

Le Levier Caché de la Performance : Rôle Médiateur de l'Appropriation des Outils NPM dans les Hôpitaux Publics Marocains

The Hidden Lever of Performance: The Mediating Role of the Appropriation of NPM Tools in Moroccan Public Hospitals.

Auteur 1 : Achraf CHERKAOUI DEKKAKI

Auteur 2 : Azzouz ELHAMMA

Auteur 3 : Mohamed BAAJJI

Achraf CHERKAOUI DEKKAKI, (Docteur en science de gestion)
École Nationale de Commerce et de Gestion Kenitra, Université Ibn Tofail, Kenitra

Azzouz ELHAMMA, (Enseignant-chercheur)
École Nationale de Commerce et de Gestion Kenitra, Université Ibn Tofail, Kenitra

Mohamed BAAJJI, (Chercheur en science de gestion des organisations)
Université Ibn Zohr, Agadir

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : CHERKAOUI DEKKAKI .A, ELHAMMA .A & BAAJJI .M (2025). « Le Levier Caché de la Performance : Rôle Médiateur de l'Appropriation des Outils NPM dans les Hôpitaux Publics Marocains », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 30 » pp: 1061– 1088.



DOI : 10.5281/zenodo.15835132

Copyright © 2025 – ASJ



Résumé

Confronté depuis deux décennies à des réformes inspirées du New Public Management (NPM), le secteur hospitalier public marocain connaît une profonde mutation. Cette étude vise à analyser les effets de l'adoption des outils du NPM sur la performance hospitalière, en examinant spécifiquement le rôle de leur appropriation par les acteurs locaux. Basée sur une enquête quantitative menée auprès de 240 cadres hospitaliers, notre recherche met en évidence le rôle médiateur crucial de l'appropriation des outils. Ce processus, qui se traduit par une hybridation organisationnelle mêlant logiques managériales et logiques de service public, est la condition déterminante pour l'amélioration effective de la performance. Les résultats confirment également l'influence de facteurs de contingence tels que la taille de l'hôpital, son degré d'autonomie et sa culture organisationnelle. En conclusion, cette recherche démontre que la simple transposition des outils NPM est insuffisante ; leur efficacité dépend d'une appropriation contextuelle qui favorise des dynamiques d'hybridation.

Mots-clés : New Public Management, performance hospitalière, appropriation, hybridation organisationnelle, Maroc, gestion hospitalière.

Abstract

For the past two decades, Morocco's public hospital sector has undergone profound changes through reforms inspired by New Public Management (NPM). This study examines the impact of adopting NPM tools on hospital performance, with a particular focus on how these tools are appropriated by local actors. Drawing on a quantitative survey of 240 hospital managers, our findings highlight the crucial mediating role of appropriation. This process, which involves the hybridization of managerial and public service logics, emerges as a key determinant of meaningful performance improvement. The study also reveals the significant influence of contingency factors such as hospital size, managerial autonomy, and organizational culture. Overall, our results demonstrate that the mere transfer of NPM tools is insufficient; their effectiveness relies on contextual appropriation that encourages organizational hybridization.

Keywords: New Public Management, hospital performance, appropriation, organizational hybridization, Morocco, hospital management.

Introduction

Depuis la fin du XXe siècle, le New Public Management (NPM) s'est imposé comme le paradigme dominant des réformes de l'État à l'échelle mondiale. Important des logiques issues du secteur privé, ce modèle vise à accroître l'efficacité, la qualité et la réactivité des services publics par l'introduction d'outils tels que la gestion par objectifs, la contractualisation et les indicateurs de performance (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017). Le secteur hospitalier, en raison de sa complexité organisationnelle et de ses enjeux sociétaux majeurs, constitue un terrain d'application privilégié mais également contesté de ces principes (Belorgey, 2010).

Le Maroc n'a pas fait exception à cette vague de modernisation, engageant dès les années 2000 des réformes ambitieuses de son secteur hospitalier, sous l'impulsion de politiques nationales et de recommandations d'organismes internationaux (Ministère de la Santé, 2012, 2019, 2023). Cette dynamique est entrée dans une phase de transformation sans précédent avec la "refondation" actuelle du système national de santé, portée par la loi-cadre n° 06.22. La généralisation de la protection sociale et la mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) accentuent la pression sur les hôpitaux publics pour améliorer leur performance et leur gouvernance. Cependant, plus de deux décennies après leur lancement, un décalage persistant est observé entre l'adoption formelle des outils managériaux et leur appropriation effective par les acteurs de terrain. Cet écart, alimenté par des facteurs contextuels, institutionnels et culturels spécifiques, menace de réduire les réformes à des transformations de façade et questionne leur capacité à générer une amélioration tangible de la performance (Chabih, 2018 ; El Aoufi & Bensaïd, 2015). C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche, qui examine dans quelle mesure l'adoption des outils NPM par les hôpitaux publics marocains se traduit par une appropriation réelle et une amélioration tangible de la performance hospitalière.

