation. *Financial Accountability and Management*, février, vol.17, n° 1, pp. 23-4L.
- Akrich, M. (1987). Comment décrire les objets techniques ?. *Techniques & Culture*, Editions de la maison des sciences de l'homme, pp.49-64
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement, *Gérer et comprendre* (sous la direction de Jean-Claude Moisdon). Annales des Mines, pp. 4-17.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988a), A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement, *Gérer et Comprendre*, Les Annales des Mines : 4-17.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988b), A quoi tient le succès des innovations ? 2 : Le choix des porte-parole, *Gérer et Comprendre*. Les Annales des Mines : 14-29.
- Akrich, M. (2006). La description des objets techniques. In *sociologie de la traduction : texte fondateurs paris tech*.
- Alami, S. (2018). Le système de contrôle de gestion des hôpitaux publics au Maroc. *Revue d'Etudes en Management et Finance d'Organisation*, 3(7).
- Alcouffe, S., & Avenier, M. J. (2007). Quels repères pour la mise en œuvre d'un schéma de pilotage fondé sur une logique « stratégico-opérationnelle » dans une entreprise de services de réseau?. Communication au 28 ème congrès de l'AFC, *Comptabilité et Environnement*, Mai, 26 p.



- Alcouffe, S., Berland, N., & Levant, Y. (2008). Actor- Networks and the Diffusion of Management Accounting Innovations : A Comparative Study. *Management Accounting Research*, 19 (1) : 1-17.
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches Qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Alford, R. (1975). Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform. Chicago: *University of Chicago Press*.
- Allaire Y., & Firsirotu M. (1987). Gérer la diversité: acquisition, stratégies et formes d'organisations. *Revue internationale de gestion*, vol.12, n°3, pp.75 - 85.
- Allard-Peesi, F., & Perret, V. (2003). La recherche-action. In Giordano (Ed.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, EMS, pp. 85-132.
- Allard-Poesi, F., & Maréchal, G. (2014). Construction de l'objet de la recherche. In *Méthodes de recherche en management*, pp. 47-75, Dunod.
- Alter, N. (2000). L'innovation ordinaire. PUF, coll. *Sociologies*, Paris.
- Alvehus, J., & Spicer, A. (2012). Financialization as a strategy of workplace control in professional service firms. *Critical Perspectives on Accounting*, 23, 497-510.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., Livian, Y.F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* : Editions du Seuil.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros G., & Livian, Y. F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris: Editions du Seuil, 3ème édition.
- Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital. De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité Contrôle Audit CCA*, 3(20), pp. 15-41.
- Anthony, R. N. (1956). *Management Accounting*. Text and Cases, Homewood, Richard D. Irwin.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems*. 1re éd, Boston, MA, USA : The Harvard Business School Press.
- Anthony, R.N. (1988). *The management control function*, Boston. The Harvard Business School Press (traduction, La fonction contrôle de gestion, 1993, Paris, Publi-Union).
- Archambault, E. (2001). Y a-t-il un modèle européen de secteur sans but lucratif. *Revue Internationale de l'Economie Sociale, Institut de l'économie sociale*, 80 (282), pp.64-83.
- Argyris, C. (1952). *The impact of budgets on people*. Cornell University.

- Argyris, C. (1976). Single-Loop and Double-Loop Models in Research on Decision Making. *Administrative Science Quarterly*, 21 (3): 363-375.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (2002). Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique, Trad. de la 1ère éd américaine, Aussanaire, M., & Garcia -Melgares, P. *De Boeck Université*, 380 p., Paris-Bruxelles.
- Argyris, C. (2003). *Savoir pour agir*, Dunod, Paris.
- Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections : our Journey in Organizational Change Research and Practice. *Journal of Change Management*, Vol. 9, No. 2, pp. 127-142.
- Arrighi, G. (1994). *The Long Twentieth Century*. London and New York : Verso.
- Atkinson, A. B., & Piketty, T. (2010). *Top incomes: A global perspective*. Oxford University Press.
- Autissier, D., & Guillard, A., & Moutot, J. M. (2010). La capacité de transformation comme composante du capital humain : une étude exploratoire dans un groupe coté. *Management et avenir*, n°31, pp. 95 à 117.
- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., & Vas, A. (2010). *Conduite du changement : Concepts clés*, Paris : Dunod
- Baille, C. (2016). *Un retour aux fondamentaux : Contrôle de gestion-cohérence Le cas d'un groupe de concessions automobiles*. Thèse pour obtenir le grade de doctorat, délivré par l'université de Montpellier, spécialité sciences de gestion.
- Baker, D., Epstein, G., & Pollin, R. (1998). Introduction. In D. Baker, G. Epstein and R. Pollin (eds), *Globalization and Progressive Economic Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Baker, A. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, vol. 323, No. 7322, p. 1192). British Medical Journal Publishing Group.
- Balogun, J., Huff, A., & Johnson, P. (2003). Three responses to the methodological challenges of studying strategizing. *Journal of Management Studies*, 40 (1), pp. 197- 224.
- Baly, O. (2015). *Le contrôle de gestion hospitalier*. 10.3917/dunod.fermo.2015.01.0409.
- Barley, S. R. (1986). Technology as an occasion for structuring : Evidence from observation of CT scanner and the social order of radiology department. *Administrative Science Quarterly*, 31(1), 78-108.
- Barraud-Serfaty, I. (2008). Capitales et capitaux: vers la ville financiarisée?. In *Le Débat*, n°148, pp. 96-105.

- Barraud-Serfaty, I. (2011). La nouvelle privatisation des villes. In *Esprit*, n°2011/3, pp. 149-167.
- Batac, J., & Carassus, D. (2008), Les interactions contrôle-apprentissage organisationnel dans le cas d'une municipalité : une étude comparative avec Kloot (1997), *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 14(3) : 87-111.
- Bateson, G. (1977). *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler, New-York.
- Bauby, P. (2007). Dérégulations et privatisations dans les services publics en France : l'exemple du secteur de l'électricité .in Kibler, L., Lasserre, R., & Pautrat, M.-H. (dir.). *Modernisation des services publics et management social en France et en Allemagne*, Travaux et documents du CIRAC, Université de Cergy-Pontoise.
- Baxter, J., & Chua, W.F. (2003). Alternative management accounting research-whence and whither. *Accounting, Organizations and Society*, 28 : 97-126.
- Bazy-Malaurie, C., & Berthod-Wurmser, M. (1996). Le centre hospitalier, promotion de la technique et ouverture sur l'environnement. In *L'hôpital stratège*, John Lebey, Mire, Dh, pp.I-XVII.
- Béatrix, B., Lorraine, T., & Alain, G. (2004). Conduite du changement dans le cadre du regroupement de plateaux médico-techniques. Apport de la modélisation d'entreprise. *Logistique hospitalière*, RS-JESA \_ 38/2004.
- Beaulieu, S., Roy, M., & Pasquero, J. (2002). *Linking the management of legitimacy and the learning process : evidence from a case study*. Third European Conference on Organizational Knowledge. Learning and Capabilities, 5-6 avril 2002, Athènes.
- Beckard, R. (1975). Le développement des organisations, stratégies et modèles, Paris: Dalloz. Traduit de (1969). *Organization Development : Strategies and Models*. Reading, Massachusetts : Addison Wesley.
- Beguin, P. (2004). Monde, version des mondes et mondes communs. *Bulletin de Psychologie*, Vol. 57, No. 1, 469, pp. 45-59.
- Belghiti Alaoui, A. (2002). Analyse des systèmes de santé : le modèle des cinq soucis majeurs : application au cas du Maroc.
- Belghiti Alaoui, A. (2005). Principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital, DHSA, Ministère de la santé, Rabat, Maroc.
- Belghiti Alaoui, A. (2007). Analyse des systèmes de santé : le modèle des cinq soucis majeurs : application au cas du Maroc.

- Belghiti, Z., & Maaroufi, A. (2013). Le Balanced Scorecard : Un outil de pilotage stratégique. *Gestions hospitalières* n° 530.
- Belmaati, H. (2015). Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc: état des lieux et perspective d'évolution. *Revue Economie, Gestion et Société*, (4).
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression: enquête sur le nouveau management public*. La Découverte.
- Ben Temellist, A. (2009). Une typologie de la recherche critique en contrôle de gestion. La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, Strasbourg, France. pp. CD ROM.
- Bennet, C. J., Howlett, M. (1992). The lessons of learning. Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences*, 25 (3), 275-294.
- Benoit, B. (2016), *Le contrôle capacitant. Le cas du réseau de coopération et d'action culturelle français à l'étranger*. Thèse en sciences de gestion, CNAM Paris
- Benson J.K. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20 : 229-249.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. (tr. *La Construction Sociale de la Réalité*. Paris : Armand Colin).
- Berland, N. (2002). *Le contrôle budgétaire*. La Découverte, coll. « Repères ».
- Berland, N., & Redon, M. (2015). Qui sont les DAF, ces acteurs de la financiarisation. *Colloque 2015 de l'Association Francophone de Comptabilité*.
- Berry, M., Moisdon, J. C., & Riveline, C. (1978). *Qu'est-ce que la recherche en gestion?*. Publication du Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique.
- Berry, M. (1983), Une technologie invisible - L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains, Cahier de laboratoire du Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique, 1133.
- Bessire, D. (1995), Le contrôleur de gestion : acteur stratégique et vecteur de changement, *Revue Française de Gestion*, 106 : 39-45.
- Bessire, D. (2002). Recherches « critiques » en contrôle de gestion : une typologie. *Technologie et management de l'information : enjeux et impacts dans la comptabilité, le contrôle et l'audit*, May 2002, France.
- Besson, P., & Bouquin, H. (1991). Identité et légitimité du contrôleur de gestion. *Revue Française de Gestion*, Janvier-février : 61-71.

- Bezes, P., & Demazière, D. (2011). Introduction. In Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions?. *Sociologie du travail*, 53 : 295-305.
- Bisbe, J., & Otley, D. (2004). The effects of the interactive use of management control systems on production innovation. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 29, pp. 709-737
- Blomgren, M. (2003). Ordering a profession : Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability & Management*, 19(1) : 45-71.
- Blondeau, C. (2002). La boucherie: un lieu d'innocence?. <http://www.ethnographiques.org/2002/Blondeau.html>.
- Boitier, M., & Rivière, A. (2011). Changement et institutionnalisation des systèmes de contrôle de gestion : proposition d'un cadre d'analyse institutionnel enrichi. *Management & Avenir*, n° 5: 80 100.
- Boitier, M., & Rivière, A. (2016). Les systèmes de contrôle de gestion, vecteurs d'une logique gestionnaire: changement institutionnel et conflits de logiques à l'université. *Comptabilité, Contrôle et Audit*, 22(3) : 109-38.
- Boland, R. J, Jr. (1993). Accounting and the Interpretative Act. *Accounting, Organizations and Society*, Feb- April, pp. 1-24.
- Bollecker, M. (2000). Contrôleur de gestion : une profession à dimension relationnelle?. *Actes du XXI e congrès de l'AFC*, Angers.
- Bollecker, M. (2002), Le rôle des contrôleurs de gestion dans l'apprentissage organisationnel : une analyse de la phase de suivi des réalisations. *Comptabilité, Contrôle et Audit*, 8(2) : 109-26.
- Bollecker, M. (2004). Les contrôleurs de gestion. *L'histoire et les conditions d'exercice de la profession*. L'Harmattan.
- Bollecker, M. (2007). La recherche sur les contrôleurs de gestion: état de l'art et perspectives. *Compabilité-contrôle-audit*, vol. 13, tome 1, pp. 87-106.
- Bollecker, M., & Azan, W. (2009). L'importation de cadres théoriques dans la recherche en contrôle. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 15(2) : 61-86.
- Bollecker, M., & Niglis, P. (2009). L'adhésion des responsables opérationnels aux systèmes de contrôle : une étude du rôle des contrôleurs de gestion. *Comptabilité- Contrôle - Audit*, pp. 133-157.
- Bollecker, M., & Niglis, P. (2010). La dimension relationnelle de la fonction de contrôleur de gestion. *Comptabilité, contrôle, audit et institution(s)*, Tunisie, 2006.

- Bollecker, M. (2013), Pourquoi le contrôle de gestion à l'Université est-il un échec ?. *Politiques et Management Public*, 30(2) : 221-35.
- Bollecker, M., & Naro, G. (2014). Le contrôle de gestion aujourd'hui. *Débats, controverses et perspectives*. Vuibert.
- Bollecker, M. (2016). L'adoption de la comptabilité de gestion à l'université : la présence de clivages internes dans un contexte de demandes institutionnelles contradictoires. *Revue Comptabilité, Contrôle et Audit*, Tome 22, Volume 2, pp. 109-138.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification les économies de la grandeur*.
- Bouin, X., & Simon, F. X. (2000). *Les nouveaux visages du contrôle de gestion*, Dunod.
- Bouquin, H., & Pesqueux, Y. (1999). Vingt ans de contrôle de gestion ou le passage d'une technique à une discipline. *Comptabilité, Contrôle, Audit*, pp. 93-105.
- Bouquin, H. (2004). *Comptabilité de gestion*. Economica, Paris.
- Bouquin, H. (2005), Introduction à l'ouvrage « Les grands auteurs en contrôle de gestion ». In Bouquin H. ed. *Les grands auteurs en contrôle de gestion*, Éditions EMS management & société : 5-16.
- Bouquin, H., & Fiol. M. (2007). Le contrôle de gestion : repère perdu, espace à retrouver. *Actes congrès AFC*, Poitiers, 23-25 mai.
- Bouquin, M. (2008). *Le contrôle de gestion*, 8 ème édition, PUF, Paris.
- Bouquin, H. (2010). *Le contrôle de gestion*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bouquin, H. (2011). *Comptabilité de Gestion*. 9e éd, Paris : Édition Économica.
- Bourguignat, H. (1992). *Finance internationale*. Presses universitaires de France, Paris
- Bourguignon, A., & Jenkins, A. (2004). Changer d'outils de contrôle de gestion? De la cohérence instrumentale à la cohérence psychologique. *Finance Contrôle et Stratégie*, 7(3), pp.31–61.
- Bourguignon, A. (2006). *Les instruments de gestion au risque de la réification*. Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Paris : Université Paris Dauphine.
- Boussard, V., & Maugeri, S. (2003). Du politique dans les organisations. *Sociologie des dispositifs de gestion*. L'Harmattan.
- Boussetta, M., & Alami, S. (2017). L'adoption du Contrôle de Gestion à l'Hôpital Marocain : Explication par l'approche PLS. *European Scientific Journal February 2017 edition Vol.13, No.4* ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.
- Bouziani, L. (1999). La santé au Maroc, entre le service public et la profession libérale, REMALD, 9, 1999.

- Braverman, H. (1974). *Labor and monopoly capital*. New York: Monthly Review Press.
- Brejon de Lavergnée, N. (1989). In SALEM GERARD (ED.), JEANNEE EMILE (ED.). *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires Source Paris : ORSTOM, 1989, pp. 367-393. (Colloques et Séminaires)*. ISBN 2-7099-0954-5.
- Briers, M., & Chua, W. F. (2001). The role of actor-network and boundary objects in management accounting change : A field study of an implementation of activity-based costing. *Accounting Organizations and Society*, 26: 237-269.
- Bromley, P., & Powell, W. W. (2012). From smoke and mirrors to walking the talk: Decoupling in the contemporary world. *Academy of Management annals*, 6(1), pp. 483-530.
- Brownell, P., Dunk, A, S. (1991). Task uncertainty and its interaction with budgetary participation and budget emphasis: some methodological issues and empirical investigation. *Accounting, Organizations and Society* 16(8): 693-703.
- Brunsson, N. (1986). Organizing for Inconsistencies: On Organizational Conflict, Depression and Hypocrisy as Substitutes for Action. *Scandinavian Journal of Management Studies*, mai, pp. 165-185.
- Bucher, R., & Stelling, J. (1969). Characteristics of Professional Organizations. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 10, No. 1 (Mar., 1969), pp. 3-15.
- Bühler, N. (1979). Influence des caractéristiques organisationnelles sur le travail du manager : le cas du contrôleur de gestion. *Cahier de recherche*, n° 79-10, Université de Grenoble II.
- Burawoy, M. (1978). Towards a Marxist Theory of the Labour Process : Braverman and Beyond. In *Politics and Society*, 3 -4 (8), 1978, p. 33 -43.
- Burchell, S., Clubb, C., & Hopwood, A.G., Hughes, J., Nahapiet, N. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, Organizations and Society*, 5(1), pp. 5-27.
- BurcheII, S., Clubb, C., & Hopwood, A. G. (1985). Accounting in its Social Context : Towards a History of the Value Added Event. *Accounting, Organizations and Society*, pp. 381-414.
- Burchell, S., Clubb, C., & Hopwood, A. G. (1994). Value-added accounting and national economic policy. (211-236). In Hopwood A.G. et Miller P. (ed.). *Accounting as social and institutional practice*, Cambridge Studies in management.
- Burgelman, R. (2002). Strategy as Vector and the Inertia of Coevolutionary Lock-in. *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n° 2, pp. 325-357.

- Burlaud, A., Teller, R., Chatelain-Ponroy, S., Mignon, S., & Walliser, E. (2004). *Contrôle de gestion*, Vuibert.
- Burns, J., & Scapens, R. (2000). *The changing nature of management accounting and the emergence of « hybrid » accountants*. International Federation of Accountants, www.ifa.net.
- Busco, C., Quattrone, P., & Riccaboni, A. (2007). Management Accounting : Issues in interpreting its nature and change. *Management Accounting Research*, 18(2), 125-149.
- Calam, P. (2001). *La réforme des institutions financières internationales : Sans une réforme profonde de leur architecture, les Institutions financières internationales resteront le reflet d'une gouvernance mondiale sans véritable légitimité*. Fondation Charles Léopold Mayer
- Callon, M. (1980). Struggles and negotiations to define what is problematic and what is not : the socio-logic of translation. In Knorr, K. D., Cicourel, A (eds). *The social Process of Scientific Investigation*. Sociology of the Science Yearbook, vol. 4, Reidel Publishing Company.
- Callon, M. (1986), Eléments pour une sociologie de la traduction : La Domestication Des Coquilles Saint-Jacques Et Des Marins-pêcheurs Dans La Baie De Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique (1940/1948) Troisième Série*, 36, pp. 169-208.
- Callon, M., & Latour B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations. *Prospective et santé*, vol. 36, pp.13-25.
- Callon, M. (1988). *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris, la découverte.
- Callon, M. (1991). Réseaux technico-économiques et irréversibilité. In RB., Chavanne, B., & Godard, O. (eds.). *Figures de l'irréversibilité en économie* : Edition de l'EHESS, Paris, pp. 195-230.
- Callon, M., Laredo, P., & Rabeharisoa, V. (1992). The management and evaluation of technological programs and the dynamics of techno-economic networks: The case of the AFME. *Research Policy*, 21, pp. 215–236.
- Callon, M., Latour, B. (1992). 'Don't throw the baby out with the Bath school! A reply to Collins and Yearley', in Pickering, A. (ed.). *Science as Practice and Culture*, Chicago: University of Chicago Press, pp. 343-68.
- Callon, M. (1999). Actor-Network Theory : the Market Test. In J. Law and J. Hassard (Eds.) *Actor Network and After*. Oxford and Keele. *Black well and the Sociological Review*, pp. 181-195.



- Callon, M. (2006). Sociologie de la traduction. In *Sociologie de la traduction- textes fondateurs* (Eds Akrich, M., Callon, M., Latour, B.). Mines Paris
- Callon, M. (2006a). Pour une sociologie des controverses technologiques. Dans Akrich, Callon, M., & Latour, B. *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Mines de Paris.
- Callon, M. (2006b). Sociologie de l'acteur réseau. Dans Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Mines de Paris.
- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil.
- Callon, M., & Latour, B. (2006). Le grand léviathan S'approve-t-il?. In *Sociologie de la traduction : Texte fondateurs*, Paris, *Mines ParisTech*, pp. 11-33.
- Cappelletti, L., & Khouatra, D. (2009). L'implantation d'un système de contrôle de gestion au sein d'entreprises libérales : cas des offices de notaires. *Comptabilité -Contrôle - Audit*, 2009/1 (Tome 15), pp. 79-103.
- Cappelletti, L. (2012). *Le Contrôle de gestion de l'immatériel : une nouvelle approche du capital humain*, Dunod, Paris.
- Caron, M. A., Boisvert, H., & Merserau, A. (2011). Le rôle du contrôleur revisité : une perspective nordaméricaine. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, (Tome 17), pp. 123-154
- Carruthers, B. (1995). Accounting, Ambiguity, and the New Institutionalism. *Accounting, Organizations and Society*, 20, pp. 313-328.
- Cashore, B. (2002). Legitimacy and the Privatization of Environmental Governance: How Non State Market-Driven (NSMD) Governance Systems Gain Rule Making Authority. *Governance : An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 15, no 4 (October), pp. 503-529.
- Cassell, C., & Lee, B. (2017). Understanding Translation Work : The evolving interpretation of a trade union idéal. *Organization Studies*, Vol. 38(8) 1085-1106.
- Cauvin, E. (2010). L'évaluation des performances : *La préférence des managers en faveur des indicateurs financiers*. Contrôle de Gestion : état de l'art et enjeux, Collection Eyrolles/DFCG.
- Chandernagor, P., & alii. (1996). Le statut des équipements hospitaliers: stratégies d'acteurs et ordre technicien. In *L'hôpital stratège* : Editions John Libbey, pp. 257-267.
- Chapellier, Ph., Dupuy, Y. (2014). Le chef de petite entreprise, Atypique et novateur. *L'Expansion Management Review*, 2014/4 n° 155, pp. 40-48.
- Chapoulie, J. M. (2000). Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie. *Sociétés contemporaines*, 40, pp. 5-27.