Face à ce constat, elle vise à dépasser la simple évaluation des effets des réformes pour en élucider les mécanismes sous-jacents. Elle pose la question centrale suivante : **Dans quelle mesure l'adoption des outils du NPM par les hôpitaux publics marocains conduit-elle à une appropriation effective et à une amélioration de la performance hospitalière ?** La contribution principale de cette étude est de dépasser les constats descriptifs en modélisant et en testant empiriquement le rôle médiateur de l'appropriation. En quantifiant ce mécanisme, notre recherche vise à expliquer comment les réformes managériales se traduisent ou échouent à se traduire en performance tangible, apportant un éclairage inédit sur les leviers concrets de la modernisation hospitalière dans le contexte marocain. Nous postulons que ces dynamiques

d'adaptation locale ne sont pas une simple conséquence de la réforme, mais bien le moteur principal qui conditionne sa réussite. Ainsi, cette étude s'inscrit dans l'analyse du processus d'appropriation des outils du New Public Management par les hôpitaux publics marocains, en interrogeant la capacité réelle de ces dispositifs managériaux à générer une amélioration tangible de la performance hospitalière.

L'objectif central de la recherche consiste à modéliser et à tester empiriquement le rôle médiateur de l'appropriation organisationnelle entre l'adoption des outils NPM et la performance effective des établissements publics, en s'appuyant sur un cadre théorique intégré et une démarche quantitative.

Pour ce faire, nous mobilisons un cadre théorique articulant la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), le néo-institutionnalisme (DiMaggio & Powell, 1983) et la théorie de la contingence (Lawrence & Lorsch, 1967). Pour tester notre modèle, une enquête quantitative a été conduite auprès d'un échantillon de 240 cadres hospitaliers marocains.

Dans cette perspective, l'article s'organise de la manière suivante : une première partie propose une revue de la littérature et pose les fondements conceptuels et théoriques de l'analyse ; la deuxième partie détaille la méthodologie de l'enquête menée auprès des cadres hospitaliers ; la troisième partie présente les résultats empiriques et leur interprétation ; enfin, la discussion met en lumière les principaux enseignements et implications pour la modernisation du secteur hospitalier marocain.

1. Revue de littérature

1.1. Le New Public Management dans le secteur hospitalier : une réforme sous tension

Émergeant dans les pays anglo-saxons au tournant des années 1980 sur fond de crise de l'État-providence et de montée des doctrines néolibérales, le New Public Management (NPM) s'est rapidement imposé comme un paradigme dominant des réformes administratives mondiales (Hood, 1991). Il s'impose progressivement comme un paradigme dominant des réformes administratives, prônant l'importation de techniques de gestion issues du secteur privé dans les organisations publiques pour en améliorer la performance. Parmi ses principes fondamentaux figure la gestion par objectifs, qui consiste à orienter l'action publique vers l'atteinte de résultats mesurables, au détriment d'une logique de moyens (Hood, 1991). Cette approche repose sur un ensemble de principes clés : une gestion orientée vers l'atteinte de résultats mesurables plutôt que sur une logique de moyens (Hood, 1991), une contractualisation des objectifs pour clarifier les rôles et responsabilités (Pollitt & Bouckaert, 2017) et le déploiement d'indicateurs et de systèmes de contrôle de gestion pour piloter l'efficacité (Bezes et al., 2012). Un autre pilier du

NPM réside dans la responsabilisation accrue des gestionnaires, auxquels sont déléguées des marges de manœuvre importantes en contrepartie d'une obligation de rendre compte des résultats obtenus (Pollitt & Bouckaert, 2017). Enfin, le paradigme promeut la mise en concurrence, la transparence et la reddition de comptes, dans l'idée que la compétition (y compris au sein du secteur public) incite à l'amélioration continue des performances (Hood, 1991 ; Bezes et al., 2012).

En raison de sa complexité organisationnelle et de ses enjeux sociétaux, le secteur hospitalier est devenu un terrain d'application privilégié de ces réformes. L'hôpital public a ainsi vu l'introduction progressive d'instruments managériaux tels que les tableaux de bord stratégiques, les indicateurs de qualité, les contrats de performance et les démarches d'accréditation (Belorgey, 2010). Ces outils sont censés répondre à plusieurs objectifs : accroître l'efficacité des services hospitaliers, assurer une meilleure allocation des ressources, améliorer la transparence des processus décisionnels et garantir des standards de qualité conformes aux priorités nationales en matière de santé publique (Bezes et al., 2012). Dans cette perspective, l'hôpital est de plus en plus envisagé comme une organisation autonome, pilotée selon des mécanismes proches de ceux du secteur privé, avec des gestionnaires responsables et des professionnels pilotés par la performance et la logique de résultats.

Cependant, l'implantation de ce modèle managérial dans l'univers du soin n'est pas exempte de frictions profondes, produisant des effets ambivalents, voire contre-productifs. La critique principale porte sur le conflit structurel qu'il engendre entre la logique gestionnaire, fondée sur la mesure, la standardisation, la performance et la logique professionnelle du soin, ancrée dans des valeurs comme l'éthique, l'autonomie clinique et la personnalisation de la prise en charge des patients (Waring & Currie, 2009 ; Kirkpatrick, Dent & Jespersen, 2011). Ces tensions peuvent notamment se traduire par une désaffection des professionnels, une détérioration du climat organisationnel ou encore une instrumentalisation des indicateurs à des fins de conformité plutôt que d'amélioration réelle.

Par ailleurs, les effets des réformes managériales sont étroitement liés aux contextes institutionnels, culturels et politiques dans lesquels elles s'inscrivent (Akniwale et Kuye, 2023). L'adoption mécanique des outils NPM, sans adaptation aux spécificités locales, peut ainsi entraîner une désarticulation des pratiques, un alourdissement bureaucratique ou une perte de sens pour les acteurs de terrain (Pierre, 2000 ; Ferlie et al., 1996). Cette dimension contextuelle est cruciale : la mise en œuvre du NPM ne peut être un simple transfert technocratique de dispositifs. Elle exige une gouvernance inclusive et une adaptation fine aux réalités du terrain

pour que les réformes contribuent réellement à l'amélioration de la qualité des soins et à la performance globale des systèmes de santé.

Cette question d'adaptation contextuelle est particulièrement saillante dans le cas du Maroc, engagé depuis 2021 dans une refonte structurelle de son système de santé à travers la loi-cadre n°06.22. Cette réforme ambitieuse prévoit notamment la mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), entités chargées d'assurer une gouvernance déconcentrée, une continuité des soins et une gestion territorialisée des ressources. Inspirée en partie des principes du NPM, cette restructuration vise une amélioration globale de la performance hospitalière par l'intégration, la contractualisation et la responsabilisation des acteurs locaux. Toutefois, en l'absence d'un accompagnement renforcé en matière de formation, d'autonomie managériale et d'alignement culturel, les GST risquent de reconduire les blocages observés lors des réformes précédentes. Cela illustre la nécessité d'une hybridation maîtrisée entre les outils managériaux importés et les pratiques ancrées localement. Dans ce cadre, l'adaptation contextuelle apparaît comme une condition essentielle pour que ces réformes contribuent réellement à l'amélioration de la qualité des soins et à la performance globale du secteur hospitalier.

1.2. Le contexte marocain : un terrain fertile pour l'hybridation

S'inscrivant dans la dynamique mondiale décrite précédemment, le Maroc a intensifié les réformes hospitalières inspirées du NPM à partir des années 2000, sous l'impulsion conjointe des bailleurs de fonds internationaux et d'une volonté politique de modernisation de l'administration (Ministère de la Santé, 2012, 2019,2023). Ces réformes ont introduit des dispositifs de contractualisation entre les établissements de santé et les autorités de tutelle, des indicateurs de performance et des outils de pilotage managérial destinés à renforcer la redevabilité, l'efficacité et la qualité des soins.

Cependant, la mise en œuvre effective de ces réformes demeure largement contrainte par les spécificités structurelles, institutionnelles et socioéconomiques du système de santé marocain (Harfaoui et al., 2024). La dualité du système de santé – opposant un secteur privé performant et largement accessible à une population solvable, à un secteur public souvent perçu comme sous-doté et saturé – engendre de fortes inégalités d'accès et une compétition déséquilibrée en termes de ressources humaines et financières (Chabih, 2018). À cela s'ajoutent des inégalités territoriales profondes, notamment entre zones urbaines et zones rurales, qui compliquent l'application uniforme des dispositifs managériaux et accentuent les disparités en matière d'offre de soins (El Aoufi & Bensaïd, 2015).