- Charreire, S., & Huault, I. (2001). Cohérence épistémologique et recherche en management stratégique. *10<sup>ème</sup> Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, pp. 26, Québec.
- Chatelain-Ponroy, S. (2010). Une voie de compréhension du contrôle de gestion dans les organisations non marchandes : la métaphore de l'iceberg. *Politiques et management public* [En ligne], vol 27/3 | 2010
- Chesnais, F. (1997). *La mondialisation du capital*. Syros, Paris.
- Chiapello, E. (1990). Contrôleurs de gestion, comment concevez-vous votre fonction?. *Echanges*, n° 92, pp. 7-11.
- Chiapello, È. (1996). Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence : un essai d'organisation de la littérature. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 2(2), pp.51-74.
- Chiapello, È., & Gilbert, P. (2013). *Sociologie des outils de gestion Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*. La Découverte, collection Grands repères, 294 pages.
- Chua, W. F. (1988). Interpretive sociology and management accounting research: a critical review. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 1, Issue 2, pp. 59-77.
- Chua, W.F. (1995), Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: A story of the representation of three public hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3): 111-45.
- Claveranne, J.P. (2003). L'hôpital en chantier, du ménagement au management. *Revue Française de Gestion*, septembre octobre, vol 29, n° 146, pp.125-129, 2003
- Clement, J. M. (2001), 1900-2000. La mutation de l'hôpital, *Les Etudes hospitalières*, Bordeaux,
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1): 1 - 25. doi:10.2307/2392088.
- Colasse, B. (1988). Les trois âges de la comptabilité. *Revue Française de Gestion*, Septembre-octobre, pp. 83-87.
- Contandriopoulos, A. P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? *Gestion*, 27(3), 142-150.
- Contandriopoulos, A. P., & Souteyrand, Y. (1996). L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, 3-18.
- Cook, S. D. N., & Brown, J. S. (1999). Bridging Epistemologies : The Generative Dance Between Organizational Knowledge and Organizational Knowing. *Organization science*.

- Cooper, D. J., & Hopper, T. (2007). Critical Theorizing in Management Accounting Research. *Handbook of Management Accounting Research*. A. G. H. a. M. S. Christopher S. Chapman. London, Elsevier. Vol. 1: 207-245.
- Cremadez, Grateau. (1992). *Le management stratégique hospitalier*. Cités par KRIEF. pp. 111-119, Inter Editions
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Le seuil, Paris.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). Le chercheur devant son terrain, in *L'acteur et le système*, ed. Seuil, pp.76-83.
- Cyert, R., & March, J. (1963). *A behavioural theory of the firm*. New-York: Prentice-Hall.
- Dambrin, C., Lambert, C., & Sponem, S. (2005). Contrôle et changement, une perspective néo-institutionnelle. *26<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, May 2005, Lille, France. pp. 1-20.
- Dambrin, C *et al.* (2007). Control and change – analysing the process of institutionalization. *Management accounting research*, vol. 18, pp. 172-208.
- Dambrin, C., & Robson, K. (2011). Tracing performance in the pharmaceutical industry : ambivalence, opacity and the performativity of flawed measures. *Accounting, Organizations and Society*, 36(7), 428-455.
- Damon, J. (2002). *La question SDF. Critique d'une action publique*. Paris : PUF.
- Danziger, R. (1995). 25 ans de contrôle de gestion : l'homme et la fonction. In C. Le Pen (Éds.), *Paris-Dauphine : vingt-cinq ans de sciences d'organisation*, Masson.
- David, A. (1996). Structure et dynamique des innovations managériales. Vème conférence de l'AIMS, Lille, 13, 14 et 15 mai.
- David, R. J. (1997). Building legitimacy through symbolic action : statements of organizational mission. *Actes du congrès annuel de l'ASAC*, Vol.18, n°22, pp.20-27.
- David, A. (1998). Outils de gestion et dynamique du changement. *Revue française de Gestion*, 120 : 44-59.
- David, G. F., & Suntae, K. (2015). *Financialisation de l'économie*. Projet de chapitre pour l'examen annuel de la sociologie
- Davis, G. F. (2005). New directions in corporate governance. *Annual Review of Sociology*, 31: 143-162
- Davis, G. F. (2008). A new finance capitalism ? Mutual funds and ownership re-concentration in the united states. *European Management Review*, 5: 11-21

- De Roo, A. A., & Maarse, H. A. M. (1990). Understanding the central local relationship in health care : a new approach. *International Journal of Health Planning and Management*, 5 (1), 15-25.
- De Vaujany. (2005). *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion* : Editions EMS.
- De Vaujany, F. X. (2005b). La gestion stratégique des technologies de l'information : une contextualisation de la littérature par une expérience imaginaire. *Management International*, vol 9, n°4, pp. 1-16.
- Deffontaines, G. (2013). *Extension du domaine de la finance ? : partenariats public privé (PPP) et " financiarisation" de la commande publique : une proposition d'analyse par la sociologie économique*. Thèse de Doctorat. Sociologie. Université Paris-Est, 2013. Français. < NNT : 2013PEST0049
- Déjean, F., Gond, J. P., & Leca, B. (2004). Measuring the unmeasured : An institutional entrepreneur strategy in an emerging industry. *Human Relations*, Vol. 57, No. 6, p. 741-764.
- Dekker, H., et al. (2012). Determinants of the Use of Value-based Performance Measures for Managerial. *Journal of Business Finance et Accounting*, 39(9) et (10), 1214–1239, November/December 2012, 0306-686X doi: 10.1111/jbfa.12004
- Denhardt. Robert. B., & Janet. V. (2000). The New Public Service : Serving Rather than Steering. *Public Administration Review*, vol. 60, no 6, 549-559.
- Denis, J. L., Langley, A., & Lozeau, D. (1992). Anatomie d'un outil de gestion : la planification stratégique dans les organisations publiques de santé. *Sciences sociales et santé*, Vol 10, n°1, 1992. pp. 93-119.
- Denis, J. L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées ? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 2, n°2, pp. 165-189.
- Denis, J. L., et al. (1998b). *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système sociosanitaire*. Rapport de recherche, Université de Montréal, Groupe recherche interdisciplinaire en santé.
- Denis, J. L., & Langley, A. (2002). Faut-il changer nos façons de changer ?. *Revue Gestion*, 27 (3), 151-153.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2004). La formation des stratégies dans les organisations pluralistes: vers de nouvelles avenues théoriques. *13e conférence de l'AIMS*. Normandie. Vallée de la Seine 2, 3 et 4 juin 2004.

- Denord, F. (2007). *Néo-libéralisme version française. Histoire d'une idéologie politique*, Paris, Demopolis.
- Dent, J. F. (1990). Strategy, organization and control : Some possibilities for accounting research. *Accounting, Organizations and Society*, 15(1), pp.3-25.
- Dent, M. (2003). *Remodelling hospitals and health professions in Europe : Medicine, nursing and the state*. Springer.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction : The Discipline and Practice of Qualitative Research. In *Handbook of Qualitative Research*, dir. N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, Thousand Oaks, Sage, pp. 1-29.
- Derbert, R., & Schwartz, W. A. (1991). New mandarins or new proletariat ? Professional power at work. *Research in sociology of organization*, 71-96
- Dewey, J. (1938). *Logique, la théorie de l'enquête*. PUF (1967).
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited : Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 48(2), pp.147-160.
- Djelic, M. L., Quack, S. (eds) (2003). *Globalization and Institutions. Redefining the Rules of the Economic Game*. Cheltenham & Northampton : Edward Elgar Publishing.
- Drache, D., & Sullivan, T. (1999). *Health reform. Public success, private failure*, London, Routledge
- Dreveton B. (2008). Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion, *Comptabilité, Contrôle, Audit, Tome 14*, vol.2, décembre 2008, pp.125-154.
- Dreveton, B., Rocher, S. (2010). Lost in translation, étude de la construction d'un outil de gestion dans une région française, *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 16(1) : 83-100.
- Dreveton, B., Lande, E., & Portal, M. (2012). Construire un outil de comptabilité de gestion au sein d'une université. Retour sur un acte manqué. *Management & Avenir*. 54 (4): 126-44.
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2003). Validité et fiabilité de la recherche. *Méthodes de recherche en Management*, R-A Thiétart et coll, Dunod, 2 èmeédition, pp. 257-287.
- Duménil, G., & Lévy, D. (2002). Neoliberalism : The Crime and the Beneficiary, *Review XXV*,3 93-400.
- Dumez, H. (2010). La description : point aveugle de la recherche qualitative. *Le Libellio d'AEGIS*, 6 (2), 28-43.

- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, (No. 2, pp. 29-42). ESKA
- Dünhaupt, P. (2014). An empirical assessment of the contribution of financialization and corporate governance to the rise in income inequality. *IPE Working Paper 41/2014*. Berlin School of Economics and Law. Institute for International Political Economy (IPE). <https://ideas.repec.org/p/zbw/ipewps/412014.html>.
- Dupuy, Y. (1990). Le comptable, la comptabilité et la conception des systèmes d'information. *Revue Française de Gestion*, n°215, Septembre.
- Dupuy, Y. (1999). Vingt ans de recherche française sur le contrôle comptable des performances. *Comptabilité, Contrôle, Audit*, pp. 35-44.
- Dupuy, Y. (2000). Comptabilité de gestion. Dans Encyclopédie de Comptabilité. *Contrôle de Gestion et Audit (sous la direction de Bernard Colasse)*, Paris: Economica, pp. 179-192.
- Dupuy, Y., & Guibert, N. (2000). La complémentarité entre contrôle formel et contrôle informel : le cas de la relation client-fournisseur. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 3 (1) :39-52.
- Durand, S., et al. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche intervention: le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2018/1 (n° 30), p. 3-28.
- Dynan, K. E. (2009). Changing household financial opportunities and economic security. *The Journal of Economic Perspectives*, 23: 49-68.
- Eggrickx, A. (2014), Les impasses du contrôle de gestion : débats et perspectives. In Bollecker M, Naro G. *Le contrôle de gestion aujourd'hui*. Vuibert : 107-123.
- Eggrickx, A. (2016). *Dynamiser la filière bois par le développement durable : Le cas d'un Pôle d'Excellence Rurale Bois Bio-ressources*. *Gestion 2000*, mars-avril/mai-juin.
- Eisenhardt, K. M., & Martin, J .A. (2000). Dynamic Capabilities: what are they?.*Strategic Management Journal*, vol. 21, n°10/11, pp. 1105-1121.
- Epstein, G.A. (ed.). (2005). *Financialization and the World Economy*. Cheltenham & Northampton : Edward Elgar Publishing.
- Epstein, G., & Jayadev, A. (2005). The Determinants of Rentier Incomes in OECD Countries: Monetary Policy, Financial Liberalization, and Labor Solidarity. *Financialization and the World Economy*, pp. 46-74.

- Ernst., & Young. (2006-2007). Le contrôle de gestion : changer pour répondre aux enjeux de l'entreprise. Citée par Berland, N., Simon, F. X. Le contrôle de gestion en mouvement. Etat de l'art et meilleures pratiques, Eyrolles, Paris, 2010, pp. 8.
- Evans, R. G. (1984). *Strained Mercy the Econornics of Canadiàn Health Care*, Butterworth
- Exworthy, M., & Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration. *Professionals and the new managerialism in the public sector*, 1-17.
- EY. (2013). Views. Vision. Insights. *The evolving role of today's CFO*.
- Ezzamel, M. (1994). Organizational change and accounting: Understanding the budgeting system in its Organizational Context. *Organization Studies*, pp. 213.
- Ezzamel, M., *et al.* (2004). Accounting and management–labour relations : the politics of production in the ‘factory with a problem’. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, Issue 3/4, pp. 269-302.
- Ezzamel, M., Robson, K., Stapleton, P., & McLean, C. (2007). Discourse and institutional change: ‘Giving accounts’ and accountability. *Management Accounting Research*, 18(2), 150-171.
- Ezzamel, M., Willmott, H., & Worthington, F. (2008). Manufacturing shareholder value : the role of accounting in organizational transformation. *Accounting, Organizations and Society*, 33 : 107-140.
- Fama, E. F., & Jensen, M. C. (1983). Separation of ownership and control. *Journal of Law and Economics*, vol. 26, june, p. 301-325
- Farmer, P., & Rylko-Bauer, B. (2001). L’exceptionnel système de santé américain : critique d’une médecine à vocation commerciale. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 139, 13-20.
- Feldman, M. S. (2000). Organizational routines as a source of continuous change. *Organization Science*, 11: 611 - 629.
- Feldman, M. S., & B. T. Pentland. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, vol. 48, n° 1, p. 94-118.
- Ferlie, E. (2002). Quasi Strategy : Strategic Management in the Contemporary Public Sector. In A. Pettigrew, H. Thomas, R. Whittington. *Handbook of Strategy and Management*, London: Sage.
- Ferreira, A., & Otley, D., (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20: 263-82.

- Ferrié, J., Omary, Z., & Serhan, O. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 125-143. doi:10.3917/rfas.181.0125.
- Flamholtz, E. G. (1983). Accounting, budgeting and control systems in their organizational context : Theoretical and empirical perspectives. *Accounting, Organizations and Society*, 8(2-3), 153-169.
- Flamholtz, E. G., Das, T. K., & Tsui, A. S. (1985). Toward an Integrative Framework of Organizational Control. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n°1, pp. 35-50.
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research : Theory, method and applications*, London, Sage
- Fligstein, N. (1990). *The transformation of corporate control*. Cambridge, Mass. Harvard University Press. viii, pp. 391.
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois : La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 35-50. doi:10.7202/044218ar
- Foster, J. B. (2007). The financialization of capitalism. *Monthly Review*, 58: 1-14
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir - Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.
- Frank, D., & Jung, J. (2010). The misapplication of Mr. Michael Jensen: how agency theory brought down the economy and why it might again. In *Markets on Trial: The Economic Sociology of the U.S. Financial Crisis: Part B*, 30 Part B:29-64. Research in the Sociology of Organizations, 30 Part B. Emerald Group Publishing Limited.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Friedberg, E. (1993). Organisation et Action Collective, F. Chazel (Ed.), *Action Collective et Mouvements Sociaux*, Presses Universitaires de France, pp. 225-247.
- Friedman, A. L., & Lyne, S. R. (1997). Activity-based techniques and the death of the beancounter. *The European Accounting Review*, 6(1): 19-44.
- Froud, J., Haslam, C., Johal, S., Williams, J., & Williams, K. (1997). From social settlement to household lottery. *Economy and Society*, 26, 340-372
- Froud, J., Johal, S., & Williams, K. (2000). Shareholder value and financialization : consultancy promises, management moves. *Economy and Society*, 29(1), 80-110.
- Gauthier, P. H., Grenon, A., Omnès, L., & Perchet, J. Y. (1975). *L'analyse de gestion à l'hôpital* : Heral Editions.



- Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse*, 11-62.
- Geertz, C. (1973). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. In Geertz Clifford. (1973). *The interpretation of cultures*. New York, Basic Books, chapter 1, pp. 3-30. Traduction française : Geertz Clifford (1998) "La description dense : vers une théorie interprétative de la culture", *L'enquête*, n° 6, La description I, pp. 73-105.
- Gendron, B. (2006). *Une analyse par l'économie des conventions des formations complémentaires d'initiative locale* halshs-00129686ff
- Georgescu, I. (2010). *La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français* (Doctoral dissertation, Université Montpellier I)
- Georgescu, I., & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : Une étude qualitative du concept de « rapm » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-ContrôleAudit*, 18(3), 67–95.
- Gilbert, P. (1988). *L'instrumentation de gestion*, Paris, Economica.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory : strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine
- Gleadle, P., et al. (2012). Restructuring and innovation in pharmaceuticals and biotechs : The impact of financialisation. *Critical Perspectives on Accounting*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpa.2012.10.003>.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease*. - Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease* - Part II: Integration. *Health care management review*, 26(1), 70-84.
- Golsorkhi, D. (2006). *La fabrique de la stratégie : Une perspective multidimensionnelle*, Vuibert.
- Gomez, P. Y. (2001). *La République des actionnaires : le gouvernement des entreprises entre démocratie et démagogie*, Paris : Syros, 2001. pp. 217.
- Gonzales A (2007), La mort de « Mobilien », ou l'innovation au risque de la concertation, *Gérer et Comprendre*, n°88, pp .21-35.

- Govier, T. (1999), Argument, Adversariality, and Controversy. In F. H. van Eemeren et al. (eds.). *Proceedings of the Fourth International Conference of the International Society for the Study of Argumentation*: 260-65.
- Granlund, M., & Malmi, T. (2002). Moderate impact of ERPS on management accounting : a lag or permanent outcome?. *Management Accounting Research*, 13, 299-321.
- Grateau, F., Cremadez, M. (1997). *Le management stratégique hospitalier*. Paris, InterÉditions, (2e édition)
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1993). Understanding Strategic Change : The contribution of Archetypes. *Academy of Management Journal*.
- Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K., & Suddaby, R. (2008) 'Introduction'. In *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Los Angeles, Sage, pp. 1–46.
- Greenwood, R., & Scharfstein, D. (2012). The growth of modern finance. *Journal of Economic Perspectives*.
- Hachmanian, E., & Hussenot, P. (1984). *Les contrôleurs de gestion des organisations publiques*. FNEGE.
- Hacking, I. (1983). *Representing and Intervening*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Halgand, N. (1996). Méthodes de calcul des coûts et représentations. *13e Journées Nationales des IAE*, Toulouse, Tome 1, p. 72-85.
- Halgand, N. (2000). Calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable. *XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 18-19 mai, Angers.
- Hall, P. (1993). Policy paradigm, social learning and the State. *Comparative Politics*, 25 (3), 275-296.
- Hannan, M. T., & Freeman J. (1984). Structural inertia and organizational change. *American sociological review*, vol. 49, pp.149-164.
- Harris, J. E. (1977). The Internal Organization of Hospitals : Some Economic Implications. *The Bell Journal of Economics*, vol. 8.2, pp. 467-482.
- Harrison, G. L. (1993). Reliance on accounting performance measures and superior evaluative style : the influence of national culture and personality. *Accounting, Organizations and Society*, vol.18, n°3, pp. 319-339.
- Harrison, S. (1998). The Politics of Evidence-based Medicine in the United Kingdom. *Policy and Politics*, 26 (1), 15–31.

- Hasselbladh, H., & Kallinikos, J. (2000). The Project of Rationalization : A Critique and Reappraisal of Neo-Institutionalism in Organization. *Studies, Organization Studies*, 21 (4) : 697-720.
- Hassouni, F., & Razine, R. (2012). *Initiation à la médecine sociale et la santé publique*. Laboratoire de médecine sociale, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- Hatch, M. J. (1997). *Organization Theory. Modern Symbolic and Postmodern Perspectives*. Oxford, Oxford University Press, trad. Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, 418 p.
- Hatchuel, A., & Weil. B. (1992). *L'expert et le système*, Economica.
- Hedberg, B. & Jönsson, S. (1978). Designing semi-confusing information systems for organization in changing environments. *Accounting, Organizations and Society*, 3, pp.47-64.
- Herreros, G. *Appropriation du changement?*. Consulting XP [En ligne]. 11 p. <http://www.consulting-xp.com/telechargement-pdf/9.pdf>.
- Hickson, D. J., Pugh, D. S., & Pheysey, D. C. (1969). Operations Technology and Organization Structure: An Empirical Reappraisal. *Administrative Science Quarterly*, 14(3): 378-397.
- Honoré, B., & Samson, G. (1994). *La démarche de projet dans les établissements de santé* : Edition Privat, ISBN 978-2-7089-7472-2, EAN13 9782708974722.
- Hood, C. (1995). Contemporary Public Management: A New Global Paradigm?. *Public Policy and Administration*, Vol. 10, n°2, pp. 104-117.
- Hood, C. (1995). The “New Public Management” in the 1980s : Variations on a theme. *Accounting, Organizations & Society*, 20(2-3), 93–109.
- Hood, C. (1991), A public management for all seasons. *Public Administration*, vol. 69 Spring 1991 (3-19).
- Hopwood, A. G. (1974). *Accounting and human behaviour*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
- Hopwood, A.G. (1976). Editorial. “The path ahead”. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 1, n°1, pp.1-4.
- Hopwood, A.G. (1983). On trying to study accounting in the contexts in which it operates. *Accounting, Organizations and Society*, 8(2/3): 287-305.
- Hopwood, A.G. (1987). The Archaeology of Accounting Systems, Accounting, Organizations and Society*, pp. 207-234.
- Hopwood, A. G. (1989). Organisational contingencies and accounting configurations. Dans *Accounting development - some perspectives : a book in honour of Sven-Eric Johansson (sous*

la direction de Bo Fridman et Lars Ostman). Stockholm: The Economic Research Institute - Stockholm School of Economics, p. 23-44.

Huard, P. (1977). L'hôpital comme organisation formelle. *Techniques hospitalières*, no 377, pp.47-54.

Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1): 5-27.

Jayadev, A. , Epstein, G. (2007) ; The Correlates of Rentier Returns in OECD Countries ; Department of Economics and Political Economy Research Institute (PERI) ; University of Massachusetts, Boston and Amherst ; working paper series number 123

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of The Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, Vol. 3, October 1976, pp. 305-360.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1979). Rights and Production Functions : An Application to Labor-Managed Firms and Codetermination. *Journal of Business*, Vol. 52, N° 4, 1979, pp. 469-506.

Joannides, V., & Berland, N. (2008). Grounded theory : quels usages dans les recherches en contrôle de gestion?. *Association francophone de comptabilité | Comptabilité - Contrôle - Audit*, Tome 14 pages 141 à 162

Jones, T. C., & Dugdale, D. (2002). The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 27, p. 121-163.

Jordà, Ò., Schularick, M., & Taylor, M. (2014). *The great mortgaging: housing finance, crises, and business cycles*. National Bureau of Economic Research.

Joseph, G., George, A. (2005). Merging Management Accounting with Database Design. *Management Accounting Quarterly*, Winter, Vol. 6, issue 2, p. 34-43.

Justesen, L., Mouristen, J. (2011). Effect of Actor-network. Theory in accounting Research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 24, 161-193.

Kädtler, J., & Sperling, H. J. (2002). After globalization and financialisation : logics of bargaining in the German automotive industry. *Competition and change*, 6 (2) : 149-168.

Kaplan, S. N., Rauh, J. (2010). Wall street and main street : What contributes to the rise in the highest incomes?. *Review of Financial Studies*, 23: 1004-1050

Keister, L. A. (2005). *Getting rich : America's new rich and how they got that way*. Cambridge University Press

- Keraudren, P. (1999). Entre nouveau management public et gouvernance : les spécificités de la réforme de l'administration centrale en Grande-Bretagne. *Politiques et Management Public*, 17-1, pp. 59-92.
- Kettl, D. (1997), The Global Revolution in Public Management. *Journal of Policy Analysis and Management*, 16(3): 446-62.
- Kirkpatrick, I., Kragh Jespersen, P., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and Management in a Comparative Perspective : the Cases of England and Denmark. *Sociology of Health and Illness*, 31 (5), 2009, pp. 642–658
- Kotz, D. M. (2015). *Neoliberalism, Globalization, Financialization: Understanding Post-1980 Capitalism*. Department of Economics. University of Massachusetts Amherst School of Economics, Shanghai University of Finance and Economics.
- Kren, L. (1997). The role of accounting information in organizational control : the state of the art. In V. Arnold., & B. Sutton (Eds), *Behavioral Accounting Research : Foundations and Frontiers*, Florida : Sarasota.
- Krippner, G. (2004). What is Financialization?. Mimeo, Department of Sociology, UCLA.
- Krippner, G. (2005). The financialization of the American economy. *Socio-Economic Review* 3 (2), p. 173-208.
- Krippner, G. (2011). *Capitalizing on Crisis. The Political Origins of the Rise of Finance*. Harvard University Press, Cambridge London.
- Kurunmäki, L. (1999). Professional versus financial capital in the field of health care - struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society*, 24(2), 95-124.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), 327-347.
- Kurunmäki, L., & Miller, P. (2008). Counting the costs: The risks of regulating and accounting for health care provision. *Health, Risk and Society*, 10, p.9-21.
- Kus, B. (2013). Financialisation and Income Inequality in OECD Nations: 1995-2007. *The Economic and Social Review*, 43 (4, Winter): 477-95.
- Labatut, J. (2009). *Gérer des biens communs : processus de conception et régimes de coopération dans la gestion des ressources génétiques animales*. Sciences de l'Homme et Société. Thèse de Doctorat, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris.

- Lambert, C. (2005). *La fonction contrôle de gestion: contribution à l'analyse de la place des services fonctionnels dans l'organisation*. Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Paris: Université Paris Dauphine.
- Lambert, C., Pezet., E. (2006) : Discipliner les autres et agir sur soi : la double vie du contrôleur de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, Vol 10, n° 1, mars 2007, pp. 183 - 208.
- Lamothe, L. (1996). *La Structure Professionnelle Clinique de Facto D'un Hopital de Soins Ultra Specialise*. Ph. D.thesis. Montreal: McGill University, Faculty of Management.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27 (3), 23-30.
- Langevin, P., & Naro, G. (2003). Contrôle et comportements : une revue de la littérature anglo-saxonne. Présenté à Identification et maîtrise des risques : enjeux pour l'audit. La comptabilité et le contrôle de gestion.
- Langfield-Smith, K. (1997). Management control systems and strategy: a critical review. *Accounting Organizations and Society*, vol. 22, n° 2, pp. 207-232.
- Latour, B. (1987). *Science in Action*. Harvard University Press. Cambridge MA.
- Latour, B. (1992). *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, éditions La Découverte.
- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet, remarques sur "l'inter-objectivité". In *Sociologie du travail*, N° 4194.
- Latour, B. (2005), *Reassembling the social: an introduction to actor -network-theory*, Oxford; New York: Oxford University Press.
- Laughlin, R. C. (1987). Accounting systems in organisational contexts: a case for critical theory. *Accounting, Organizations and Society*, 12, pp.479-502.
- Laughlin, R. C. (1991). Environmental disturbances and organizational transitions and transformations some alternative models. *Organization Studies*, vol. 12, n° 2, pp. 209-232.
- Lawrence, P., & Lorsch. J. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation* : Editions d'Organisation.
- Lazonick, W., & O'sullivan, M. (2000). Maximizing shareholder value : A new ideology for corporate governance. *Economy and society*, 29: 13-35.
- Lebas, M. (1995). Performance Measurement and performance Management. *International Journal of Production Economics*, Vol 41, 1995, pp. 23-35.
- Legalais, L., & Morales, J. (2014). Interfaces, narrations et légitimation de la financiarisation. *Revue française de gestion*, 2014/3 N° 240, pp. 165-184. DOI : 10.3166/RFG.240.165-184.

- Lemaitre, P. (1992). Contrôle de gestion ou planification stratégique dans le tertiaire?. *Direction et Gestion des Entreprises*, n° 138-139, novembre, pp. 15-26.
- Lemieux, Vincent. (2002). *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. *Readings in social psychology*, 3, 197-211.
- Libby, T., & Lindsay, R. M. (2010). Beyond budgeting or budgeting reconsidered ? A survey of North American budgeting practice. *Management Accounting Research*, 21: 56-75.
- Livinec, B., & Kerouedan, D. (2015). Philanthrocapitalisme en santé, une générosité au service de la géopolitique néolibérale?. *Revue du Mauss permanente* (<http://www.journaldumauss.net>)
- Llewellyn, S., Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society*, 30(6): 555-83.
- Loning, H., Pesqueux, Y. (1998). *Contrôle de gestion*, Dunod.
- Lordon, F. (2000). La création de valeur comme rhétorique et comme pratique. Généalogie et sociologie de la valeur actionnariale. *L'Année de la régulation*, 4: 117-67.
- Lorino, P. (1991). *Le contrôle de gestion stratégique, la gestion par les activités*. Paris : Dunod.
- Lorino, P. (2002). Vers une Théorie Pragmatique et Sémiotique des Outils Appliqués Aux Instruments de Gestion. *Document de recherche, ESSEC*.
- Lorino, P. (2005). Théories des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations. In Teulier, R & Lorino, P. *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*. La Découverte, pp. 54- 72.
- Lorino, P., & Peyrolle, J. C. (2005). Démarche pragmatiste et mise en processus dans les situations de gestion. In Teulier R. & Lorino P. (Eds.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, 220-229. Paris: La Découverte.
- Lorino, P. (2008). *Méthodes de recherche en contrôle de gestion : une approche critique*. Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales. ResearchGate, 23935105.
- Lorrain, D. (2011). La main discrète : la finance globale dans la ville. In *Revue Française de Sciences Politiques*, vol. 61, n°6, pp. 1097-1122.
- Loubet, G. (2007). *Le mythe du médecin-gestionnaire. Hybridation de la fonction et conflits de rôle*. Doctorat en sciences de gestion. Montpellier : Université Montpellier II.
- Lowe, T., & Puxty, T. (1989). The problems of a paradigm: a critique of prevailing orthodoxy. In management control. *Critical Perspectives in Management Control*. McMillan, Houndsmill (Hampshire).

- Lowe, A. (2001). Reform of the New Zealand Health System : Problematization, Mobilization and Change. *Policy Studies*, 22 (3/4) : 233-249.
- Lowe, A. (2001 b). After ANT - An illustrative discussion of the implications for qualitative accounting case research. *Accounting Auditing & Accountability Journal*, 14:3, 327.
- Lowe, A., & Koh, B. (2007). Inscribing the organization : Representations in dispute between accounting and production. *Critical Perspectives on Accounting*, 18 : 952-974.
- Lozeau, D., Langley A., & Denis J. L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations, *Human Relations*, 55(5): 537–564: 023427.
- Maazouzi, W. (2005). Gouvernance sanitaire au Maroc. In Gouvernance et nouvelle gestion publique au Maroc. *Revue Marocaine d'Audit et de Développement*, n°6, 2005.
- Makhloufi, I., Saadi, J., El Hiki, L., & El Hassani, A. (2012). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Revue Santé Publique*, vol. 24, n° 6, pages 573-585, tabl, 20 réf., ISSN 0995-3914.
- Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management Control Systems as a package -Opportunities, Challenges and Research Directions. *Management Accounting Research*, 19, 287-900.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: John Wiley and Sons.
- March, J. G., & Olsen J.P. (1972). Garbage can model. *Administrative Science Quarterly*, 17 (1), 1-25.
- Marsh, D., Rhodes, R. A. W. (1992). *Policy networks in British government*, Oxford, Clarendon.
- Martin, D. P., & Picceu, C. (2006). Outils de gestion et pilotage dynamique de l'action collective. *Finance Contrôle Stratégie*, vol, 10, n° 3, septembre 2007, pp. 75 - 110.
- Martineau, R. (2008). Les outils de gestion, lieu de rencontre entre théorie et pratique : une revue de littérature. *Congrès des IAE*, 2008
- Martineau, R. (2012). Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital. *Management & Avenir*, 2012/4 (n° 54), p. 215-236.
- McAdam, D., & Scott, W. R. (2005). *Organizations and Movements* "in "social movements and organization theory. Cambridge.
- Merchant, K. A. (1998). *Modern management control systems*. Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.
- Merchant, K. A., & Vna Der Stede, W. A. (2007). *Management control systems : performance measurement, evaluation and incentives*. New York, Etats-Unis. Financial Times/Prentice Hall.



- Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique: un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103.
- Mevellec, P., & Nautré, B. (2011). Contrôle de gestion à l'hôpital, un champ à explorer : ENCC ou modèle ad hoc. *Comptabilités, économie et société*, pp.cd-rom, 2011. <hal-00650554>, Montpellier, France
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Meyssonnier F., & Pourtier F. (2006). Les ERP changent-ils le contrôle de gestion?. *Comptabilité Contrôle Audit*, Mai, Tome 12, vol 1, p 45-64.
- Mezias, S. J. (1995). Using Institutional Theory to Understand For-Profit Sectors : The case of Financial Reporting Standards. Chap. 8, p. 164-196. In *The Institutional Construction of Organizations: International and Longitudinal Studies*, Editors Scott, W. R. and Christensen, S.
- Michaud, V. (2011). *Médiation des tensions dans une coopérative de solidarité : Des chiffres et des lettres*. Thèse de Doctorat. Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES). Université du Québec à Montréal.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. 2e édition. Bruxelles: De Boeck, 626 p.
- Miller, P., & O'Leary, T. (1987). Accounting and the Construction of the Governable Person. *Accounting Organizations and Society*, pp. 235-266.
- Miller, P., & O'Leary, T. (1989). Accounting Expertise and the Entrepreneurial Society New Rationals of Calculation, paper presented to the *Accounting, Organizations and Society Conference on Accounting and the Human Sciences*, Iowa (September 1989).
- Miller, P. (1991). Accounting innovation beyond the enterprise: problematizing investment decisions and programming economic growth in the UK in the 1960s. *Accounting, Organizations and Society*, 16, p.733-762.
- Miller, P., & O'leary, T. (1994). Accounting, "economic citizenship" and the spatial reordering of manufacture. *Accounting, Organizations and Society*, 19(1), 15-43.
- Miller, P., & O'Leary, T. (2007). Mediating instruments and making markets: Capital budgeting, science and the economy. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, n°7-8, pp. 701- 734.
- Miller, P., Kurunmäki, L., & O'Leary, T. (2008). Accounting, hybrids and the management of risk. *Accounting, organizations and society*, 33(7-8), 942-967.

- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. *Les Editions d'Organisation*, pp. 434, Paris.
- Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations*. Les Editions d'Organisation, Paris, 660 pages (version américaine, 1983, « Power In and Around Organizations », Prentice-Hall Inc.) Biblio Sciences Eco L7 b MIN L 14266+A
- Mintzberg, H., & McHugh, A. (1985). Strategy formation in an adhocracy. *Administrative Science Quarterly*, 24(4): 580 - 589.
- Mintzberg, H., & Waters, J. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3): 257- 272.
- Mintzberg, H. (1992). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Minvielle, É., & Contandriopoulos, A. P. (2004). La conduite du changement. *Revue française de gestion*, (3), 29-53.
- Mobus, J. L. (2005). Mandatory Environmental Disclosures in a Legitimacy Theory Context. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 18, no 4, pp. 492-517.
- Moisdon, J. C., Engel, F., & Kletz F. (1995). Les volontés du savoir : transformation de la régulation du système hospitalier. *Revue Française d'Administration Publique*, 76, octobre-décembre, 663-674.
- Moisdon, J. C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Séli Arslan, 288 p., Paris.
- Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (1997). *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Seli-Arslan.
- Moisdon, J. C., Tonneau, D. (1996). L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration. I- *Revue française de gestion* n° 109, Juin-juillet-Aôut.
- Moisdon, J. C. (1999). Quelle est la valeur de ton point ISA? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail* 42 (1), 31–49.
- Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (1999). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1 : Recherches sur la gestion interne*, Seli Arslan.
- Moisdon, J. C. (2005). Comment apprend-on par les outils de gestion ?. in Teulier R. et P. Lorino. *Entre connaissance et organisation: l'activité collective, La Découverte « Recherches »*, pp. 239-250.
- Moisdon, J. C., & Pépin, M. (2010). *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Etude qualitative d'un échantillon de huit*

*établissements* (No. 97). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Montagne, S., (2006). *Les fonds de pension. Entre protection sociale et spéculation financière*. Ed. Odile Jacob, Paris.

Montalan, M. A., & Vincent, B. (2013). Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale. (French). *Revue Management et Avenir*, 3(61), pp.190-207.

Montgolfier, C. (1999). Quel contrôleur pour quel contrôle?. In *Faire de la recherche en contrôle de gestion?. De la compréhension. Des pratiques à un renouvellement théorique*. (Ed, Dupuy, Y.), Paris : Vuibert, 145-160

Morales, J., & Pezet, A. (2010). Les contrôleurs de gestion, "médiateurs" de la financiarisation. Etude ethnographique d'une entreprise de l'industrie aéronautique. *Comptabilité Contrôle Audit*, 16(1):101-132.

Morgan, M. S., & Morrison M. (1999). *Models as Mediators: Perspectives on Natural and Social Science*. Cambridge University Press.

Mouritsen, J., & Thrane S. (2006). Accounting, network complementarities and the development of inter-organisational relations. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 31, n°3, p. 241–275.

Mouritsen, J., Hansen, A., & Hansen, C. (2009). Short and long translations: Management accounting calculations and innovation management. *Accounting, Organizations and Society*, 34, p.738-754.

Mundy, J. (2010), Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems, *Accounting, Organizations and Society*, 35(5):499-523.

Naro, G. (1998). Dimension humaine du contrôle de gestion. *Comptabilité Contrôle Audit*, pp. 45-69.

Naro, G. (2010). Perspectives critiques en comptabilité : le "Nouveau Management Public" en question(s), In *Management, mondialisation, écologie. Regards critiques en sciences de gestion*. (Eds Palpacuer F., Leroy M., Naro G.), Editions Hermes Science Publications, pp. 185-209, Paris.

Nobre, T. (1998). Management de la valeur et pouvoir dans l'hôpital. *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 1, n° 2, juin, p. 95-117.

Nobre, T. (1999). L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité. *20e Congrès de l'AFC*, Bordeaux.

- Nobre, T. (2000). Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital?. *21<sup>ème</sup> Congrès de l'AFC*, May 2000, France.
- Nobre, T. (2001). Le contrôleur de gestion de la PME. *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 7 (1) : 129-146
- Nobre, T. (2004). *L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité?. Communication au 25e congrès de l'AFC*, mai 2004
- Nobre, T. (2006), Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital, *Finance-Contrôle-Stratégie*, 9(4) : 143-168.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change?. *Revue Française de Gestion*, 39/235 : 113-127.
- Nobre T., & Zawadzki C. (2013), Stratégie d'acteurs et processus d'introduction d'outils de contrôle de gestion en PME. *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 19, vol. 1, p. 91-116.
- Nobre, T. (2014). L'évolution du management de la performance à l'hôpital : du contrôle de gestion au contrôle organisationnel. In Bollecker M. et G. Naro (2014). *Le contrôle de gestion aujourd'hui. Débats, controverses et perspectives*. Vuibert.
- Nørreklit, H. (2003). The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28, Issue 6, pp. 591-619.
- North, D. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, no 1, pp. 97-112.
- Nosbonne, C. (2013). Le tournant managérial dans le secteur public européen : quelles conséquences sur l'action publique ?. *La nouvelle revue du travail*.
- Ogden, S., & Anderson, F. (1999). The role of accounting in organisational change: promoting performance improvements in the privatised UK water industry. *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 10, p. 91-124.
- Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, vol.16, n°1, p. 145-179.
- Olsen, J. P. (1971). Local budgeting, decision making or ritual act. *Scandinavian Political Studies*, vol. 5, N° 3, pp 85-118.
- Olson, O. (1985). Quasiplanning and blind control. Working paper, Dept of business Administration, University of Gotenburg.
- Oomkens, R. F. (2010). Professionals under Supervision : Performance-based Contracting in hospital Care and home Care. *IRSPM Conference*, April, Berne, Switzerland

- Opdahl Mo, T. (2008). Doctors as managers : moving towards general management?. *Journal of Health Organization and Management*, 22 (4) : 400-415.
- Orlikowski, W. J. (1992). The Duality of Technology: Rethinking the Concept of the Technology in Organisations. *Organizations Science*, Vol. 3, n°3, pp 398- 427.
- Orlikowski, W.J. (2000). Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations. *Organization Science*, Vol.11, n°4, pp.404-428.
- Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial Practices : Exploring Technology at Work. *Organization studies*, 28, 1435-1448.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press, New York.
- Otley, D., & Pollanen, R. (2000). Budgetary criteria in performance evaluation: a critical appraisal using new evidence. *Accounting Organizations Society*, 25: 483-496.
- Ouchi, W. G., & Maguire, A. (1975). Organizational control : Two functions. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 20, pp. 559-569, December.
- Ouchi, W. G. (1977). The relationship between organizational structure and organizational control. *Administrative Science Quaterly*, 22(1), pp .95-113.
- Ouchi, W.G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, Vol 25, N° 9, pp. 833-848.
- Pache, A. C., & Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*, 56(4), 972-1001
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences huamines et sociales*. Quatrième édition, Armond Colin.
- Palpacuer, F., Pérez, F., Tozamli, S., Seigneur, A. (2005). *Financiarisation et globalisation des stratégies d'entreprise : Le cas des multinationales agroalimentaires en Europe*. Communication présentée à la XIVième conférence de l'AIMS, Angers, 6-9 Juin 2005
- Pauly, M. V., & Redisch, M. (1973). The Not For-profit Hospital as a Physicians Cooperarive. *Armerican Econornic Review*, 63, pp.87-100.
- Pauly, M.V. (1980). *Doctors and their workshops : Economic models of psysician behaviors*. The University of Chicago Press.
- Peaucelle, J. L., (2003), *Henri Fayol, Inventeur des outils de gestion*. Paris, Economica, 2003.
- Peirce, S. C. (Ed.). (1931-1958). *Collected Papers* (Vol. 8 Vol.). Boston: Harvard University Press.