Au niveau organisationnel, les contraintes liées aux ressources sont majeures. Le manque de personnels qualifiés, la rareté des profils formés au management hospitalier, ainsi que la faiblesse des infrastructures informatiques ou logistiques freinent l'appropriation effective des outils du NPM, qui reposent sur des systèmes d'information fiables, des compétences techniques, et une culture de gestion orientée vers les résultats (Ministère de la Santé, 2012, 2019, 2023). Enfin, la persistance d'une culture administrative marquée par la hiérarchie, la centralisation décisionnelle et l'inertie bureaucratique constitue un obstacle majeur à l'instauration de nouveaux mécanismes de gouvernance. Cette tradition institutionnelle tend à produire une forme de résistance au changement, souvent alimentée par le manque d'autonomie des gestionnaires et la faible participation des équipes dans les processus de décision (Dekkaki et Elhamma, 2024).

Face à cet ensemble de contraintes, une adoption mécanique des instruments du NPM est non seulement vouée à l'inefficacité, mais risque de susciter des effets contre-productifs. Ce contexte de forte tension n'est cependant pas seulement un frein ; il constitue un terrain fertile pour l'hybridation. Il contraint les acteurs locaux à ne pas être de simples exécutants passifs, mais à devenir des "bricoleurs" organisationnels, qui sélectionnent, adaptent et combinent les outils importés avec les pratiques et logiques existantes. Comprendre ces dynamiques d'adoption et, surtout, d'appropriation devient alors une nécessité analytique pour évaluer la portée réelle des réformes.

1.3. De l'adoption à la performance : le rôle médiateur de l'appropriation et de l'hybridation

L'introduction d'outils NPM dans les hôpitaux ne résulte pas toujours d'une décision purement rationnelle visant l'efficacité. La théorie néo-institutionnelle suggère que les organisations publiques adoptent souvent de nouvelles pratiques sous l'effet de pressions isomorphiques (DiMaggio & Powell, 1983). Que la pression soit coercitive (imposée par la tutelle), mimétique (pour imiter des établissements jugés plus performants) ou normative (influencée par les standards professionnels), elle peut conduire à une adoption davantage formelle que substantielle. Ce phénomène de "conformité de façade" ou de découplage voit les organisations adopter les structures et les outils prescrits sans pour autant modifier en profondeur leurs routines et pratiques quotidiennes (Bobkova, 2018). Néanmoins, cette adoption formelle, même si elle est initialement superficielle, constitue l'étape première et nécessaire qui expose l'organisation aux nouveaux dispositifs et enclenche un processus local d'interprétation et d'adaptation. La théorie de la contingence, quant à elle, postule que l'efficacité des réformes

dépend de leur alignement avec les caractéristiques organisationnelles et environnementales, telles que la taille de l'établissement, les ressources disponibles ou la culture organisationnelle (Lawrence & Lorsch, 1967 ; Otley, 1980).

Le processus d'adaptation est parfaitement capturé par le concept d'appropriation. Selon Denis et al. (2015), celui-ci désigne la manière active dont les acteurs s'emparent, façonnent et intègrent les outils de gestion à leurs logiques professionnelles. Loin d'être un simple processus mental, l'appropriation trouve sa matérialisation dans l'émergence d'une hybridation organisationnelle. Phénomène bien documenté (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000; Nafzaoui & Ferdoussi, 2024), cette hybridation représente la coexistence de logiques de gestion (performance, contrôle) et de logiques de métier (soin, éthique). Cela vient renforcer l'argument de longue date de Hood (1995) ou Pollitt & Bouckaert (2011) : sans appropriation, les outils restent des coquilles vides, incapables de faire évoluer les pratiques. Le tableau suivant détaille les différentes facettes de cette hybridation.

Tableau 1 : Formes d'hybridation organisationnelle

Forme d'hybridation	Description	Auteurs/Références
Adaptation des indicateurs	Modification selon les réalités et la culture locale	Denis et al. (2015)
Négociation des exigences	Arbitrage entre performance et valeurs professionnelles	Nafzaoui & Ferdoussi (2024)
Sélection des pratiques compatibles	Choix des outils adaptés à la mission de service public	Brunsson & Sahlin-Andersson (2000)

Source : Élaboré par l'auteur

C'est à travers cette hybridation que les outils sont rendus compatibles avec les valeurs et les besoins locaux (Rogers, 2003) et deviennent de véritables leviers d'amélioration. D'un côté, son succès est favorisé par des déterminants clés : un engagement fort des directions hospitalières et un leadership transformationnel capable de mobiliser les équipes (Chabih, 2018 ; Kotter, 1996) ainsi que des programmes de formation et d'accompagnement au changement pour les cadres (El Aoufi & Bensaïd, 2015 ; Meier & O'Toole, 2009). D'un autre côté, elle est freinée par des obstacles importants tels que la faible autonomie décisionnelle, la pénurie de ressources qualifiées (Bouabdellah et al., 2024), la surcharge administrative (Dekkaki & Elhamma, 2024)

et la résistance des professionnels de santé (Dent, 2003 ; Ferlie et al., 1996. L'influence de ces facteurs est elle-même modulée par des facteurs de contingence plus larges, liés aux caractéristiques de l'organisation et de son environnement (Lawrence & Lorsch, 1967 ; Otley, 1980). Lorsque les conditions sont favorables et que l'appropriation est réussie, elle est susceptible d'améliorer directement la performance hospitalière. Comme le détaille le tableau 2, des éléments comme la taille ou la culture de l'établissement sont déterminants.