- Pépin, M., & Moisdon, J. C. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. *Dossiers Solidarité et Santé, DREES*, n°16.
- Perez, M., Chalayer-Rouchon, S., & Teyssier, C. (2005). De nouvelles approches pour les outils comptables et financiers : un cadre d'hypothèses.
- Pesqueux Y. (2002). *Organisations, modèles et représentations*, PUF, coll. « Gestion », Paris, 396 pages.
- Pétrin, A., Gendron, C., & St-Pierre, J. (2003). Légitimité et responsabilité sociale de l'entreprise. Recueil de textes CÉH/RT-II-2003. Chaire de responsabilité sociale et de développement durable. École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal.
- Pettersen, I. J. (1995). Budgetary control of hospitals—Ritual rhetorics and rationalized myths?. *Financial Accountability & Management*, 11(3), 207-221.
- Pettigrew, A., Ashurner, L., & Fitzgerald, L. (1995). *The New Public Mangement in Action*. Oxford University Press.
- Philippon, T., Reshef, A. (2012). Wages and Human Capital in the US Finance Industry: 1909–2006\*. *The Quarterly Journal of Economics*, 127 (4): 1551-1609.
- Phillips, K. (1996). *Arrogant capital: Washington, Wall street and the frustration of American Politics*. New York, little, Brown and company.
- Phillips, K. (2002). *Wealth and Democracy : A Political History of the American Rich*. New York, Broadway Books.
- Pickering, A. (1992). From Science as knowledge to science as practice, In Pickering A. (ed). *Science as practice and culture*, 1992, The university of Chicago press, Chicago.
- Piketty, T., & Saez, E. (2003). Income Inequality in the United States, 1913–1998\*. *The Quarterly journal of economics*, 118 (1): 1-41.
- Piketty, T. (2013). *Le capital au XXIe siècle*. Collection Les livres du nouveau monde, Seuil, Paris.
- Pipan, T., & Czarniawska, B. (2010). How to construct an actor-network: management accounting from idea to practice. *Critical Perspectives on Accounting*, 21(3): 243-251.
- Piroux, A. (2012b). La privatisation de l'éthique administrative. *Pyramides*, n°22.
- Poon, M. (2009). From new deal institutions to capital markets: Commercial consumer risk scores and the making of subprime mortgage finance. *Accounting, Organizations and Society*, 34 (5): 654-74.
- Power, M., & Laughlin, R. (1992). Critical theory and accounting. *Critical management studies*, 21(5), 441-465.

- Power, M. (1996). Making things auditable. *Accounting, organizations and society*, vol. 21, n°2/3, pp. 289-315.
- Preker, S., Harding, A. (2003) " Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals"; The World Bank, *The International Bank for Reconstruction and Development*.
- Preston, A., Cooper, D. J. & Coombs, R, (1992) Fabricating Budgets : a Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service. *Accounting Organizations and Society*, pp. 561-593.
- Pries, L. (1999). Auf dem Weg zu global operierenden Konzernen? BMW, Mercedes und Volkswagen. Die Groben Drei der deutschen Automobilindustrie. Rainer Hampp Verlag, Mering.
- Puyou, F. R. (2009). *Le contrôle de gestion comme scène du gouvernement des groupes de sociétés. La place du calcul économique dans l'action organisée*. Thèse de doctorat, CSO
- Quattrone, P., & Hopper, T. (2005). A 'time-space odyssey': management control systems in two multinational organisations. *Accounting, Organizations & Society*, 30(7), 735-764.
- Quemener, Y. (2010). Contrôle de gestion et gouvernance : des espaces pour penser. *Management & Avenir*, 2010/9 (n° 39), p. 13-30.
- Rabardel, P. (1995). *Les Hommes et les Technologies : Approche cognitive des Instruments Contemporains*, Paris, France, A. Colin.
- Rabardel, P. (2002). Le langage comme instrument? Eléments pour une théorie instrumentale étendue. In Clot, Y. (éd.), *Avec Vygotski*. La Dispute, Paris, pp. 265-290.
- Rabardel, P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir, In Teulier, R., & Lorino, P. (Eds.). *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Paris: La Découverte, pp 251-265.
- Ramstedt, M. (2002). Empowering the Self. The Authority of Transformative Experience and New Forms of Religiosity in Secularized Dutch Society. *The 2002 CESNUR International Conference (Minority Religions, Social Change, and Freedom of Conscience)*, Salt Lake City & Provo (Utah), June 20-23.
- Rapport sur la santé dans le monde. (2008). Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Organisation mondiale de la Santé. ISBN 978 92 4 256373 3. ISSN 1020-332X.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies*, vol. 30, n°6, p. 629-652.
- Renard, V. (2008). La ville saisie par la finance. *Le Débat*, n°148, pp. 106-117.

- Roberts, J., & Scapens, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability— understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, organizations and society*, 10(4), 443-456.
- Robson, K. (1991). On the arenas of accounting change : the process of translation. *Accounting Organizations and Society*, Vol 16, No 5/6, pp 547--570.
- Robson, K. (1992). Accounting numbers as “inscription”: action at a distance and the development of accounting\*. School of Management, University of Manchester Institute of Science and Technology. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 17, No. 7, pp. 685708, Printed in Great Britain.
- Routelous, C. (2013). *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs*. Quaderni [En ligne], 82 | Automne 2013, mis en ligne le 05 octobre 2015, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/735> ; DOI : 10.4000/quaderni.735.
- Russell, K., Siegel, G., & Kulesza, C. (1999), Counting more, counting less. Transformations in the Management Accounting Profession. *Strategic Finance*, September: 39-44.
- Sainsaulieu, I. (2007), *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Belin.
- Salento, A., Masino, G., & Berdicchia, D. (2013). Financialization and Organizational Changes in Multinational Enterprises. *Revue d'économie industrielle* [Online], 144 | 4e trimestre 2013, Online since 01 December 2015, connection on 08 January 2017. URL : <http://rei.revues.org/5710> ; DOI : 10.4000/rei.5710.
- Sandberg, J., & Tsoukas, H. (2011). Grasping the logic of practice: theorizing through practical rationality. *The Academy of Management Review*, 36(2), 338-360. Retrieved August 16, 2020, from [www.jstor.org/stable/41318004](http://www.jstor.org/stable/41318004).
- Savoie, D. (1994). *Thatcher, Reagan, Mulroney : In Search of a New Bureaucracy*. Pittsburgh, Pittsburgh University Press.
- Sawyer, MC. (2014). What is financialization?. *International Journal of Political Economy : a Journal of translations*, 42 (4). 1. 5- 18 (14). ISSN 0891- 1916.
- Scapens, N., & Macintosh, R. W. (1990). Structuration theory in management accounting. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 15, Issue 5, pp. 455-477.
- Scapens, R. W., & Jazayeri, M (2003). ERP systems and management accounting change: opportunities or impacts? A research note. *European accounting review*, 12(1): 201-233.
- Schmit, J. P. (1994). *Manuel d'organisation de l'entreprise*. PUF, pp. 347.



- Schweyer, F. X. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XLIV-135), 45-60.
- Scott, W. R. (1981). Reform Movements and Organizations : The Case of Ageing. In Kiesler, S. B. *Ageing : Social change*. Academic Press Inc, pp. 331-344.
- Scott, W. R. (1987). The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32.
- Scott, W. R., Richard, M. R., Peter J. M., & Carol A. C. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W. R. 2008 (1995). *Institutions and organizations: Ideas and interests*. Sage Publications Thousand Oaks, CA.
- Segrestin, D. (2004). *Les chantiers du manager*, Paris: Armand Colin coll. Sociétales.
- Shields, M. D. (1997). Research in management accounting by north americans in the 1990s. *Journal of Management Accounting Research*, vol. 9, p. 3-61.
- Simon, H. A. (1969). *The Sciences of the Artificial*. M.I.T. Press, Cambridge et Londres.
- Simon, H. A. (1973). *De la rationalité substantive à la rationalité procédurale*.
- Simons, R. (1987). Planning, control, and uncertainty : a process view. In X, *Bruns., R, Kaplan (éds.). Accounting and management : field study perspectives*. Harvard Business School Press, pp. 339-362.
- Simons, R. (1990). The Role of Management Control Systems in Creating Competitive Advantage : New Perspectives. In *Readings in accounting for management control* (pp. 622-645). Springer, Boston, MA.
- Simons, R. (1994). How top managers use control systems as levers of strategic renewal. *Strategic Management Journal*, vol. 15, p. 169-189.
- Simons R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, Vol. 27(1), pp. 127-140.
- Sponem, S. (2009). Contrôle de gestion et apprentissage organisationnel. Bernard Colasse. Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit, *Economica*, pp. 561-573. halshs-00465677.

- Star, S.L., & Griesemer J. (1989). Institutionnal ecology, 'Translations', and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie. *Social Studies of Science*, 19 (3), 387-420.
- Starkey, K., & McKinlay, A. (1997). *Foucault, Management and Organization Theory. From Panopticon to Technologies of Self*, London, Sage.
- Streeck, W. (2014). *Buying Time: The Delayed Crisis of Democratic Capitalism*. Verso Books.
- Suchman, L. A. (1987). *Plans and situated actions : the problem of human-machine communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy : Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, vol.20, n°3, pp.571–610.
- Suleiman, E. (2003). *Dismantling Democratic States*. Princeton, Princeton University Press.
- Sweezy, P., & Magdoff, H. (1987). Stagnation and the financial explosion. New York : *Monthly Review*.
- Système de santé et qualité de vie. In 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025.
- Takagi, J. (2006). L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion*, 168/169 : 55-81.
- Talbot, C. (2000). La gestion des services publics au Royaume-Uni (1979-2000) : Evolution ou révolution?. In Rouban Luc (dir.), *Le Service public en devenir*, Paris, L'Harmattan.
- Teece, D., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7): 509- 533.
- Teulier, R. & Lorino, P., (2005). *Entre connaissance et organisation : l'activité collective - l'entreprise face au défi de la connaissance*, Paris: La Découverte
- Theurillat, T. (2011). La ville négociée : entre financiarisation et durabilité. *Géographie, économie, société*, (Vol. 13), pp. 225-254.
- Thévenot, L. (1985). Les investissements de forme. *Conventions Economiques*, Paris, PUF, CEE.
- Thévenot, L. (1986). Les investissements de forme. *Conventions économiques*, 29, 21-71.
- Thévenot, P., & Boltanski, L. (1991). De la justification: les économies de la grandeur. ISSN 0993-4685 : Gallimard.
- Thompson, J. D., & Tuden, A. (1959). *Stratégies, structures and processes of organizational decision*. The University of Pittsburgh Press, 195-216.

- Torres, O. (2000). Entrepreneuriat et globalisation. in Verstraete T. ed) : *Histoire d'entreprendre, les réalités de l'entrepreneuriat* : Editions EMS.
- Touati, N., Denis, J. L., Contandriopoulos, A. P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale?. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 23, n° 2, juin 2005.
- Touchais, L. (2006). Le contrôle de gestion dans une dynamique de changement : Définition d'un cadre d'analyse. *Comptabilité, Contrôle, Audit et Institution(s)*, May 2006, Tunisie. pp.CD-Rom. halshs-00558383.
- Touchais, L., & Herriau, C. (2009). Le contrôle de gestion dans une dynamique de changement : définition d'un cadre conceptuel et application à la relecture d'un processus de transmission. *Management & Avenir*, 2009/2 n° 22 | pages 70 à 91, ISSN 1768-5958.
- Travaillé, D., & Dupuy, Y. (2014). Le système des tableaux de bord et la cohésion stratégique et organisationnelle. In *Le contrôle de gestion aujourd'hui, Débats, controverses et perspectives*, pp. 31-44, Vuibert.
- Trompette, P., & Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 31(1), pp.5-27.
- Vaivio, J. (2004). Mobilizing Local Knowledge with Provocative Non-financial Measures. *European Accounting Review*, Vol. 13, n° 1, pp. 39-71.
- Vallejo, J. (2015). Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée, *Congrès ARAMOS*.
- Van De Ven, A. H., & Poole, M. S. (2005). Alternative Approaches for Studying Organizational Change. *Organization Studies*, Vol. 26-9, pp. 1377-1404.
- Vera, D., & Crossan, M. (2003). Organizational learning and knowledge management: Toward an integrative framework. In M. Easterby-Smith et M. A. Lyles (éd.). *Blackwell handbook of organizational learning & knowledge management*, Blackwell Publishers, pp. 122-141, Oxford.
- Voirol, O. (2012). Quel est l'avenir de la théorie critique ?. *Questions de communication*, 21/2012.
- Vygotski, L. S. (1930/1985). La méthode instrumentale en psychologie. In Schneuwly B. (éd.), Bronckart J.P. (éd.), *Vygotski aujourd'hui*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel/Paris.
- Vygotski, L. S. (1934/1997). *Pensée et Langage*. La Dispute, Paris.
- Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Economica, 1996.

- Wacquant, L. (2000). *Corps et âme : carnets d'ethnographie d'un apprenti boxeur*. Marseille : Agone.
- Walsh, I., & Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. *Management et Avenir*, 39 (9) : 283-302.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fish, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Le Seuil, col. Points, Paris.
- Wawryszuk-Misztal, A., & Wrońska-Bukalska, E. (2014). Duties of financial director from board's perspective. *Management Knowledge and Learning*. International Conference 2014.
- Weinsein, O. (2015). La financiarisation de l'entreprise : transformation de la conception de l'entreprise capitaliste et transformation de la classe managériale. Colloque international Recherche & Régulation 2015. La théorie de régulation à l'épreuve des crises, Paris
- Wenner, D., & Le Ber, R. (1989). Managing for Shareholder Value—From Top to Bottom. *Harvard Business Review* November-December 1989.
- Westphal, J. D., Gulati, R., & hortell, S. M. (1997). Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative science quarterly*, 366-394.
- Whittington, R. (2006). Completing the practice turn in strategy research. *Organization Studies*, 27(5): 613-634.
- Widener, S. K. (2007). An empirical analysis of the levers of control framework, *Accounting, Organizations and Society*, 32: 757-88.
- Widmer, F. (2011). Renouvellement des dirigeants et processus de financiarisation. L'industrie suisse des machines depuis les années 1990. La Découverte : *Revue Française de Socio-Économie*. 2011/1 - n° 7 pages 21 à 44.
- Williams, K. (2000). From shareholder value to present-day capitalism. *Economy and Society*, 29,1-12.
- Yin, R. (2002). *Case Study Research. Design and Method*, Sage Publication, London.
- Young, D. W., & Saltman, R. B. (1985). *The hospital Power Equilibrium. Physician Behaviors and cost containment*. The John Hopkins Press University.
- Zollo, M., & Winter, S. G. (2002). Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organization Science*, n°13, pp. 339-351.
- Zorn, D. (2003). Le triomphe du directeur financier : conceptions du contrôle et accession au pouvoir du directeur financier dans les entreprises américaines, *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 6, N° 4, décembre 2003, pp. 155 – 185.

Zorn, D. M. (2004). Here a chief, there a chief : The rise of the cfo in the american firm. *American Sociological Review*, 69: 345-364.

## **Annexes**

# Annexe 1 : Dahir de création de la fondation Cheikh Zaid et Dahir complémentaire

N° 6288 – 8 kaada 1435 (4-9-2014)

BULLETIN OFFICIEL

3925

**Dahir n° 1-14-126 du 3 chaoual 1435 (31 juillet 2014) portant promulgation de la loi n° 28-14 modifiant et complétant le dahir portant loi n° 1-93-228 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) créant la Fondation « Cheikh Zaïd Ibn Soltan ».**

LOUANGE A DIEU SEUL !

*(Grand Sceau de Sa Majesté Mohammed VI)*

Que l'on sache par les présentes – puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 42 et 50,

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

Est promulguée et sera publiée au *Bulletin officiel*, à la suite du présent dahir, la loi n° 28-14 modifiant et complétant le dahir portant loi n° 1-93-228 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) créant la Fondation « Cheikh Zaïd Ibn Soltan », telle qu'adoptée par la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers.

*Fait à Rabat, le 3 chaoual 1435 (31 juillet 2014).*

Pour contreseing :

*Le Chef du gouvernement,*

ABDEL-ILAH BENKIRAN.

\*

\* \*

Loi n° 28-14

modifiant et complétant le dahir portant loi n° 1-93-228 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) créant la Fondation « Cheikh Zaïd Ibn Soltan »

Article unique

Les articles premier, 2, 3 (quatrième alinéa), 4 (deuxième alinéa), 5 (premier alinéa), 6, 7, 12 et 13 du dahir portant loi n° 1-93-228 du 22 rabii I 1414 (10 septembre 1993) créant la Fondation « Cheikh Zaïd Ibn Soltan » sont modifiés et complétés comme suit :

« Article premier. – Il est créé ..... une « institution d'utilité publique, à but non lucratif dotée..... »

*(La suite sans modification.)*

« Article 2. – Cette Fondation a pour mission principale :

« ..... ;

« – de créer .....Cheikh Zaïd ;

« – de contribuer à l'enseignement, à la formation et à « la recherche dans le domaine des sciences de la santé, « conformément à la législation et à la réglementation « en vigueur au Royaume du Maroc, notamment par :

« \* la création d'établissements d'enseignement supérieur « et de recherche scientifique dans les domaines « médical et paramédical conformément aux normes « législatives et réglementaires en vigueur au Royaume « du Maroc ;

« \* la création des centres de formation et/ou de « recherche dans le domaine de la santé ;

« \* la réalisation, la promotion ou la participation « aux travaux de recherche dans les domaines médical « et biomédical.

« L'ouverture, l'exploitation et la gestion des établissements « et centres cités ci-dessus, selon le cas, se font conformément à « la législation en vigueur au Royaume du Maroc, sous réserve « des dispositions particulières de la présente loi.

« La Fondation a également pour but de contribuer, en « collaboration avec les administrations et les organismes « concernés, notamment le ministère de la santé, « les établissements universitaires et les centres hospitaliers « et universitaires, à

« – l'étude.....pour les combattre.

« – la prise en charge des soins des personnes titulaires de la « carte du régime d'assistance médicale conformément « aux modalités fixées par voie réglementaire ;

« – la mise en place de toute action à caractère social ou « humanitaire au profit des personnes démunies ;

« – l'organisation de programmes de prévention dans le « domaine de la santé en coordination avec le ministère « de la santé, les organismes, les établissements et les « associations actives dans ce domaine .

« – la coopération avec tout organisme, association, « établissement ou administration poursuivant au « Maroc ou à l'étranger un but similaire, notamment « la Fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaïd.

« Article 3 (quatrième alinéa). – La qualité ..... « est incompatible avec l'exercice de toute fonction administrative « au sein de celle-ci ou au sein des établissements et des centres « qui en relèvent.

« Article 4 (deuxième alinéa). – A cet effet, il est notamment « chargé de :

« – fixer ..... à leur exécution ;

« – établir le programme d'action de la Fondation ;

« – décider de la création des établissements ou centres « cités à l'article 2 ci-dessus ;

« – approuver, préalablement à leur entrée en vigueur, les « conventions de partenariat conclues entre la Fondation « et ses partenaires, notamment celles conclues avec les « autorités gouvernementales, les établissements publics « et les établissements universitaires concernés, relatives « aux modalités de participation des enseignants « chercheurs des facultés de médecine et de médecine « dentaire et des médecins relevant du secteur public à la « réalisation des missions de la Fondation, sans que cela « affecte le fonctionnement normal de ces établissements ;

« – arrêter le budget ..... à l'hôpital  
« Cheikh Zaïd et aux autres établissements et centres  
« relevant de la Fondation ;

« – fixer le statut ..... qu'elle emploie,

« Outre le personnel ..... et techniques ;

« – établir le règlement intérieur ..... des  
« établissements et centres qui en relèvent.

« Article 5 (premier alinéa). – Le Conseil des .....  
« une fois par semestre, sur convocation de son président.

« Article 6. – Le président du conseil ..... sur  
« les activités de la Fondation.

« A la clôture de chaque exercice, le conseil  
« des administrateurs désigne un expert-comptable, inscrit au  
« tableau de l'Ordre des experts-comptables, qui a pour  
« mission de contrôler la gestion financière de la Fondation,  
« et des établissements et centres qui en relèvent, ainsi que la  
« régularité et la sincérité des comptes.

« L'expert-comptable prend connaissance de tous  
« documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission.  
« Il établit un rapport sur les contrôles qu'il a effectués et  
« formule son appréciation sur la gestion de la Fondation et  
« des établissements et centres qui en relèvent. Ce rapport  
« est annexé .....

(La suite sans modification.)

« Article 7. – La Fondation est dirigée par un directeur  
« nommé par dahir.

« Le directeur détient ..... 11 ci-après.

« A cet effet il :

« – représente la Fondation ..... du conseil  
« des administrateurs ;

« – fait tous actes ..... en justice ;

« – engage les dépenses ..... des  
« recettes de la Fondation ;

« – assure la gestion de l'ensemble des établissements  
« et centres relevant de la Fondation à l'exception de  
« l'hôpital Cheikh Zaïd ;

« – propose à l'approbation .....

(La suite sans modification.)

« Article 12. – Les ressources de la Fondation se composent :

« – des revenus des biens ..... à son  
« profit ;

« – des revenus des biens meubles ..... son patrimoine ;

« – des produits de ses prestations, notamment celles des  
« établissements et des centres qui en relèvent ;

« – des subventions .....

(La suite sans modification.)

« Article 13. – La comptabilité de la Fondation et celles  
« des établissements et des centres qui en relèvent sont régies  
« par les règles de la comptabilité commerciale. »

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du  
« Bulletin officiel » n° 6282 du 17 chaoual 1435 (14 août 2014).

Dahir n° 1-14-127 du 3 chaoual 1435 (31 juillet 2014) portant  
promulgation de la loi n° 29-14 modifiant et complétant  
la loi n° 12-07 portant création de la Fondation « Cheikh  
Khalifa Ibn Zaïd ».

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Sceau de Sa Majesté Mohammed VI)

Que l'on sache par les présentes – puisse Dieu en élever  
et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 42 et 50,

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

Est promulguée et sera publiée au *Bulletin officiel*, à la  
suite du présent dahir, la loi n° 29-14 modifiant et complétant  
la loi n° 12-07 portant création de la Fondation « Cheikh  
Khalifa Ibn Zaïd », telle qu'adoptée par la Chambre des  
représentants et la Chambre des conseillers.

Fait à Rabat, le 3 chaoual 1435 (8 juillet 2014).

Pour contresigne :

Le Chef du gouvernement,  
ABDEL-ILAH BENKIRAN.

\*

\* \*

Loi n° 29-14

modifiant et complétant la loi n° 12-07 portant création  
de la Fondation « Cheikh Khalifa Ibn Zaïd »

Article unique

Les articles 2 et 4 (deuxième alinéa), 5 (premier alinéa),  
6, 7, 12 et 13 de la loi n° 12-07 portant création de la Fondation  
Cheikh Khalifa Ibn Zaïd promulguée par le dahir n° 1-07-103  
du 8 regeb 1428 (24 juillet 2007), sont modifiés et complétés  
comme suit :

« Article 2. – La Fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaïd a  
« pour mission principale :

« – ..... ;

« – de créer ..... à  
« Casablanca ;



**ORGANISATION ET PERSONNEL  
DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES**
**TEXTES COMMUNS**

	Pages
Dahir portant loi n° 1-93-272 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) modifiant et complétant le dahir portant loi n° 1-77-216 du 20 chaoual 1397 (4 octobre 1977) créant un Régime collectif d'allocation de retraite .....	496
Dahir portant loi n° 1-93-29 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) relatif à la coordination des régimes de prévoyance sociale .....	497
Décret n° 2-92-924 du 20 rebia I 1414 (8 septembre 1993) modifiant et complétant le décret royal n° 401-67 du 13 rebia I 1387 (22 juin 1967) portant règlement général des concours et examens pour l'accès aux cadres, grades et emplois des administrations publiques .....	499
Décret n° 2-93-379 du 15 rebia I 1414 (3 septembre 1993) modifiant et complétant le décret n° 2-82-668 du 17 rebia II 1405 (9 janvier 1985) portant statut particulier du corps interministériel des ingénieurs et des architectes .....	499

**TEXTES PARTICULIERS**

	Pages
<b>Ministère de la justice.</b>	
Décret n° 2-93-69 du 6 rebia I 1414 (25 août 1993) modifiant et complétant le décret n° 2-75-882 du 20 hija 1395 (23 décembre 1975) relatif à l'élection des représentants des magistrats au conseil supérieur de la magistrature .....	500
<b>Ministère de l'intérieur et de l'information (Information).</b>	
Décret n° 2-93-535 du 20 rebia I 1414 (8 septembre 1993) modifiant et complétant le décret n° 2-88-70 du 25 moharrem 1410 (28 août 1989) portant statut particulier du personnel du ministère de l'information .....	501
<b>Ministère de l'agriculture et de la réforme agraire.</b>	
Décret n° 2-93-246 du 20 rebia I 1414 (8 septembre 1993) modifiant et complétant le décret n° 2-80-473 du 6 moharrem 1401 (14 novembre 1980) rétablissant certaines indemnités propres aux personnels relevant du statut particulier du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire .....	502

**TEXTES GÉNÉRAUX**

Dahir portant loi n° 1-93-221 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) modifiant le dahir n° 1-70-157 du 26 jomada I 1390 (30 juillet 1970) relatif à la normalisation industrielle en vue de la recherche de la qualité et de l'amélioration de la productivité.

**LOUANGE A DIEU SEUL !**

(Grand Sceau de Sa Majesté Hassan II)

Que l'on sache par les présentes - puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment son article 101 ;

Vu le dahir n° 1-70-157 du 26 jomada I 1390 (30 juillet 1970) relatif à la normalisation industrielle en vue de la recherche de la qualité et de l'amélioration de la productivité ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 13 safar 1414 (3 août 1993),

**A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :**

ARTICLE PREMIER. - Les dispositions des articles 1 et 5 (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas) du dahir susvisé n° 1-70-157 du 26 jomada I 1390 (30 juillet 1970) sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article premier. - Les normes précisent notamment, les « définitions, les caractéristiques dimensionnelles ou qualitatives et « les règles d'emploi et de contrôle d'objets ou de produits de « transformation industrielle, ainsi que les caractéristiques du système « de gestion de la qualité qui permet à l'entreprise industrielle d'estimer « et de suivre le niveau de la qualité de ses produits. Elles sont « élaborées, homologuées, révisées et appliquées dans les conditions « prévues par le présent dahir et les textes pris pour son application. »

« Article 5 (1<sup>er</sup> alinéa). La conformité aux normes « homologuées peut être attestée par l'attribution d'un certificat « ou matérialisée par l'apposition sur le produit d'une « Marque de « conformité aux normes ».

« (2<sup>e</sup> alinéa) - Certains produits normalisés, répondant à des « normes spécifiques particulières, peuvent bénéficier d'une marque « distinctive supplémentaire appelée « Label de qualité ».

« (3<sup>e</sup> alinéa) - Les modalités d'attribution ou de retrait du « certificat, de « la marque de conformité aux normes » et du « label « de qualité » seront fixées par voie réglementaire. »

ART. 2. - Le présent dahir portant loi sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993).

Pour contresigner :

Le Premier ministre,  
MOHAMMED KARIM-LAMRANI

Dahir portant loi n° 1-93-228 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) créant la Fondation « Cheikh Zaid Ibn Soltan »

**LOUANGE A DIEU SEUL !**

(Grand Sceau de Sa Majesté Hassan II)

Que l'on sache par les présentes - puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

\* Vu la Constitution, notamment son article 101 ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 13 safar 1414 (3 août 1993),

A DÉCIDE CE QUI SUIT :

**Titre premier**

*Dénomination et objet*

**ARTICLE PREMIER.** — Il est créé sous la présidence d'honneur de son Altesse Cheikh Zaïd Ibn Soltan et de Notre Majesté une institution à but non lucratif dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière dénommée : « Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan ».

Son siège est établi à Rabat.

**ART. 2.** — Cette fondation a pour mission principale :

- d'offrir des prestations médicales aux malades ;
- de créer et gérer des établissements de soins dont l'hôpital Cheikh Zaïd.

L'ouverture et l'exploitation de ces établissements se font conformément à la législation applicable aux établissements de soins privés.

La fondation a également pour mission de contribuer en collaboration avec les administrations concernées à :

- l'étude des maladies et des moyens propres pour les prévenir et pour les combattre ;
- la poursuite et le développement des travaux de recherche et de soins ;
- la formation du personnel scientifique et technique dans le domaine de la santé ;
- la coopération avec tout organisme ou administration poursuivant au Maroc ou à l'étranger un but similaire.

**Titre II**

*Administration*

**ART. 3.** — La fondation est administrée par un conseil des administrateurs composé de 10 à 15 membres désignés par Notre Majesté.

Le conseil est présidé par un de ses membres désigné par Notre Majesté en qualité de président de la Fondation.

Le conseil peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute personne dont la présence lui paraît utile.

La qualité d'administrateur de la fondation est incompatible avec l'exercice de toute fonction administrative ou technique au sein de celle-ci ou au sein des établissements de soins qui en relèvent.

**ART. 4.** — Le conseil des administrateurs dispose de tous pouvoirs nécessaires à l'accomplissement des missions de la fondation et à sa bonne marche.

A cet effet, il est notamment chargé de :

- fixer les orientations générales de la fondation et édicter toute mesure nécessaire à leur exécution ;
- décider de la création d'établissements de soins ;
- établir le programme d'action de la fondation ;
- arrêter le budget et les comptes de la fondation et déterminer à cette occasion les crédits affectés à l'hôpital Cheikh Zaïd ;
- fixer le statut du personnel qu'elle emploie.

Outre le personnel qu'elle peut recruter conformément à son statut, la fondation peut se voir détacher, en vertu des dispositions législatives en vigueur, des agents des administrations publiques en vue d'assurer des fonctions administratives et techniques ;

- établir le règlement intérieur relatif au fonctionnement de la fondation et des établissements de soins qui relèvent d'elle.

**ART. 5.** — Le conseil des administrateurs se réunit aussi souvent que les besoins de la fondation l'exigent et, au moins, une fois par trimestre, sur convocation de son président.

Sur première convocation, le conseil ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième réunion est convoquée dans un délai n'excédant pas 15 jours.

Au cours de cette deuxième réunion, le conseil délibère valablement quel que soit le nombre des administrateurs présents.

Les délibérations du conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil font l'objet de procès-verbaux.

**ART. 6.** — Le conseil des administrateurs présente chaque année à Notre Majesté un rapport sur les activités de la fondation.

A la clôture de chaque exercice, le conseil des administrateurs désigne deux experts comptables qui ont pour mission de contrôler la gestion financière de la fondation et des établissements qui en relèvent ainsi que la régularité et la sincérité des comptes.

Les experts comptables peuvent prendre connaissance de tous documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Ils établissent un rapport sur les contrôles qu'ils ont effectués et formulent leur appréciation sur la gestion de la fondation et des établissements qui en relèvent. Ce rapport est annexé au rapport annuel sur les activités de la fondation présenté à Notre Majesté.

**ART. 7.** — La fondation est dirigée par un directeur.

Le directeur détient tous les pouvoirs nécessaires à la gestion de la fondation sous réserve de ceux qui sont dévolus au directeur de l'hôpital Cheikh Zaïd conformément aux articles 8, 9, 10 et 11 ci-après.

A cet effet, il :

- représente la fondation vis-à-vis de toute administration et de tous tiers pour les affaires pour lesquelles il a reçu délégation du conseil des administrateurs ;
- fait tous actes conservatoires et représente la fondation en justice ;
- engage les dépenses de la fondation par actes, contrats ou marchés. Il fait tenir la comptabilité des dépenses et des recettes de la fondation ;
- assure la gestion de l'ensemble des services et établissements de soins relevant de la fondation à l'exception de l'hôpital Cheikh Zaïd ;
- propose à l'approbation du conseil des administrateurs, la nomination des candidats aux emplois supérieurs administratifs et techniques ;
- nomme aux emplois autres que ceux visés précédemment ;
- prépare un rapport moral et financier sur les activités et le fonctionnement de la fondation qu'il présente chaque année au conseil des administrateurs.

Le directeur de la fondation peut recevoir délégation du conseil des administrateurs pour le règlement d'affaires déterminées.

Il est assisté d'un secrétaire général nommé par le conseil des administrateurs.

Le secrétaire général peut recevoir délégation de pouvoir du directeur. Il le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

**Titre III***Du directeur de l'hôpital Cheikh Zaïd*

ART. 8. - L'hôpital Cheikh Zaïd, service hospitalier de la fondation à Rabat est dirigé par une personnalité désignée par Notre Majesté.

ART. 9. - Le directeur est chargé de la gestion administrative, technique et médicale de l'hôpital.

ART. 10. - Conformément aux délibérations du conseil des administrateurs, le directeur :

- recrute le personnel nécessaire au fonctionnement de l'hôpital ;
- établit et propose aux fins d'approbation au conseil des administrateurs le statut du personnel de l'hôpital ;
- conclut les marchés nécessaires à la bonne marche de l'hôpital.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'hôpital notamment des crédits qui lui sont affectés par le conseil des administrateurs pour le fonctionnement et l'équipement des services hospitaliers.

ART. 11. - Le directeur de l'hôpital Cheikh Zaïd rend compte de sa gestion au directeur de la fondation et au conseil des administrateurs auquel il présente un rapport annuel sur le fonctionnement de l'hôpital.

**Titre IV***Organisation financière*

ART. 12. - Les ressources de la fondation se composent :

- des revenus des biens habous constitués à son profit ;
- des revenus des biens meubles et immeubles qui forment son patrimoine ;
- des produits de ses prestations, notamment celles des hôpitaux qui relèvent d'elle ;
- des subventions de tout organisme national ou international, privé ou public ;
- des dons et legs ;
- des revenus divers.

ART. 13. - La comptabilité de la fondation et des établissements qui en relèvent est régie selon les règles de la comptabilité commerciale.

ART. 14. - La Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan est exonérée de tous droits et taxes à l'importation, de quelque nature que ce soit, au titre des matériels, outillages et biens d'équipement acquis directement par elle ou par l'intermédiaire d'une entreprise de crédit-bail et nécessaires à l'accomplissement des missions qui lui sont dévolues par le présent dahir portant loi.

Elle est également exonérée de la taxe sur la valeur ajoutée :

- pour les matériels, outillages et biens d'équipement visés à l'alinéa précédent, acquis localement par elle ou par l'intermédiaire d'une entreprise de crédit-bail ;
- des prestations fournies par elle dans le cadre des missions qui lui sont dévolues par le présent dahir portant loi.

En dehors des exonérations visées ci-dessus, la Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan est, en outre, exonérée pour l'ensemble de ses actes, activités ou opérations et pour les revenus éventuels y afférents, de tout impôt, taxe ou tout autre prélèvement fiscal, à caractère national ou local, présent ou futur.

ART. 15. - Le montant ou la valeur des dons en argent ou en nature octroyés à la fondation par des personnes morales ou physiques constitue des charges déductibles conformément aux dispositions de l'article 7 (9°) de la loi n° 24-86 instituant un impôt sur les sociétés ou de l'article 9 (§ 1) de la loi n° 17-89 relative à l'impôt général sur le revenu.

ART. 16. - La fondation n'est pas soumise aux dispositions du dahir n° 1-59-271 du 17 chaoual 1379 (14 avril 1960) organisant le contrôle financier de l'Etat sur les offices, établissements publics et sociétés concessionnaires ainsi que sur les sociétés et organismes bénéficiant du concours financier de l'Etat ou de collectivités publiques.

ART. 17. - Le présent dahir portant loi sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993).

Pour contresigner :

Le Premier ministre,

MOHAMMED KARIM LAMRANI.

**Dahir portant loi n° 1-93-205 du 22 rebia I 1414 (10 septembre 1993) modifiant le dahir portant loi n° 1-74-338 du 24 jourmada II 1394 (15 juillet 1974) fixant l'organisation judiciaire du Royaume.**

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Sceau de Sa Majesté Hassan II)

Que l'on sache par les présentes - puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment son article 101 ;

Vu le dahir portant loi n° 1-74-338 du 24 jourmada II 1394 (15 juillet 1974) fixant l'organisation judiciaire du Royaume ;

Après examen par le conseil des ministres réuni le 15 chaoual 1413 (7 avril 1993),

A DÉCIDÉ CE QUI SUIT :

ARTICLE PREMIER. - Les dispositions du 2° alinéa de l'article 2 et de l'article 4 du dahir portant loi susvisé n° 1-74-338 du 24 jourmada II 1394 (15 juillet 1974) sont abrogées et remplacées comme suit :

« Article 2 (2° alinéa). - Ces tribunaux peuvent être divisés « suivant la nature des affaires qu'ils connaissent en chambres civile, « de statut personnel et successoral, commerciale, immobilière, sociale « et pénale. Toutefois, chaque chambre peut valablement instruire « et juger les affaires soumises à ces tribunaux quelle qu'en soit la « nature. »

« Article 4. - Les tribunaux de première instance siègent en « présence de trois juges dont un président, avec l'assistance d'un « greffier, sous réserve des compétences dévolues au président du « tribunal de première instance en vertu de textes particuliers.

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les « tribunaux de première instance siègent à juge unique lorsqu'ils « connaissent des demandes en premier et dernier ressort en vertu de « l'article 19 du code de procédure civile ainsi que dans les affaires « suivantes :

- « - demandes tendant à déclarer judiciairement une naissance « ou un décès ;

## Annexe 2 : Guide d'entretien semi directif

### Introduction

L'organisation de l'HUICZ a connu une certaine évolution associée à une modification des pratiques de gestion à travers la mise en place de nouvelles procédures, l'implantation d'un SI et l'intégration de nouveaux outils de gestion. Votre participation à l'organisation de l'HUICZ est certaine ainsi qu'à la mise en place des différents chantiers sus-cité.

### Questions ouvertes

- 1) A ce jour comment percevez-vous l'impact du développement de ces pratiques de gestion à partir de 2008 et quelles appréciations lui donnez-vous ?
- 2) Parlez-nous de votre participation à cette évolution et à l'intégration de certains outils ?

Mon objectif est d'essayer d'identifier

- Le processus de traduction et suivre le phénomène social constitué d'interactions entre acteurs et actants
- Donner une vision fidèle du processus en construction.
- Mettre en lumière **les controverses** qui sont les fondements de toute analyse du social.
- Montrer le rôle joué par le système de contrôle de gestion.

De façon plus concrète, les entretiens sont conduits pour aborder les points suivants :

- Identifier le processus d'implémentation du système de contrôle de gestion
- Identifier le processus de mise en œuvre ou de construction de l'outil de contrôle de gestion
- Identifier le rôle du contrôleur de gestion et des outils de contrôle de gestion
- Ressortir les différentes controverses engendrées à l'issue de cette mise en place
- Identifier l'impact politique, stratégique, socio-économique et technique mais également sur l'organisation, l'individu et le groupe d'individu.

## **Annexe 3 : Extrait de la synthèse globale des réunions de travail des groupes homogène de spécialité GHS en 2012**

Direction Générale  
CMCE

Rabat, le : 04/06/2012

### **Synthèse des PV des Réunions du GHS (Du 02/03/12 au 16/04/2012)**

Dans le cadre du projet de la CMCE, des réunions organisées et gérées par le Chef de Service Risque Management & Qualité Mme Siham GUELAO ont été mises en place. Elles ont été ouvertes par le professeur Amin EL HASSANI et animées par le représentant du GHS élu ; a également assisté aux réunions le docteur Ismail KOROUA, étudiant à l'INAS dans le cadre de son projet de fin de formation.

**Etaient présents:** Voir les listes de présence.

Pour plus de précisions par rapports aux discussions et aux groupements, se référer à l'annexe ci-jointe.

#### **I- Organisation :**

##### **1- Urgences :**

- Améliorer la prise en charge des patients en détresse vitale admis aux urgences : accueil, temps d'attente, coordination entre urgentiste et réanimateur, prise en charge des AVC, conditions de travail, procédures...

##### **2- Hôpital de jour :**

- Mettre à niveau l'infrastructure selon les normes d'hygiène et de sécurité. Prévoir des salles par spécialité, une pharmacie locale en oncologie, une unité gastro-entérologie au bloc et un service d'hématologie. Améliorer les procédures de programmation des explorations et d'hospitalisation à l'HJ. Améliorer la prise en charge en augmentant la capacité litière par l'exploitation du service de traumatologie, par la proximité de l'HJ avec le plateau technique et par une gestion décentralisée du stock matériel.

##### **3- Consultations :**

- Améliorer l'accueil pour la création des dossiers. Prévoir les consultations pour certaines spécialités avec système de garde ou d'astreinte, ainsi qu'un accueil et des salles équipées; Mettre en place des procédures, une unité de gestion des RDV, et revoir l'organisation interne en pédiatrie. Revoir la programmation, les plannings et la codification des actes en dermatologie, et sensibiliser les patients aux règles de l'hôpital.

##### **4- Accueil à l'HCZ**

- Revoir l'accueil médiocre au niveau de l'HCZ au niveau du personnel et du standard.
- Décentralisation de l'accueil pour certaines spécialités : cardiologie et l'oncologie.

##### **5- Garde à l'HCZ**

- Prévoir les gardes d'hématologie, de radiologie, de neurochirurgie, de médecine et de chirurgie (spécialistes ou résidents), 24/24H. Nécessité de revoir la procédure des tableaux de garde et mettre à niveau la salle de garde des cardiologues.

#### **6- Bloc opératoire et réanimation**

- Mettre en place et de diffuser les procédures de la programmation au bloc (en tenant compte de l'urgence) et de la préparation de matériel de chirurgie ; Prévoir une salle au niveau du bloc dédiée à la traumatologie et régler le problème d'anesthésie pour les bébés les week-ends ;
- Nécessité de créer un service post-réanimation et une unité de réanimation type stroke center.

#### **7- Staffs :**

- Nécessité de disposer de staffs pour discuter les cas des patients hospitalisés et des patients lourds pour une prise de décision collégiale.

#### **8- Traçabilité :**

- obliger les médecins à renseigner les dossiers médicaux de leurs patients hospitalisés, informatiser le dossier médical du patient (DMP) au niveau des consultations et y mettre en place une procédure de classement et d'archivage des dossiers.

#### **9- Communication :**

- Procédures à mettre en place et à diffuser à l'ensemble du personnel pour une meilleure coordination entre médecins. Problèmes de communication avec le service pharmacie et les autres spécialités. Définir les circuits et éclaircir les points flous de chaque spécialité et mettre en place les documents (fiche de poste, protocoles, fiche de route, charte...). Réglementer la visite des patients et assurer la satisfaction des familles. Sensibiliser les médecins et les impliquer dans les projets de l'hôpital (CMCE, commission de l'élargissement de l'hôpital...)

### **II- Ressources :**

#### **1- Humaines :**

- Nécessité de mettre à niveau le personnel paramédical et de soutien aux niveaux de toutes les spécialités de l'hôpital. Prévoir de nouveaux postes. Impliquer les médecins lors de l'embauche. Prévoir le remplacement des professeurs permanents par des professeurs vacataires uniquement.

#### **2- Matériel :**

- Mettre à niveau l'hôpital de jour doté des équipements nécessaires (matériel manquant ou défectueux)

### **III- Formations :**

#### **1- Formation médicale:**

- Développer et mettre en place les formations médicales continues (voir annexe)

#### **2- Formation continue du personnel paramédical et du personnel de soutien**

- Développer et mettre en place des plannings de formation continue pour le personnel paramédical, de soutien et administratif.

### **IV- Projets :**

- Tous les groupements ont proposé des projets de développement de nouvelles techniques et prestations de soins, créations de nouveaux services, de partenariats avec d'autres hôpitaux.