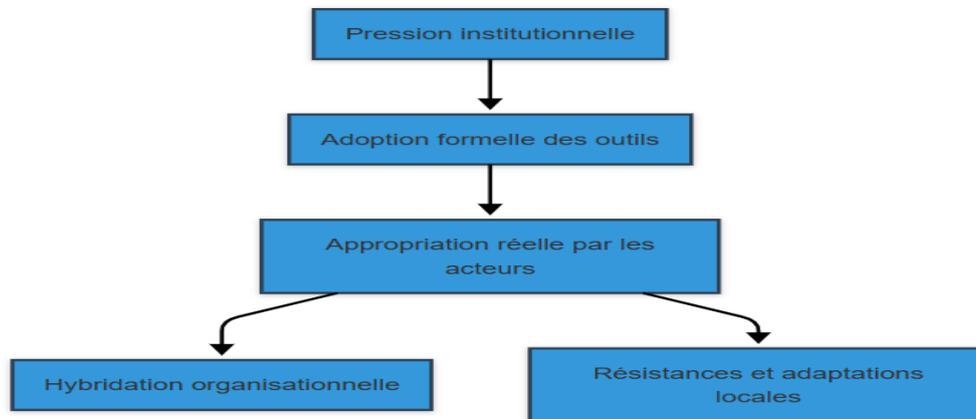
Tableau 2 : Facteurs de contingence influençant l'appropriation des outils NPM

Facteur	Effet potentiel sur l'appropriation
Taille de l'établissement	Influencer la capacité à intégrer de nouveaux outils
Autonomie de gestion	Permet ou limite l'adaptation locale
Ressources disponibles	Conditionne la faisabilité des réformes
Culture organisationnelle	Favoriser ou freiner l'innovation
Environnement institutionnel	Crée des incitations ou des contraintes

Source : Lawrence & Lorsch (1967), Otley (1980)

En combinant les arguments précédents, un modèle plus complexe émerge. Si l'adoption est souvent formelle et que l'appropriation est le véritable levier de la transformation, alors l'impact de l'adoption sur la performance n'est vraisemblablement pas direct. Il est logique de postuler que l'adoption des outils NPM n'améliore la performance que si elle est suivie d'une appropriation réelle. L'appropriation et l'hybridation jouent donc un rôle de médiateur : elles sont le mécanisme de transmission qui transforme l'input (l'adoption d'un outil) en output (l'amélioration de la performance). Comme le souligne Hassen Teufel (2022), la réussite de telles transformations dépend moins de la conformité aux prescriptions que de la capacité des institutions à articuler intelligemment les objectifs de performance avec les réalités organisationnelles et humaines. L'appropriation et l'hybridation jouent donc un rôle de médiateur : elles sont le mécanisme de transmission qui transforme l'input (l'adoption d'un outil) en output (l'amélioration de la performance).

Figure 1 : Processus d'adoption et d'appropriation des outils NPM



Source : Rogers (2003), DiMaggio & Powell (1983), Denis et al. (2015), Brunsson & Sahlin-Andersson (2000)

Cette perspective théorique met en lumière le rôle central de l'appropriation et de l'hybridation dans la transformation des outils NPM en leviers d'amélioration. Ces concepts sont essentiels pour comprendre leur impact sur la performance hospitalière, abordée dans la section suivante.

1.4. La performance hospitalière : un concept multidimensionnel

La performance hospitalière est une notion complexe et multidimensionnelle, qui ne saurait être réduite à une simple mesure de productivité ou de résultats financiers. Elle intègre, en effet, des dimensions multiples telles que l'efficacité, la qualité des soins, l'équité d'accès, la viabilité financière (Akhniif et al., 2024), ainsi que la satisfaction des usagers et des professionnels de santé. Cette approche holistique est largement reconnue dans la littérature, notamment par Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1999), qui soulignent la nécessité d'articuler plusieurs registres d'évaluation pour appréhender pleinement la performance dans les établissements hospitaliers.