### **V- Investissements :**

- Nécessité d'améliorer les pôles d'excellence par l'achat en matériel nouveau pour l'équipement complet des services de soins (tous les groupements sauf le GHS5).

**VI- Divers :**

- Réviser les honoraires et les tarifs de certains actes à l'HCZ. Revoir la qualité des prestations de soin à l'HCZ. Problème d'équité entre médecins permanents et vacataires ; Renforcer la sécurité contre le vol.

## **ANNEXES**

### **I- Organisation :**

#### **1- Urgences :**

- Améliorer la prise en charge des patients en détresse vitale admis aux urgences (GHS1, GHS2, GHS3, GHS4, GHS5 et GHS6):
  - Améliorer l'accueil aux urgences ;
  - Réduire le temps d'attente de soins ;
  - Prévoir l'accès aux résultats des bilans biologiques par intranet ;
  - Améliorer la procédure administrative afin de libérer le personnel paramédical pour la prise en charge médicale ;
  - Impliquer et responsabiliser certains superviseurs dans la résolution des problèmes rencontrés la nuit avec certains patients ;
  - Fixer un délai pour l'occupation des salles d'observation au niveau des urgences ;
  - Instaurer une meilleure coordination entre urgentiste et réanimateur.
- Communiquer et mettre en œuvre la procédure de prise en charge des AVC (GHS2) :
  - Réunir l'ensemble des acteurs : Neurologues, Radiologues, Urgentistes et Biologistes ;
  - Mettre en place les outils nécessaires pour une meilleure mise en œuvre :
    - Bon d'examen et d'analyses spécifiques ;
    - Procédure d'admission plus souple que la procédure normale.
- Disposer d'un coordonnateur pédiatre au niveau des urgences (GHS5) ;
- Améliorer les conditions de travail des médecins au niveau des urgences (GHS5) ;
- Nécessité de revoir la procédure de disponibilité des produits nécessaires à la pharmacie des urgences (à chaque fois l'agent doit se déplacer à la pharmacie centrale pour récupérer un produit manquant).

#### **2- Hôpital de jour**

- Revoir et améliorer la procédure de programmation des explorations et la programmation de l'hospitalisation à l'hôpital de jour (GHS2, GHS3 et GHS6) ;
- Mettre à niveau l'infrastructure selon les normes d'hygiène et de sécurité (GHS2, GHS3, GHS6, GHS8) ;
- Prévoir des salles par spécialité :
  - Salle pour les gestes de dermatologie (GHS2) ;
  - Salle d'endoscopie bronchique (GHS3) ;
  - Salle d'allergologie (GHS3);
  - Salle pour les biopsies, les ponctions,... (GHS3) ;
- Prévoir une pharmacie locale, gérée par la pharmacie centrale au niveau du centre d'oncologie (GHS8) ;
- Mettre en place un service d'hématologie (leucémies aiguës) (GHS8)
- Utiliser une aile pour l'hôpital de jour en attendant la migration des services de soins (GHS6)
- Prévoir la proximité de l'HJ avec le plateau technique (radio, IRM, labo...)
- Augmenter la capacité litière : 5 lits insuffisants (GHS6)
- Salle pour séparer les actes de coloscopie et bronchoscopie (GHS6)
- Unité gastro-entérologie au bloc pour interventions per-opératoires (GHS6) ;
- Mettre en place une gestion décentralisée du stock matériel (GHS6 et GHS8).
- Professeur CHEIKHAOUI (GHS4) a insisté sur la nécessité de trouver une solution immédiate et rapide du problème de la disponibilité des lits d'hospitalisation en attendant l'ouverture de l'extension et il a proposé comme solution l'ouverture du service traumatologie ;



### **3- Consultations**

- Nécessité de mettre en place une unité de gestion des RDV afin d'améliorer les conditions de travail aux consultations tout en gardant le volet tout venant (GHS2, GHS4, GHS5) ;
- Améliorer l'accueil pour la création des dossiers (tous les GHS) ;
- Nécessité de :
  - revoir la répartition des médecins sur la semaine ;
  - respecter les plannings des consultations et particulièrement les vacances des médecins vacataires
  - afficher les plannings à un endroit accessible aux patients afin d'éviter leur détournement.
- Résoudre le problème de chevauchement entre les spécialités (GHS3) ;
- Mettre en place une procédure de gestion des contrôles pour les patients (GHS3) ;
- Nécessité de sensibiliser les patients sur l'obligation d'éteindre leurs portables en consultation, par des affiches signalétiques par exemple (GHS3) ;
- Prévoir l'accueil (ouverture dossier + caisse) au nouveau centre d'oncologie (GHS8) ;
- Prévoir une salle pour les pansements au niveau des consultations (GHS3, GHS4, GHS6) ;
- Prévoir une salle équipée dédiée au myélogramme et BOM (GHS8) ;
- Prévoir la consultation d'urologie à proximité de l'HJ (GHS6) ;
- Prévoir les consultations de neurochirurgie (GHS3), de radio-chimiothérapie(GHS8) et de pédiatrie (GHS5) 24/24h avec système de garde ou d'astreinte ;
- Organisation interne du service de pédiatrie (GHS5).

### **4- Accueil à l'HCZ**

- Revoir l'accueil au niveau de notre établissement : les hôtesse d'accueil n'ont aucune notion sur ce processus, un mauvais niveau de français, ne connaissent même pas l'hôpital (GHS2);
- Nécessité d'améliorer l'accueil à l'HCZ, les patients sont mal accueillis et le font savoir. Il faut notamment revoir le standard, la majorité des patients se plaignent du standard (tous les GHS).

### **5- Garde à l'HCZ**

- Proposer à l'administration d'instaurer une garde d'un médecin radiologue afin de remédier au problème de leur contact la nuit (GHS1) ;
- Nécessité de revoir la procédure des tableaux de garde (GHS2 et GHS3) :
  - Le respect des plannings ;
  - La communication des changements ;
  - La possibilité de joindre les médecins d'astreinte ;
  - La répartition des patients ayant une couverture médicale de manière équitable entre tous les spécialistes, idem pour les patients « tout venant » et les patients étrangers.
- La garde de Neurochirurgie doit être assurée 24H/24 ;
- Prévoir la garde d'hématologues (spécialistes ou résidents) (GHS8) ;
- Nécessité de mettre à niveau la salle de garde des cardiologues (GHS 4).
- Proposer à l'administration d'instaurer une garde de médecine et de chirurgie (Spécialistes ou résidents) afin de remédier au problème de détournement de l'attention et de la présence du réanimateur auprès des malades de la réanimation polyvalente à cause des appels trop fréquents émanant des services de médecines et de chirurgie pour des cas non urgents (fièvre, douleurs, vomissements,...) ; (GHS1)

### **6- Bloc opératoire**

- Le bloc est un point fort à l'HCZ : personnel bien rodé et réactif, bonne organisation ; Toutefois un problème d'anesthésie se pose pour les bébés les week-ends (GHS3 ophtalmologie) ;

- Prévoir une salle au niveau du bloc opératoire dédiée pour la traumatologie actuellement une seule salle partagée avec la Neurochirurgie et l'Orthopédie (GHS3) ;
- Nécessité de mettre en place et de diffuser une procédure explicite et exhaustive de la programmation au bloc opératoire en tenant compte de l'urgence (GHS3) ;
- Revoir la procédure de préparation de matériel de chirurgie au bloc opératoire (GHS6).

#### **7- Réanimation**

- Nécessité de créer un service post-réanimation et d'une unité de réanimation de stock center, pour favoriser le développement futur de l'activité de réanimation (GHS1).

#### **8- Staffs :**

- Nécessité de disposer d'un staff pour discuter les cas des patients hospitalisés et des patients lourds et pour une prise de décision collégiale (GHS2 et GHS5);

#### **9- Traçabilité :**

- Nécessité d'obliger les médecins à renseigner les dossiers médicaux de leurs patients hospitalisés, pour la traçabilité des soins réalisés (GHS2);
- Nécessité de mettre en place une procédure de classement et d'archivage des dossiers de consultation, car certains médecins n'arrivent pas à trouver les dossiers de leurs patients (GHS2, GHS3, GHS4, GHS6) ;
- Nécessité d'informatiser le dossier médical du patient (DMP), car au niveau des consultations il y a absence de traçabilité du suivi des patients alors que c'est une exigence médico-légale.

#### **10- Communication :**

- Problème de communication avec le service pharmacie (GHS3) :
  - le matériel acheté ne correspond pas toujours à ce qui a été commandé;
  - certaines commandes arrivent à la pharmacie mais le service de la médecine dentaire n'est pas informé;
  - certains consommables ne sont pas toujours disponibles exemple : bavette, gants,...
- Problème de communication avec les autres spécialités (cardiologie, oncologie, dialyse, gynéco-obstétrique...), (GHS3);
- Mettre en place les procédures nécessaires pour assurer une meilleure coordination entre :
  - Les pédiatres permanents et les vacataires pour la PEC des enfants hospitalisés (GHS5) ;
  - Les gastro-entérologues entre eux (GHS6).
- Problème de communication des procédures à l'ensemble du personnel :
  - certaines personnes (secrétaire, agent de facturation,...) ne connaissent pas la procédure d'établissement du compte rendu, (GHS3) ;
  - certains agents de facturation ne connaissent pas la procédure d'hospitalisation urgente des patients en détresse vitale (GHS1, GHS2) ;
  - certains infirmiers chef ne connaissent pas l'utilité de la check-list de sortie du patient (GHS4).
- Nécessité de mettre en place et d'afficher la charte de l'HCZ (GHS2 et GHS3) ;
- Nécessité de maintenir les réunions du CMCE afin de permettre aux médecins de participer à l'amélioration de leur spécialité au sein de l'HCZ (GHS2) ;
- Définir :
  - Le circuit du patient (GHS8) ;
  - Les différences entre chirurgie viscérale et oncologique (GHS8) ;
  - Les interventions nécessitant une programmation (GHS6) ;
  - La fourchette d'âge des enfants (GHS5) ;
  - Le périmètre d'intervention des pédiatres aux urgences (GHS5) ;

- Mettre en place :
  - La Fiche de poste infirmier polyvalent à la pédiatrie (GHS5) ;
  - Les protocoles d'oncologie (livrets infirmiers) (GHS8) ;
  - La fiche de route pour le TEP (GHS8) ;
  - La plaquette d'informations destinée aux patients (sur les soins, les effets indésirables, etc.) (GHS8) ;
  - La Règlementation de la visite des patients (GHS6) ;
  - Les réunions des médecins par la nomination d'un coordonateur par spécialité (GHS5) ;
  - Les dispositions nécessaires pour impliquer les néphrologues dans la commission de l'élargissement de l'hôpital (GHS6) ;
  - Les dispositions nécessaires pour améliorer la coordination et la communication des médecins pédiatres avec ceux d'obstétriques (GHS5) ;
  - Les dispositions nécessaires pour assurer la satisfaction des familles (GHS5).
- Programmer une visite guidée aux locaux de la nouvelle extension afin de pouvoir proposer des idées pour le bon fonctionnement après l'ouverture (GHS2).

## II- **Ressources :**

### 1- **Humaines :**

- Nouveaux postes à prévoir :
  - Responsable de communication (GHS8)
  - Profil puéricultrice (GHS5)
- Recruter des profils de médecins intéressants tels que les médecins en pneumo-interventionnel (voir PV GHS4) ;
- Nécessité de mettre en place une procédure de recrutement des médecins (voir PV GHS3) ;
- Identifier les profils infirmiers nécessaires pour le service pédiatrie, avec présence obligatoire d'un pédiatre lors de l'entretien d'embauche. (GHS5)
- Nécessité de mettre à niveau le personnel paramédical et de soutien :
  - Résoudre le problème de sous-effectif :
    - Augmenter l'effectif du personnel paramédical (voir PV GHS1 et PV GHS4) ;
    - Augmenter l'effectif du personnel de soutien (voir PV GHS3) ;
    - Augmenter l'effectif des techniciens en radiologie (voir PV GHS4) ;
    - Combler le manque du personnel paramédical au bloc opératoire et dans les salles d'endoscopie (voir PV GHS4 et PV GHS6).
  - la non-qualification et la forte rotation du personnel sont sources de nombreux problèmes :
    - mauvaise gestion des dossiers des patients (voir PV GHS2, PV GHS3 et PV GHS6) ;
    - Mauvaise manipulation du matériel (voir PV GHS3 et PV GHS6) ;
    - Perte des pièces du matériel par ignorance (voir PV GHS3 et PV GHS6) ;
    - Surveillance du réveil à l'hôpital de jour (GHS6) ;
    - Problème d'entretien du matériel (voir PV GHS2, PV GHS3 et GHS6)
    - Manipulation des appareils par les médecins eux-mêmes (GHS8) ;
    - Problème de communication avec le médecin (termes techniques), quand le médecin demande un matériel l'aide soignant en ramène un autre (voir PV GHS3) ;
    - Lacunes professionnelles du personnel infirmier et de soutien des urgences avec les patients et le personnel médical (GHS5) ;
    - Etc.
- Prévoir le recrutement du personnel paramédical et de soutien qualifié et en effectif suffisant au niveau du bloc, de l'hôpital de jour, en imagerie, en consultation... (voir toutes les synthèses des PV des GHS). Une personne qualifiée en vaut 2.

- Nécessité de revaloriser et de motiver le personnel paramédical (voir synthèse des PV du GHS3 et des PV du GHS6) ;
- Nécessité d'impliquer les médecins dans le recrutement du personnel paramédical et du personnel de soutien (voir PV GHS3).
- Le remplacement des professeurs permanents durant leurs périodes de congés doit être effectué par les professeurs vacataires et non pas par des docteurs (GHS3) ;

## **2- Matériel :**

- Résoudre le problème du manque de matériel :
  - Matériel nécessaire pour le traitement d'une détresse vitale au niveau des services de médecine et de chirurgie (voir PV GHS1) ;
  - Equiper les chariots d'urgence installés dans les services de médecine et de chirurgie ;
  - Le matériel de rhumatologie (voir PV GHS2) ;
  - Certains instruments et certains consommables de l'orthodontie et la prothèse (voir PV GHS3) ;
  - Moteur de chirurgie osseuse (voir PV GHS3) ;
  - Matériel de traumatologie-orthopédie (voir PV GHS3) ;
- Prévoir des kits pour adaptation du matériel par type de geste tels que : la biopsie des glandes salivaires, la bronchoscopie,... (médecine interne)
- Nécessité de résoudre le problème :
  - Matériel défaillant au niveau de certains services (radio-panoramique : GHS2, tensiomètre : GHS2 et GHS6, échographe : GHS5, gamma caméra : GHS8...) et manquant, pouvant entraîner des erreurs de mesures (GHS2), des temps morts (GHS6), l'impossibilité d'effectuer des examens essentiels (GHS5) voire la paralysie du service (GHS8).
- Mettre à niveau l'hôpital de jour doté des équipements nécessaires :
  - Pèse personne fauteuil à l'unité d'hémodialyse (GHS6)
  - Le matériel d'endoscopie et de gastro-entéropathologie (GHS6)
  - Un stock pour faciliter l'accès aux différents matériels (GHS6)
  - Système informatique = possibilité de s'approprier le logiciel IMPAC pour l'oncologie (GHS8)
  - Mettre à disposition des médecins en consultations du matériel manquant (gastro-entérologues) et rénové (gynécologues)

=>La mise à disposition du matériel suffisant permettrait d'augmenter le nombre d'actes réalisés à l'hôpital de jour tout en diminuant la durée totale de travail (GHS6).

## **III- Formations :**

### **1. Formation médicale:**

- Organiser des thèmes de formations continues avec une évaluation pour les médecins des urgences et ce sur :
  - Les gestes de l'urgence vitale (voir PV GHS1) ;
  - La neurologie qui pose problème (voir PV GHS2) ;
  - Les gestes de traumatologie simples (voir PV GHS3).
- Etablir une proposition d'un planning de formation médicale continue sur des thèmes tels que : biphosphanate, personnes à risque,...(voir PV GHS3)
- Prévoir la formation des résidents à l'HCZ (voir PV GHS3 et PV GHS4) ;
- Organiser des workshops sur des thèmes intéressants (voir PV GSH3 et PV GHS4) ;
- Travailler sur une diapositive publicitaire de l'HCZ qui sera utilisée par les médecins à chaque communication (voir PV GHS3) ;
- Organiser des débats toutes les trois semaines entre les cardiologues et inter spécialités (néphrologie, chirurgie cardio-vasculaire, médecine interne,...) (voir PV GHS 4) ;

- Organiser des journées annuelles HUI CZ sur rabat et avec possibilité de se déplacer dans d'autres villes (voir PV GHS3 et PV GHS4) ;
- Recenser le problème des résidents adressés à l'HCZ (réticence de certains chefs d'UFR) et adresser un écrit à Monsieur le Doyen (voir PV GHS4).

## **2. Formation continue du personnel paramédical et du personnel de soutien :**

- Chez les sept groupements homogènes de spécialité, il a été évoqué la nécessité d'assurer et de renforcer la formation du personnel paramédical et de soutien par l'élaboration de plannings prédéfinis et adaptés selon les besoins de chaque spécialité ;
- 2groupes/7 (GHS3 et GHS6) ont recommandé la possibilité au personnel paramédical d'assister aux formations organisées en dehors de l'hôpital ;
- Il est également nécessaire de former le personnel d'accueil sur les actes d'endoscopie (GHS6) ainsi que sur la communication et l'orientation du patient (GHS8) ;
- Un groupe/7 (GHS5) a réclamé la nécessité de mettre à niveau le personnel infirmier des urgences concernant la prise en charge des enfants, la communication avec la famille et leur comportement avec les pédiatres ;
- Prendre des dispositions pour permettre et faciliter l'accès à l'Information pour les médecins et les étudiants de l'IFCP (mise en place d'une bibliothèque, connexion internet, partenariat avec la faculté de médecine pour l'autorisation d'accès aux sites de recherche d'informations et d'actualités médicales (GHS6).

## **IV- Projets :**

- 3 groupes / 7 (GHS4, 6 et 8) proposent de développer le projet de greffe des reins et de moelle osseuse (Ouverture d'un service d'UTMO ainsi que l'autogreffe).
- 2 groupes / 7 ont proposé l'établissement d'un partenariat avec :
  - le service de médecine nucléaire de l'hôpital militaire (GHS8) dans le cadre de la formation des manipulateurs et de la gestion des générateurs
  - les services de pédiatrie d'un hôpital africain et celui d'un pays européen (GHS5) afin de développer un réseau international Nord /Sud.
- Travaux de groupes : les médecins de 2 groupes sur 7 ont réparti le travail entre eux pour proposer des projets en vue d'améliorer la qualité des soins. Les propositions sont à remettre aux Pr. MOULINE et Pr. CHAJAI. (GHS2 et GHS5)
- *Les médecins des spécialités du GHS2 ont exprimé la nécessité de:*
  - Disposer d'une unité d'explorations endocriniennes
  - Mettre en place une unité d'exploration pneumologique (adulte et enfant) suffisamment équipée ;
  - créer un service de pneumologie avec une unité d'hospitalisation de 10 à 14 lits et de disposer d'un effectif suffisant du personnel paramédical permanent au dit service afin de procéder à leur formation en fonction du besoin de la spécialité, la forte rotation du personnel ne permettant pas d'améliorer les prestations offertes par chaque spécialité ;
  - Prévoir une structure adéquate pour l'hospitalisation des patients de psychiatrie selon les normes de sécurité afin de motiver la PEC psychothérapeutique à l'HCZ.
- *Les médecins des spécialités de Médecine Dentaire, ORL et Chirurgie plastique (GHS3) ont proposé de développer :*
  - Les implants au sein de l'HCZ avec la mise en place d'une structure adéquate et la mise à disposition des équipements et consommables nécessaires (matériel à usage unique);
  - L'orthodontie (prise en charge par la CNOPS) pour l'enfant de moins de 16 ans;

- Un pôle d'excellence : chirurgie des annexes, tumeur conjonctivale,...
  - La chirurgie endoscopique ;
  - L'exploration de vertige ;
  - La chirurgie plastique à l'HCZ et de prévoir une aile réservée à cette spécialité
- *Les médecins des spécialités de Cardiologie, Chirurgies cardiovasculaire, Thoracique et Vasculaire et Réa CCV (GHS4) ont proposé de développer :*
- D'avantage les workshops cardiologie pédiatrique interventionnelle ;
  - Les angioplasties carotidiennes (vasculaires) ;
  - La Fractional Flow Reserve (FFR) ;
  - La prothèse aortique percutanée ;
  - La prothèse endo-vasculaire aortique ;
  - Le projet de la mise en place d'une réanimation chirurgicale (pédiatrique ou adulte), avec la nécessité du respect de l'isolement des patients ayant une infection afin d'éviter le risque des proliférations des germes nosocomiaux ; Réserver deux lits au fond de la réanimation pour l'isolement.
- *Les médecins des GHS4 et GHS5 ont proposé de développer dans le cadre de projets interdisciplinaires :*
- Le Coro-scanner et l'IRM cardiaque qui doivent se faire en association entre les radiologues et les cardiologues (GHS4) ;
  - La chirurgie trachéale en mettant à la disposition les ressources nécessaires (GHS4) :
    - Créer un noyau pluridisciplinaire : ORL et Pneumo-interventionnel ;
    - Les équipements nécessaires ;
    - L'infrastructure adéquate.
  - La chirurgie cardio-pédiatrique (GHS4)
  - Le développement ultérieur de l'écho endo-coronaire (GHS4)
  - Pour la pédiatrie, identifier et établir des connectivités avec : la gynéco-obstétrique, les urgences et les consultations, et mettre en place des projets communs. (GHS5)
- *Gynécologie, Pédiatrie (GHS5):*
- Création d'un service de l'enfant selon les normes de pédiatrie (architecture, service...);
  - Mise en place d'un programme de vaccination des enfants propre à l'hôpital et découlant du calendrier national.
- *Néphrologie et Urologie (GHS6):*
- Prévoir la mise en place d'une procédure d'achats des médicaments non disponibles au Maroc
- *Hématologie, Oncologie et Médecine nucléaire (GHS8):*
- Un démarrage du service de radiologie au niveau de l'extension en 3 phases (voir proposition du Pr. EL GUEDDARI)
  - Création d'un dossier unique du patient propre à l'oncologie ;
  - La PEC de l'IRA thérapie à l'HCZ (définition et validation du circuit d'acquisition des doses) ;
  - Mise en place de la gestion téléphonique de l'urgence pour les patients qui font une détresse chez eux. Prévoir un numéro de téléphone qui leur sera communiqué.

**V- Investissements :**

- Anesthésie-Réanimation (GHS1):
  - Disposer de matériel de monitoring plus récent au bloc opératoire et des accessoires de la table d'anesthésie de la neurochirurgie ;
  - Disposer :
    - de respirateurs supplémentaires ;
    - d'échographe au bloc opératoire pour l'ALR et la pose de chambres implantables;
    - de fibroscope.
  - Mettre en place des kits d'anesthésie pour allergie au Latex ;
  
- Dermatologie (GHS2):
  - Nécessité de prévoir plus de matériel de dermatologie, par exemple l'appareil de Laser de Piva
  
- Psychiatrie (GHS3):
  - Prévoir certains matériels indispensables sur le plan thérapeutique tel que : l'électrochoc,... ;
  - Prévoir certains examens tels que pour la toxicomanie au niveau du laboratoire des analyses
  
- ORL (GHS3):
  - Nécessité d'améliorer les pôles d'excellence:
    - Disposer de la boîte maxillo-faciale, de la boîte d'oreille, de la boîte endo-nasale. Une liste a été établie et remise à M. HADOUCHI ;
    - Disposer d'autres équipements tel que le moteur de chirurgie ;
  - Nécessité de disposer des équipements nécessaires pour le traitement par radiofréquence:
    - De la ronchopathie chronique, tous les cas de la ronchopathie sont orientés vers d'autres cliniques ;
    - De l'hypertension amygdalienne ;
    - Des infections nasales.
  - Nécessité de disposer d'un laser CO2 qui est utilisé par d'autres spécialités ; il y a une forte demande à la consultation surtout pour la sténose laryngée et il constitue un vide sur le marché
  
- Rhumatologie (GHS3):
  - Prévoir la disponibilité du matériel d'exploration rhumatologique et l'achat du matériel nécessaire pour la réadaptation tel que l'échodoscope.
  
- Traumatologie(GHS3):
  - Nécessité de disposer du matériel suffisant pour pratiquer la spécialité à savoir :
    - une à 2 boîtes d'Orthopédie ;
    - un garrot pneumatique ;
    - un moteur électrique et non pas pneumatique ;
    - une table orthopédique adéquate (celle disponible au bloc est catastrophique).
  
- Cardiologie (GHS4) :
  - Les médecins ont réclamé :
    - 4 chariots d'urgence alimentés des produits nécessaires ;
    - 2 à 3 salles de monitoring équipées de 6 lits monitorés (Unité de Soins Intensifs) avec une surveillance infirmier anesthésiste spécialisé ;

- 6 lits ambulatoires pour coronarographie par voie radiale (sorte d'hôpital de jour scopé).
  - 1 respirateur en salle de cathétérisme avec possibilité de l'utiliser pour anesthésier le patient ;
  - 1 salle d'électrophysiologie (radiofréquence) diagnostic et thérapeutique ;
  - 1 salle d'examen avec un tensiomètre mural ;
  - 1 chariot d'urgence alimenté des produits nécessaires au niveau de la salle de cathétérisme ;
  - La mise à disposition du logiciel CARDIOREPORT dédié à la cardiologie
  - La mise à niveau du mobilier de la salle de cathétérisme ;
- Chirurgies cardiovasculaire, thoracique et vasculaire et Réa CCV (GHS4):
- Nécessité de disposer d'une salle hybride au bloc opératoire, voir la possibilité dans le cadre de l'extension ;
  - Nécessité de prévoir les salles blanches ;
  - Equiper une deuxième salle de chirurgie cardiovasculaire qui servira pour adulte, pour enfant et aussi pour la chirurgie thoracique ;
  - Disposer d'un échographe de haute qualité propre pour la chirurgie cardio-pédiatrique.
  - Prévoir un laser trachéal qui peut servir aussi pour l'ORL (GHS4);
  - Prévoir le matériel suivant :
    - Respirateurs : 3 en réanimation, 2 en soins intensifs, 1 en salle de cathétérisme (anesthésie) ;
    - 5 pacemakers ;
    - 20 pousses seringues ;
    - 2 ballons de contre pulsion ;
    - 1 ECMO.
  - Nécessité de changer 5 lits de réa CCV ;
  - Nécessité de résoudre le problème de disponibilité des produits pharmaceutiques de l'urgence vitale, beaucoup de ruptures : ballon de contre-pulsion, les patches, le pacemaker,...
- Néphrologie et Urologie (GHS6):
- Achat de la colonne d'urodynamique (existant déjà à l'hôpital militaire)
  - Achat d'urgence de fauteuils d'hémodialyses (une demande a été déjà établie est présenté à la Direction) ;
- Gastro-entérologie (GHS6):
- Prévoir l'achat d'un gastroscopie à double canal, d'une pompe, d'un plasma d'argon et d'une pince chaude
  - Prévoir le matériel nécessaire pour la prise en charge d'hémostase endoscopique ;
- Chirurgie génétique et viscérale, Proctologie (GHS6):
- Prévoir le matériel nécessaire pour une chirurgie avancée :
    - Colonne de cœlio numérique avec caméra ;
    - Le matériel jetable de la cœlio chirurgie.

#### VI- Divers :

- Beaucoup de médecins se plaignent des honoraires et des tarifs des actes réalisés à l'HCZ, qu'ils jugent non motivants et trop bas par rapport à d'autres structures privées. Il faut entres autres :



- revoir les tarifs de consultation en endocrinologie des patients hospitalisés (105 dhs), pas motivants pour assurer les gardes ; (GHS2)
- Revoir les honoraires de certaines prestations psychiatriques à savoir : (GHS2)
  - Les honoraires de la garde qui sont à 350dhs alors que la consultation normale est à 300dhs ;
  - La séance d'hypnose est facturée à 600dhs ailleurs alors qu'à l'HCZ elle est à 250dhs.
- Réviser les tarifs des actes de pneumologie exemple : (GHS2)
  - le test cutané demande 1H pour le réaliser, il est facturé à 175dhs et les produits sont à la charge du médecin ;
  - la prise en charge d'une crise d'asthme est considérée comme une consultation.
- Réviser les tarifs des actes en rhumatologie (GHS3) ;
- Réviser les honoraires des médecins dentistes le détartrage avec tous ses risques se fait sur deux séances pour 80 dhs alors qu'au cabinet il est facturé à 450 dhs (GHS3) ;
- Faire un audit pour vérifier si dans certains cas les honoraires de l'ophtalmologue aux urgences sont comptabilisés sur le compte de l'urgentiste, Pr OUAZANI a des preuves (GHS3) ;
- Revoir les honoraires des médecins aux urgences afin de motiver les médecins à assurer les gardes (le problème a été soulevé à Pr AL BAROUDI) (GHS3) ;
- Réviser les tarifs des actes de gynécologie afin de motiver le recrutement des gynécologues (frais d'une césarienne dans une clinique = 4 à 5 fois celui de l'HCZ) (GHS5) ;
- Une proposition des tarifications des actes avec des rapprochements des tarifs d'autres structures sera établie et remise à Pr S.MOULINE. (GHS2)
- Problème de vol du matériel au niveau des salles de consultations exemple : un tensiomètre et un stéthoscope volés. (GHS2)
- Nécessité de revoir la classification des médecins (Pr ou Dr) au niveau de la base de données de l'HCZ (GHS2);
- Nécessité de revoir la codification des actes de dermatologie (GHS2) ;
- Un groupe / 7 trouve que les médecins permanents sont favorisés par rapport aux vacataires (GHS5) ;
- 2 groupes / 7 (GHS5 et GHS3) estiment que le niveau de la qualité à l'HCZ a baissé, ce qui nuit à l'image de marque de notre institution. Certains patients demandent à leurs médecins de les consulter ailleurs ; les causes seraient dues aux :
  - problème des mutualistes en surnombre ;
  - box de consultation sale, au matériel mal entretenu.

**Synthétisé par :**

Mme GUELAA Siham

Chef de Service Risque Management & Qualité\_HCZ

## Annexe 4 : PV de la réunion du directoire et des représentants du CMCE concernant la situation des ressources médicales

Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Direction Générale  
CMCE

Rabat, le 14/11/2012

### PV de la réunion du Directeur Général, des Directeurs Médical et Chirurgical et des Représentants du CMCE

#### Ordre du jour :

- Présentation de la nouvelle Politique Ressources Humaines Médicales.

#### Etaient présents :

- Le directoire : Pr. EL HASSANI ; Pr. EL BAROUDI ; Pr ; EL ADNAOUI.
- CMCE : Pr. BELMEKKI ; Pr. EL GUEDDARI ; Pr. ABABOU ; Pr. KANOUNI ; Pr. ZTOT ; Pr. CHAJAI

Etait absente : Pr. MOULINE.

Date & heure : 12/11/2012 à 17H00

Lieu : Salle de réunion de la Direction Générale

Le Directeur Général a ouvert la réunion en saluant les présents et a ensuite présenté l'ordre du jour relatif à la présentation de la nouvelle politique des ressources humaines médicales qui devra être appliquée au niveau de l'hôpital.

Cette nouvelle politique intervient suite à la décision gouvernementale interdisant aux médecins et aux professeurs du secteur public en tant que fonctionnaires de travailler dans les cliniques et cela en mettant fin au TPA, ce qui pourra engendrer un manque au niveau du personnel médical.

Ensuite un document présentant les positions des praticiens de l'HCZ à l'égard de la décision gouvernementale en question a été remis aux présents.

Le Pr. EL HASSANI a demandé de passer en revue ledit document afin que les professeurs puissent avoir une idée sur les décisions des médecins concernés relatifs à leur départ ou à leur maintien au sein de l'hôpital et réfléchir par la suite aux alternatives garantissant la continuité des services dans cette phase transitoire, sans toutefois porter atteinte au niveau des soins et prestations fournis par l'hôpital.

Pr. EL BAROUDI a relevé le problème de la garde qui se posera surtout au niveau de la chirurgie cardiovasculaire.

Le Directeur Général et les membres de la CMCE ont procédé alors à une lecture détaillée des listes des médecins :

Spécialité	Remarques
Cardiologie et maladie vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. ZTOT a informé l'hôpital sur sa décision de maintenir son poste à l'HCZ.</li> <li>▪ Pour les gardes il a proposé de recruter des médecins privés moyennant des offres de rémunérations avantageuses.</li> </ul>
Pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. CHAJAI a rassuré qu'il n'y aura pas de problème concernant la garde.</li> </ul>
Hématologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Délai d'un an pour rechercher un autre profil</li> </ul>
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. MOULINE a informé le Pr. EL ADNAOUI de sa décision de rester à l'HCZ.</li> </ul>
Endocrinologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune remarque</li> </ul>
Gastro- Entérologie Et Hépatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. KANOUNI a décidé de rester à l'HCZ.</li> </ul>
Chirurgie Traumato-Orthopédie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL BAROUDI contactera le Pr. AMEZIANE sur sa décision définitive</li> </ul>
Psychiatrie *	-----
Radiodiagnostic Et Imagerie Médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. CHERKAOUI reste.</li> <li>▪ Pr. EL HASSANI précise qu'il y a une grande demande de radiologues désirant exercer à l'hôpital après leur démission.</li> </ul>
Chirurgie Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dr. REHALI aura sa retraite en date du 31/12/12 et restera au niveau de l'HCZ.</li> <li>▪ Pr. EL BAROUDI va relancer Pr. SLAOUI pour avoir sa décision finale.</li> <li>▪ Pr. CHEKHAOUI restera à l'hôpital pour un délai d'un an.</li> </ul>
Anesthésie-Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL BAROUDI contactera Pr. ISMAILI pour avoir sa décision définitive.</li> <li>▪ Pr. ABABOU assure qu'il n'y aura aucun problème au niveau du service sauf pour les gardes. Il a proposé le recrutement de médecins privés en leur proposant des rémunérations avantageuses.</li> </ul>
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune remarque</li> </ul>
Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL GUEDDARI a exprimé le besoin de recruter un troisième médecin pour la spécialité de la radiothérapie.</li> </ul>
Médecine Nucléaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune remarque</li> </ul>
Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL BAROUDI contactera le Pr. EL ABBADI pour avoir sa décision définitive.</li> </ul>

<b>Neurologie *</b>	-----
<b>Gynécologie- Obstétrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nécessité d'élaborer un plan permettant de combler le besoin dans cette spécialité.</li> <li>▪ Dr. KHARMACH assurera la continuité jusqu'au recrutement de nouveaux profils</li> </ul>
<b>Chirurgie Générale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL BAROUDI décidera des profils et du nombre à recruter en cas de besoin.</li> </ul>
<b>ANAPAT et Biologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'ensemble des membres de la CMCE a suggéré de revoir la rémunération de Mme BENOUDA afin de l'encourager sur les efforts qu'elle fournit au sein du service</li> </ul>
<b>Chirurgie Vasculaire*</b>	-----
<b>Néphrologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune remarque</li> </ul>
<b>ORL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pr. EL IDGHIRI reste à HCZ</li> </ul>
<b>Urologie *</b>	-----

(\*) : Absence de médecin fixe à l'HCZ.

Le Pr. EL HASSANI a précisé que l'objectif de son insistance sur la réponse définitive des médecins et professeurs concernés par la décision gouvernementale est, d'une part : avoir une visibilité sur les mesures à prendre pour assurer la continuité des services de l'hôpital et d'autre part envoyer les demandes de retraites anticipé de façon groupée.

Concernant les gardes, la commission propose qu'un courrier soit adressé par le Directeur Général de l'hôpital au ministère de la santé, proposant la conclusion d'un contrat Public-Privé, permettant le maintien des médecins effectuant la garde des urgences entre 20 h et 8h du matin au sein de l'hôpital.

**Rapporté par :**

Mlle KAMOUNE Sanae  
Secrétaire, CMCE




**Vérfié et validé par :**

Pr. BELMEKKI Mohammed  
Président des Représentants des G.H.S

Pr. BELMEKKI Mohammed  
Pour La Commission Médicale  
Consultative de  
l'Hôpital Cheikh Zaïd  
\*\*\*\*\*

## Annexe 5 : Procédure de recrutement des médecins vacataires et permanents

	<b>Procédure de recrutement des médecins vacataires</b>	<b>Code : HCZ/DAF/SRH/P-14</b>	<b>Date : 30/01/2013</b>
		<b>Version 01</b>	<b>Service : Ressources Humaines</b>

### I. But :

Cette procédure décrit les modalités de recrutement des Médecins Vacataire (MV) à l'HCZ. Elle a pour objectif de mettre en place les dispositions nécessaires pour assurer le recrutement des médecins vacataires avec toute équité.

### II. Champ d'application :

Cette procédure concerne le recrutement de tous les médecins autorisés par le Ministère de tutelle à pratiquer leur TPA ainsi que les médecins libéraux désirant exercer des vacances à l'HCZ.

### III- Logigramme :

#### 1- Données explicatives :

Les abréviations suivantes sont employées dans le logigramme :

#### Codes de fonction :

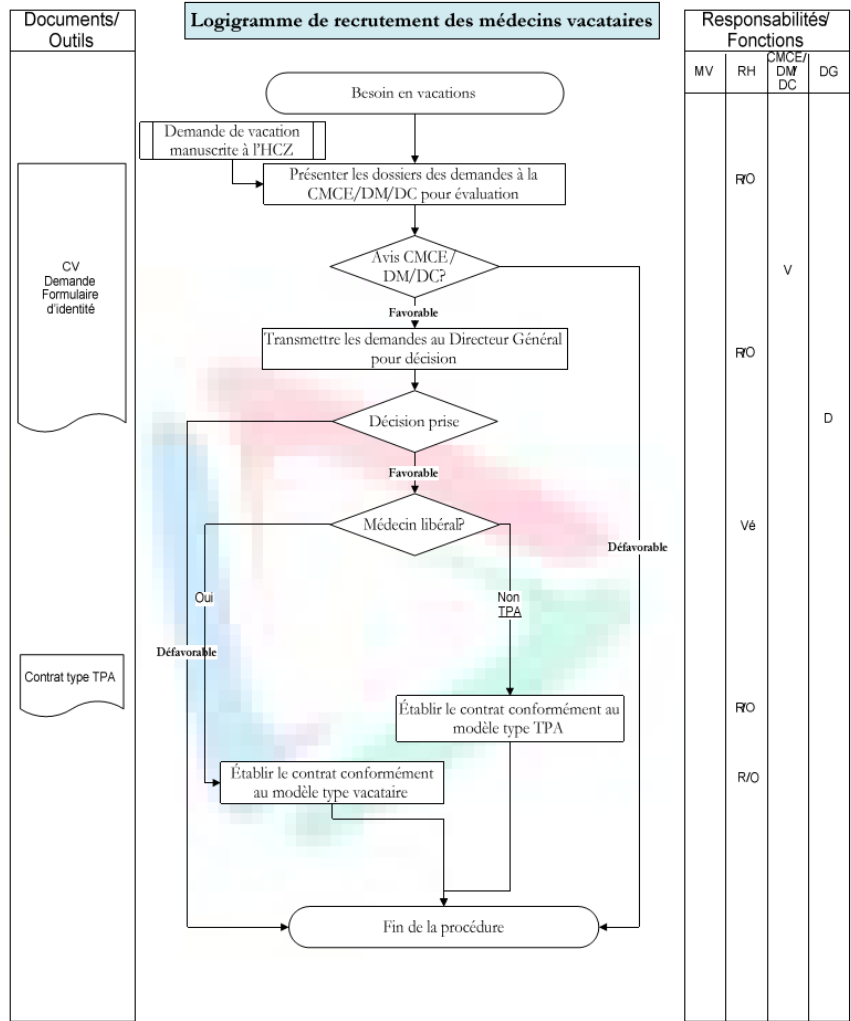
- **DG** : Directeur Général ;
- **CMCE** : Commission Médicale Consultative de l'Etablissement ;
- **RH** : Ressources Humaines ;
- **MV** : Médecin Vacataire.

#### Codes de responsabilité :

- **R** : Responsable ;
- **O** : Opère ;
- **Vé** : Vérifie ;
- **V** : Valide ;
- **D** : Décide.

<b>Rédigée et vérifiée par :</b>	<b>Validée par :</b>				
<b>Mme S.GUELA</b> Chef de Service Risque Management et Qualité Visa :	<b>Mme F.DOUMA</b> Directrice Organisation, Contrôle et Qualité Visa :	<b>Pr M.BELMEKKI</b> Président CMCE Visa :	<b>M. S.E.CHERKAOUI</b> Directeur Administratif Financier Visa :	<b>Pr M.ADNAOUI</b> Directeur Médical Visa :	<b>Pr S.AL BAROUDI</b> Directeur Chirurgical Visa :
<b>Approuvée par :</b>					
<b>Pr A.EL HASSANI</b> Directeur Général Visa :					

**2- Logigramme :**



	<b>Procédure de recrutement des médecins vacataires</b>	Code : HCZ/DAF/SRH/P-14	Date : 30/01/2013
		Version 01	Service : Ressources Humaines

#### IV. Informations complémentaires :

Dès qu'il y a un besoin en vacations, le service des ressources humaines présentent les dossiers des demandes de médecins désirant exercer des vacations à l'Hôpital Cheikh Zaïd à la CMCE/DM/DC pour évaluation du profil du médecin.

Si la CMCE, le DM et le DC émettent un avis favorable, le dossier est transmis au Directeur Général pour décision. Sinon, la procédure est arrêtée.

Si la décision du Directeur Général est favorable, alors le Service des Ressources Humaines établit le contrat conformément au modèle type selon la catégorie du médecin (TPA/Libéral).

Sinon, ou si la décision du Directeur Général est défavorable la procédure est arrêtée.

#### V. Documents associés :

- ✓ Formulaire d'identité ;
- ✓ Contrat type.

#### VI. Révision :

version	Motif de modification	Date
01	Création de la procédure	30/01/2013

	<b>Procédure de Recrutement des Médecins Permanents</b>	Code : HCZ/DAF/SRH/P-14	Date : 01/02/2013
		Version 01	Service : Ressources Humaines

### I. But :

Cette procédure décrit les étapes de recrutement des médecins permanents à l'HCZ. Elle a pour objectif de déterminer la démarche à suivre pour la sélection des bons profils adéquats à la nature du besoin exprimé et ce par la mise en place des dispositions nécessaires.

### II. Champ d'application :

Cette procédure concerne les recrutements des médecins.