L'efficacité renvoie au rapport entre les ressources mobilisées (coûts, personnel, temps) et les résultats obtenus, en termes de services de santé produits ou d'amélioration de l'état de santé des patients. Elle implique une utilisation optimale des moyens, sans gaspillage, et constitue un critère central dans les logiques de gestion inspirées du New Public Management (Berman, Hijal-Moghrabi, 2022). La qualité, pour sa part, recouvre à la fois la dimension technique des soins – leur conformité aux standards médicaux – et la perception qu'en ont les usagers, en matière d'accueil, d'information ou de confort (Arah et al., 2006). Ces deux dimensions sont désormais centrales dans les dispositifs d'évaluation hospitalière.

L'équité d'accès constitue un autre pilier fondamental de la performance hospitalière, notamment dans les systèmes de santé publics. Elle désigne la capacité de l'hôpital à offrir des soins à toutes les catégories de population, sans discrimination d'ordre géographique, social ou économique (Arah et al., 2006). Cette dimension est particulièrement critique dans les pays marqués par des inégalités territoriales, comme le Maroc.

Par ailleurs, la viabilité financière des établissements représente un critère indispensable de soutenabilité. Elle renvoie à la capacité des hôpitaux à équilibrer leurs budgets et à maintenir leur activité sans recourir excessivement à des financements exceptionnels ou à l'endettement (Sicotte et al., 1999). À cela s'ajoute la satisfaction des différentes parties prenantes – usagers, professionnels de santé, gestionnaires – dont les attentes doivent être prises en compte pour assurer l'adhésion aux réformes et maintenir la qualité du service public (Arah et al., 2006).

Plus récemment, des auteurs comme Moore (1995) et Nuti, Vainieri et Bonini (2021) ont proposé d'enrichir l'évaluation de la performance hospitalière par la notion de valeur publique. Celle-ci met l'accent sur la capacité des hôpitaux à produire des bénéfices sociétaux, à renforcer la cohésion sociale et à incarner les missions fondamentales du service public, au-delà des seuls indicateurs techniques ou économiques (Berrada et Marghich, 2023). Elle appelle à une vision plus intégrée et plus démocratique de la gestion hospitalière.

Cette définition multidimensionnelle de la performance est fondamentale pour notre étude. Elle met en lumière pourquoi une adoption mécanique d'outils NPM, souvent axés sur la seule efficacité financière ou la productivité, se heurte inévitablement à la résistance des acteurs hospitaliers. Pour ces derniers, la qualité technique des soins, l'équité d'accès ou la satisfaction des patients sont des dimensions tout aussi, sinon plus, importantes. C'est précisément dans l'arbitrage constant entre ces différentes facettes de la performance que les processus d'appropriation et d'hybridation prennent tout leur sens. Ils représentent la tentative des acteurs de concilier les nouvelles injonctions managériales avec la mission de service public et l'éthique du soin qui animent l'hôpital. De ce fait, en absence d'une intégration réelle, les outils NPM peuvent engendrer des effets pervers, comme une démotivation des professionnels ou une accentuation des inégalités territoriales, comme résumé ci-dessous.

Tableau 3 : Effets positifs et limites de l'appropriation des outils NPM

Impacts positifs	Limites et risques	Auteurs/Références
L'efficacité s'accroît	Démotivation des professionnels	Pollitt & Bouckaert (2017), Bezes et al. (2012)
Amélioration de la qualité	Conformité de façade	Propper et al. (2008), Denis et al. (2015)
Transparence et traçabilité renforcées	Accentuation des inégalités territoriales	Chabih (2018), El Aoufi & Bensaïd (2015)
Satisfaction des parties prenantes	Effets pervers sur la dynamique interne	Nuti et al. (2021), Brunsson & Sahlin-Andersson (2000)

Source : Élaboré par l'auteur

Cette revue de littérature souligne que l'appropriation et l'hybridation des outils du NPM sont essentielles pour transformer leur adoption formelle en amélioration tangible de la performance hospitalière. Influencées par des facteurs contextuels et institutionnels, ces dynamiques constituent le socle théorique de l'analyse empirique à venir.

2. Méthodologie de la recherche et analyse empirique

Cette partie présente la méthodologie adoptée pour analyser les relations entre l'adoption des outils du New Public Management (NPM), leur appropriation/hybridation organisationnelle et la performance des hôpitaux publics marocains. En s'appuyant sur une approche quantitative, cette étude teste les hypothèses formulées à partir du cadre théorique et propose une analyse rigoureuse des résultats empiriques, en tenant compte des facteurs contextuels et institutionnels.