### III- Logigramme :

#### 1- Données explicatives :

Les abréviations suivantes sont employées dans le logigramme :

#### Codes de fonction :

- **RH** : Ressources Humaines ;
- **DM** : Directeur Médical
- **DC** : Directeur Chirurgical ;
- **CMCE** : Commission Médicale Consultative d'Etablissement;
- **DG** : Directeur Général.

#### Codes de responsabilité :

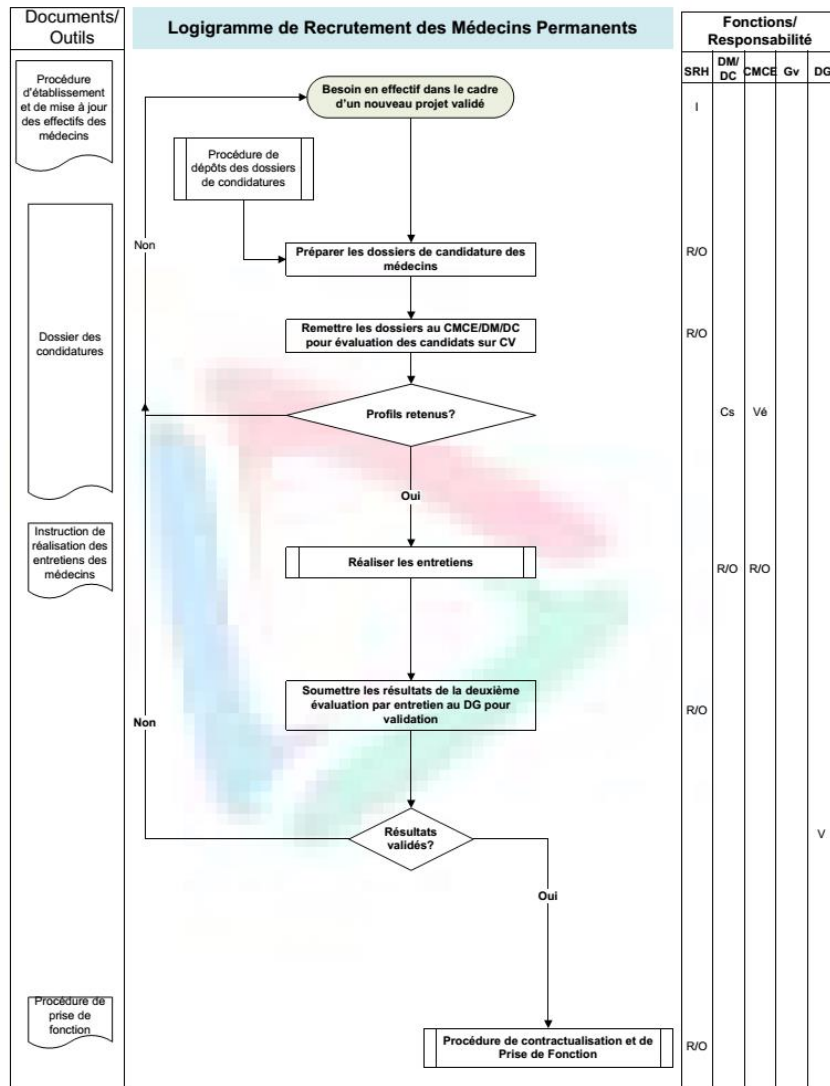
- **R** : Responsable ;
- **O** : Opère ;
- **I** : Informé ;
- **Cs** : Consulter ;
- **Vé** : Vérifier ;
- **V** : Valider.

<b>Rédigée et vérifiée par :</b>	<b>Validée par :</b>				
<b>Mme S.GUELAA</b> Chef de Service Risque Management et Qualité Visa :	<b>Mme F.DOUMA</b> Directrice Organisation, Contrôle et Qualité Visa :	<b>Pr M.BELMEKKI</b> Président CMCE Visa :	<b>M. S.E.CHERKAOUI</b> Directeur Administratif Financier Visa :	<b>Pr M.ADNAOUI</b> Directeur Médical Visa :	<b>Pr S.AL BAROUDI</b> Directeur Chirurgical Visa :
<b>Approuvée par :</b>					
<b>Pr A.EL HASSANI</b> Directeur Général Visa :					



	<b>Procédure de Recrutement des Médecins Permanents</b>	Code : HCZ/DAF/SRH/P-14	Date : 01/02/2013
		Version 01	Service : Ressources Humaines

**2- Logigramme :**



	<b>Procédure de Recrutement des Médecins Permanents</b>	Code : HCZ/DAF/SRH/P-14	Date : 01/02/2013
		Version 01	Service : Ressources Humaines

#### IV. Informations complémentaires :

Dès qu'il y a un besoin en effectif dans le cadre d'un nouveau projet, le Service des Ressources Humaines prépare les dossiers de candidature des médecins et les remet au CMCE/DM/DC pour choix des médecins.

La Commission Médicale Consultative d'Etablissement (CMCE), le Directeur Médical et le Directeur Chirurgical procèdent à une première évaluation des candidats sur CV.

Dans le cas où des profils sont retenus, la CMCE, le DM et le DC réalisent les entretiens et soumettent les résultats de cette deuxième évaluation au Service des Ressources Humaines (SRH) qui se charge de les transmettre au Directeur Général pour validation.

Si les résultats sont validés, alors le Service des Ressources Humaines met en œuvre la procédure de contractualisation et prise de fonction..

Sinon, ou si aucun profil n'est retenu, alors la procédure est ré-initiée.

#### V. Documents associés :

- Procédure d'Etablissement et Mise à jour des effectifs des médecins;
- Dossier des candidatures ;
- Autorisation de pratique de TPA ;
- Instruction de réalisation des entretiens des médecins ;
- Contrat type ;
- Procédure de prise de fonction.

#### VI. Révision :

version	Motif de modification	Date
01	Création de la procédure	30/01/2013

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Problèmes et principes de la conduite du changement (Walsh et Renaud, 2010, 289) .....	72
Tableau 2 : Les principaux aspects des moments de la traduction.....	78
Tableau 3 : Travaux mobilisant la théorie de l'acteur réseau en contrôle de gestion .....	84
Tableau 4: Les phases de l'évolution de l'organisation et du contrôle de gestion.....	2021
Tableau 5 : Application de l'analyse stratégique à la situation des acteurs de l'HUICZ.....	128
Tableau 6 : Liste des 22 entretiens (durée totale de 35 heures) .....	142
Tableau 7 : Extrait de codification d'entretien.....	145
Tableau 8 : Synthèse du dictionnaire des thèmes .....	146
Tableau 9 : Analyse de contenu (source Wacheux, 1996, p.238) .....	147
Tableau 10 : Répartition du chiffre d'affaires de HUICZ .....	2061
Tableau 11 : Indicateurs liés à l'activité hospitalière.....	169
Tableau 12 : Indicateurs liés à la facturation.....	170
Tableau 13 : Indicateurs liés au recouvrement.....	171
Tableau 14 : Indicateurs liés aux achats.....	172
Tableau 15 : Indicateurs liés à la trésorerie.....	173
Tableau 16 : Répartition de budget investissement à l'HUICZ .....	181
Tableau 17 : Exemple de tableau de validation de la norme à appliquer pour l'effectif du service de la chirurgie.....	209
Tableau 18 : Evolution de la part des médicaments princeps et génériques .....	218
Tableau 19 : Evolution des effectifs de l'HUICZ .....	219
Tableau 20 : Dépenses de formation du personnel paramédical .....	269
Tableau 21 : Caravanes médicales .....	271

## Liste des figures

Figure 1 : Une problématique au carrefour de trois axes .....	22
Figure 2 : Architecture de la thèse .....	26
Figure 3 : La structuration du système hospitalier marocain .....	48
Figure 4 : Organigramme simplifié des établissements du secteur privé (Marrakech consulting group) .....	54
Figure 5 : Organigramme fonctionnel de L'HUICZ en 2007 .....	123
Figure 6 : Schéma de la chronologie de la recherche et implication dans le terrain .....	136
Figure 7 : Organigramme DAF .....	2058
Figure 8 : Différents parcours d'admission des patients à l'HUICZ.....	160
Figure 9 : Processus de gestion administratif admission patient.....	170
Figure 10 : Processus de traduction à deux niveaux .....	195
Figure 11 : Schéma de la réorganisation du processus administratif patient .....	200
Figure 12 : Logigramme achat d'investissement .....	224
Figure 13 : Nouvel organigramme .....	228
Figure 14 : D'un PPO faisant consensus à une irréversibilité du réseau.....	231
Figure 15 : Conditions initiales pour un CG médiateur dans une organisation pluraliste .....	244
Figure 16 : Vers un contrôle de gestion médiateur du changement .....	260
Figure 17 : Projets et entités de la Fondation Cheikh Zaid .....	263
Figure 18 : Organigramme direction qualité des soins 2015 .....	268
Figure 19 : Conditions pour une irréversibilité du CG « médiateur » .....	273
Figure 20 : Vers un contrôle de gestion « médiateur » d'une financiarisation RSE .....	274

## Table des matières

<b>Introduction Générale</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Genèse de la question de recherche</b> .....	<b>12</b>
1.1 L'émergence du managérialisme .....	12
1.2 Les réformes engendrent un processus de changement .....	14
1.3 Inspiration du secteur privé et mobilisation des instruments de gestion .....	18
1.4 Contexte et question de recherche .....	20
<b>2. L'objectif de la thèse</b> .....	<b>22</b>
2.1 Problématique construite au carrefour de trois axes .....	22
2.2 Objectif de la thèse d'un point de vue théorique .....	23
2.3 Objectif de la thèse d'un point de vue managérial .....	24
2.4 Objectif de la thèse d'un point de vue méthodologique .....	24
2.5 L'architecture de la thèse .....	24
<b>PARTIE I : Ancrage théorique, conceptuel et méthodologique</b> .....	<b>27</b>
<b>Chapitre 1 La financiarisation des hôpitaux, organisation pluraliste</b> .....	<b>28</b>
<b>Section 1 : Financiarisation de l'économie et du système de santé</b> .....	<b>30</b>
1. Emergence et définition de la financiarisation .....	30
1.1 L'apparition de la financiarisation .....	30
1.2 Les travaux empiriques sur la financiarisation de l'économie .....	31
1.3 Définition de la financiarisation .....	32
2. Institutionnalisation de la financiarisation dans la société .....	33
2.1 Les secteurs concernés par la financiarisation .....	33
2.2 Les relations entre néolibéralisme, mondialisation et financiarisation .....	34
2.3 L'institutionnalisation de la financiarisation au sein de l'entreprise .....	36
3. L'institutionnalisation de la financiarisation dans le secteur hospitalier .....	38
3.1 La financiarisation du secteur public .....	38
3.2 La financiarisation de l'hôpital .....	40
3.3 Les changements induits par financiarisation des organisations de santé .....	42
Conclusion section 1 .....	43
<b>Section 2 : Le système hospitalier marocain au défi de la financiarisation</b> .....	<b>44</b>

1. Les Spécificités et les réformes du système hospitalier Marocain.....	44
1.1. Les différents types d'établissements hospitaliers publics au Maroc.....	45
1.2. Les établissements privés au Maroc .....	47
1.3. La réforme hospitalière au Maroc .....	48
2. L'organisation des hôpitaux sous contrainte de gestion.....	51
2.1 Le secteur public.....	51
2.2 Le secteur privé .....	53
Conclusion section 2 .....	55
Conclusion du chapitre 1 .....	56
<b>Chapitre 2 Transformer des organisations pluralistes par le contrôle de gestion ?.....</b>	<b>57</b>
<b>Section 1 L'organisation pluraliste au défi de la financiarisation.....</b>	<b>59</b>
1. Spécificités des organisations hospitalières et contraintes de gestion.....	59
1.1 L'hôpital : une bureaucratie professionnelle et une organisation pluraliste .....	59
1.2 Multiplicité des parties prenantes et divergence des orientations et les objectifs.....	61
1.3 Le défi d'un secteur en mutation : l'inertie organisationnelle .....	62
Conclusion section 1 .....	63
2. Identification des cadres théoriques mobilisables en contrôle de gestion .....	64
2.1 Une approche interprétative et humaniste du contrôle de gestion .....	65
2.2 De multiple cadre théoriques envisageables.....	68
3. Le choix de la théorie de l'acteur réseau .....	70
<b>Section 2 : Les fondements et développements de la théorie de la traduction .....</b>	<b>71</b>
1. Principes et fondements de la théorie de la traduction .....	71
2. Les différents moments de la traduction .....	74
3. La théorie de la traduction en comptabilité et contrôle de gestion .....	78
Conclusion section 2 .....	85
<b>Section 3 : Le rôle des systèmes de contrôle de gestion dans le changement .....</b>	<b>85</b>
1. La variété des systèmes de contrôle de gestion .....	86
1.1 Le contrôle organisationnel .....	86
1.2 Les évolutions du concept de contrôle de gestion .....	88
1.3 Le contrôle de gestion et le changement.....	90
2. La complexité et la dynamique sociale des outils de gestion .....	92
2.1 La notion d'outil de gestion.....	93
2.2 Les différentes approches pour l'étude des outils de gestion .....	95
2.3 Le rôle des outils de gestion dans le changement.....	100
3. Le contrôleur de gestion comme vecteur de changement.....	104
3.1 Evolution du rôle du contrôleur de gestion.....	104

3.2 Le contrôleur de gestion et le changement .....	106
4. Les spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier .....	107
4.1 Complexité de l'instauration du contrôle de gestion dans une organisation pluraliste.....	107
4.2 Intégration d'une logique économique dans les systèmes de contrôle de gestion hospitaliers.....	108
4.3 Le système de contrôle de gestion au sein des hôpitaux marocains .....	109
Conclusion section 3 .....	111
Conclusion du chapitre 2.....	113
<b>Chapitre 3 Le design de la recherche .....</b>	<b>115</b>
<b>Section 1 : Présentation de l'hôpital universitaire international Cheikh Zaid .....</b>	<b>117</b>
1. Une structure hybride de type tertiaire .....	117
1.1 Statut et mode gouvernance.....	117
1.2 Capacités et effectifs de l'HUICZ .....	119
2. Historique de la transformation de l'hôpital Cheikh Zaid.....	120
2.1 Une transformation en quatre phases .....	120
2.2. Stratégie des acteurs et structure de l'HUICZ (période 1995 à 2007) .....	124
2.2.1 <i>Les stratégies des acteurs au sens Crozier et Friedberg</i> .....	124
2.2.2 <i>Application de l'approche analyse stratégique</i> .....	127
2.2.3 <i>Analyse des structures à travers le modèle d'Henri Mintzberg</i> .....	129
Conclusion section 1 .....	133
Section 2 : Etude longitudinale et observation (post) participante .....	133
1. Une étude de cas longitudinale sur la période 2008-2018.....	134
2. L'implication du chercheur et la méthode de recherche .....	134
2.1 Une observation participante et post participante.....	135
2.2 La posture épistémologique.....	136
2.3 Le choix d'une méthode qualitative .....	139
Conclusion section 2 .....	143
Section 3 : Analyse et traitements des données .....	143
1. Préparation et découpage du corpus .....	144
2. L'usage des verbatim et de la triangulation des données .....	147
3. Confirmation et évaluation des résultats .....	148
Conclusion section 3 .....	148
Conclusion du chapitre 3.....	149

<b>Partie II : Résultat de la recherche .....</b>	<b>150</b>
<b>Chapitre 4 La financiarisation : point de passage obligé à l'PHUICZ .....</b>	<b>151</b>
<b>Section 1 : Diagnostic de la situation avant la restructuration.....</b>	<b>153</b>
1. Prise en charge médicale du patient .....	153
2. Prise en charge paramédicale .....	156
3. Prise en charge administrative du patient.....	157
4. Process Finance .....	161
Conclusion section 1 .....	164
<b>Section 2 : Orientation vers une logique financière.....</b>	<b>165</b>
1. Intervention d'un consultant externe et problématisation .....	166
2. Des outils de gestion pour déployer le projet de restructuration .....	168
2.1 Le processus de prise en charge médicale du patient (métier de l'hôpital).....	168
2.2 Le processus de facturation afin de maximiser les recettes.....	169
2.3 Le processus de recouvrement afin de générer plus de cash .....	171
2.4 Le processus des achats : encadrer les dépenses, et/ou générer des économies...	171
2.5 Le processus de trésorerie pour assurer la disponibilité des fonds.....	172
3. Analyse de contexte et identification des parties prenantes .....	173
Conclusion section 2 .....	176
<b>Section 3 : Un point de passage obligé porté par des alliés.....</b>	<b>176</b>
1. Le directeur général.....	177
2. Le service audit et contrôle de gestion .....	179
3. Le directeur pharmacie.....	180
4. Le directeur technique .....	181
5. Les directeurs médicaux et les médecins permanents .....	182
Conclusion section 3 .....	185
Conclusion du chapitre 4.....	186
<b>Chapitre 5 Le processus d'implémentation du contrôle de gestion, « médiateur » du changement .....</b>	<b>187</b>
<b>Section 1 : Une mobilisation progressive autour du PPO .....</b>	<b>189</b>
1. D'un traducteur relayé par deux porte-paroles ...	189
2. A un enrôlement progressif d'autres porte-paroles .....	193
3. Un processus de traduction à deux niveaux .....	194
Conclusion section 1 .....	195
<b>Section 2 : Importance des investissements de forme .....</b>	<b>196</b>



1. Outils de gestion et amélioration du dispositif de contrôle interne.....	196
2. Réorganisation des portefeuilles organismes payeurs.....	197
3. Mise en place d'un système de contrôle et d'intéressement .....	199
Conclusion section 2 .....	201
<b>Section 3 : Identification des controverses et mode de résolution.....</b>	<b>201</b>
1. Identification des controverses.....	202
2. Des controverses aux compromis négociés et consolidés .....	206
2.1 Contourner les éventuelles résistances en mobilisant des alliés.....	206
2.2 Des résistants devenus des alliés .....	210
2.3 Compromis consolidés par des investissements de formes .....	214
Conclusion section 3 .....	215
<b>Section 4 : Vers une irréversibilité du changement.....</b>	<b>217</b>
1. Réalisation des objectifs initiaux et autofinancement de l'extension.....	217
2. Duplication du <i>business model</i> .....	224
3. Vigilance et réactivité par rapport aux nouvelles controverses.....	226
Conclusion section 4 .....	229
Conclusion du chapitre 5.....	231
<b>Chapitre 6 Organisation pluraliste : Vers un contrôle de gestion « médiateur » .....</b>	<b>234</b>
<b>Section 1 : Conditions initiales pour l'introduction du contrôle de gestion au sein d'une organisation pluraliste .....</b>	<b>236</b>
1. La légitimité du traducteur et des premiers porte-paroles.....	237
2. Un consensus autour du constat de départ .....	238
3. Une préparation pour l'accueil du contrôle de gestion .....	240
Conclusion section 1 .....	244
<b>Section 2 : Contrôle de gestion médiateur du processus de traduction.....</b>	<b>245</b>
1. Le contrôle de gestion : médiateur de la financiarisation.....	246
1.1 Le contrôle de gestion : un rôle d'acteur-traducteur du PPO .....	246
1.2 Le contrôle de gestion : un rôle de simplification à travers un langage unique et simple .....	248
1.3 Le contrôle de gestion : porteur de la financiarisation .....	249
1.4 Le contrôle de gestion : vecteur d'apprentissage.....	252
1.5 Le contrôle de gestion : une influence sur les comportements.....	253
2. Le contrôle de gestion : médiateur dans le processus de traduction .....	254
2.1 Le contrôle de gestion : investissements de forme et enrôlement multi-niveaux. 254	
2.2 Le contrôle de gestion : médiateur pour l'élaboration de compromis.....	256

Conclusion section 2 .....	256
<b>Section 3 : Organisation pluraliste : vers une évolution de la financiarisation pour assurer son irréversibilité?</b> .....	<b>259</b>
1. Extension du réseau et émergence de nouvelles attentes .....	261
2. Vers une meilleure prise en compte de toutes les parties prenantes .....	265
2.1 Une hausse des tarifs et rémunérations en réponse aux revendications du corps médical .....	266
2.2 Plus de reconnaissance du personnel paramédical après des grèves .....	266
2.3 Une structure de gouvernance fortement modifiée : vers une plus forte légitimité .....	269
2.4 Une intégration de la dimension sociale et humanitaire.....	270
2.5 Vers une financiarisation RSE.....	271
Conclusion section 3 .....	272
Conclusion du chapitre 6.....	274
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>277</b>
1. Synthèse des résultats de la rcherche.....	279
2. Les apports de la recherche .....	280
2.1 Les contributions théoriques.....	280
2.2 Les implications managériales .....	282
2.3 Les apports méthodologiques .....	283
3. Les limites du travail de la recherche .....	284
3. Les limites du travail de la recherche .....	284
4. Les perspectives de recherche .....	285
Références bibliographiques .....	285
Annexes .....	325
Annexe 1 : Dahir de création de la fondation Cheikh Zaid et Dahir complémentaire .....	326
Annexe 2 : Guide d'entretien semi directif .....	331
Annexe 3 : Extrait de la synthèse globale des réunions de travail des groupes homogène de spécialité GHS en 2012 .....	332
Annexe 4 : PV de la réunion du directoire des représentants du CMCE concernant la situation des ressources médicales .....	345
Annexe 5 : Procédure de recrutement des médecins vacataires et permanents .....	348
Liste des tableaux .....	354
Liste des figures .....	355
Tables des matières .....	356