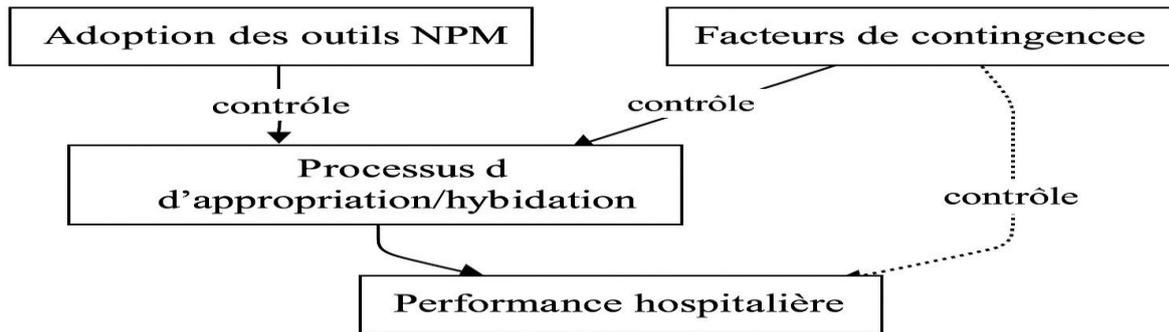
2.1. Hypothèses et modèle conceptuel de la recherche

À la lumière de la revue de littérature, trois hypothèses ont été formulées pour guider l'analyse empirique :

- **Hypothèse 1 (H1)** : L'adoption des outils et pratiques du NPM par les hôpitaux publics marocains à un effet positif sur le processus d'appropriation/hybridation organisationnelle.
- **Hypothèse 2 (H2)** : Le processus d'appropriation/hybridation organisationnelle a un effet positif sur la performance hospitalière.
- **Hypothèse 3 (H3)** : Le processus d'appropriation/hybridation organisationnelle médie la relation entre l'adoption des outils NPM et la performance hospitalière.

Le modèle conceptuel, illustré ci-dessous, formalise ces relations :

Figure 2 : Modèle conceptuel de la recherche



Source : Élaboré par l'auteur

Ce modèle structure l'analyse empirique, qui vise à tester les relations causales entre les variables tout en contrôlant les facteurs contextuels. La méthodologie adoptée est détaillée dans la section suivante.

2.2. Méthodologie de recherche

2.2.1. Démarche scientifique et paradigme épistémologique

Cette recherche adopte une approche quantitative afin d'analyser les liens entre l'adoption des outils du New Public Management (NPM), leur appropriation ou hybridation, et la performance hospitalière. Ce choix méthodologique permet de produire des données mesurables, comparables et généralisables, tout en offrant une objectivation des perceptions, des pratiques et des résultats organisationnels. Sur le plan épistémologique, l'étude s'inscrit dans un paradigme positiviste, mobilisant une logique hypothético-déductive. Inspirée des travaux en management public et en psychologie organisationnelle, elle vise à tester empiriquement des hypothèses formulées à partir d'un cadre théorique structuré. Ce dernier intègre notamment des modèles évaluant l'impact de variables latentes (Denis et al., 2015 ; Pollitt & Bouckaert, 2017). La collecte des données primaires s'appuie sur un questionnaire administré auprès des acteurs hospitaliers, permettant d'explorer les relations causales dans un contexte réel. Cette méthode garantit une analyse rigoureuse et systématique, adaptée à la complexité des phénomènes organisationnels étudiés.

Le recours à une démarche quantitative traduit la volonté d'objectiver les relations entre l'adoption des outils NPM, leur appropriation organisationnelle et la performance hospitalière, dans un environnement caractérisé par la diversité des pratiques. Le positionnement positiviste adopté repose sur l'idée que les phénomènes organisationnels sont observables, mesurables et

modélisables à partir de données empiriques structurées. Le raisonnement hypothético-déductif conduit à formuler des hypothèses fondées sur des cadres théoriques variés, tels que la diffusion de l'innovation, le néo-institutionnalisme ou la théorie de la contingence, puis à les tester par des analyses statistiques.

Cette démarche permet d'obtenir des résultats robustes, généralisables et contrôlant l'influence de facteurs contextuels, dépassant ainsi les simples analyses descriptives ou qualitatives pour proposer un modèle explicatif applicable à l'ensemble du secteur hospitalier marocain.

2.2.2. Échantillon et méthode de collecte des données

L'enquête s'est déroulée entre avril 2024 et février 2025 auprès des cadres et responsables des hôpitaux publics marocains, incluant des cadres administratifs, médecins-chefs de service, responsables qualité et membres des équipes de gestion. L'échantillon a été constitué selon une méthode raisonnée (non probabiliste), basée sur les critères suivants :

- ❖ Appartenance à l'équipe de gestion, de coordination ou de pilotage hospitalier ;
- ❖ Expérience professionnelle d'au moins deux ans au sein de l'établissement ;
- ❖ Participation directe à l'utilisation ou à la mise en œuvre d'outils NPM (tableaux de bord, indicateurs de performance, contractualisation, etc.).

Cette méthode d'échantillonnage raisonnée, bien que non probabiliste, a été délibérément choisie pour garantir que les répondants possèdent une expérience directe et une connaissance approfondie des outils et processus de réforme, une condition essentielle pour la validité des mesures perceptuelles recueillies.

Au total, 25 hôpitaux publics, couvrant des centres hospitaliers universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR) et hôpitaux provinciaux ou régionaux, ont été sélectionnés dans différentes régions du Maroc. Un total de 300 questionnaires ont été administrés, soit en présentiel (format papier), soit en ligne via un formulaire numérique sécurisé. Des relances ciblées et des explications complémentaires ont permis d'obtenir 240 questionnaires valablement complétés, soit un taux de réponse de 80 %, garantissant une fiabilité statistique satisfaisante.

Le protocole de collecte a respecté les principes éthiques, notamment l'information des participants, le consentement éclairé, la confidentialité et l'anonymat des réponses. Cette rigueur méthodologique assure la qualité des données pour les analyses ultérieures.

2.3. Opérationnalisation des variables de recherche

Les variables principales (adoption des outils NPM, appropriation/hybridation organisationnelle, performance hospitalière) et les facteurs de contingence ont été opérationnalisées à travers des échelles de mesure multidimensionnelles, basées sur la littérature existante (Morgan & Hunt, 1994 ; Meier & O’Toole, 2001).

Tableau 5 : Opérationnalisation de la variable « Adoption des outils NPM »

Code	Item
NPM1	Notre établissement utilise régulièrement des tableaux de bord pour piloter son activité
NPM2	Des indicateurs de performance sont suivis systématiquement dans nos services
NPM3	La contractualisation d’objectifs entre la direction et les services est en place
NPM4	Le contrôle budgétaire est appliqué de façon rigoureuse
NPM5	Les outils de gestion issus du secteur privé sont intégrés dans nos pratiques
NPM6	Les réunions de pilotage s’appuient sur des données chiffrées et des indicateurs
NPM7	Des démarches d’accréditation ou de certification sont engagées ou réalisées

Source : Morgan & Hunt (1994)

Tableau 6 : Opérationnalisation de la variable « Appropriation/Hybridation organisationnelle »

Code	Item
HYB1	Les outils NPM ont été adaptés aux spécificités de notre établissement
HYB2	Le personnel s’est réellement approprié les nouveaux dispositifs de gestion
HYB3	Il existe une hybridation entre les pratiques traditionnelles et les outils NPM
HYB4	L’introduction des outils NPM a été accompagnée d’une adaptation locale
HYB5	Les outils NPM sont utilisés de façon pertinente dans les décisions quotidiennes
HYB6	Une concertation entre gestionnaires et soignants a facilité l’intégration des outils NPM
HYB7	Les professionnels de santé participent à l’adaptation des outils de gestion
HYB8	Les pratiques issues du NPM coexistent avec des approches propres au secteur public

Source : Morgan & Hunt (1994)

Tableau 7 : Opérationnalisation de la variable « Performance hospitalière »

Code	Item
PF1	La qualité des soins s'est améliorée ces deux dernières années
PF2	La satisfaction des usagers est en hausse dans notre établissement
PF3	L'efficacité de gestion (rapport coûts/résultats) s'est accrue
PF4	Les délais de prise en charge des patients se sont réduits
PF5	Les ressources sont mieux utilisées et allouées
PF6	La transparence des processus de gestion s'est renforcée
PF7	Les indicateurs de performance montrent une tendance positive
PF8	L'équité d'accès aux soins s'est améliorée
PF9	Les équipes sont plus impliquées dans l'atteinte des objectifs collectifs
PF10	La réputation de l'hôpital auprès des usagers s'est améliorée

Source : Morgan & Hunt (1994)

Les facteurs de contingence ont été intégrés pour contrôler l'effet des variables contextuelles sur les relations étudiées. Ils sont opérationnalisés comme suit :

Tableau 8 : Opérationnalisation des facteurs de contingence

Code	Item	Références
CTG1	Taille de l'établissement (nombre de lits)	Meier & O'Toole (2001)
CTG2	Localisation géographique (urbaine/rurale/mixte)	Boyne (2003)
CTG3	Type d'établissement (CHU, CHR, hôpital provincial, régional...)	Ferlie et al. (1996)
CTG4	Ancienneté de l'établissement	Christensen & Lægreid (2007)
CTG5	Niveau d'autonomie managériale perçue par les équipes de direction	Moynihan & Pandey (2010)
CTG6	Profil du répondant (fonction, ancienneté, formation en management ou non)	Rainey & Steinbauer (1999)
CTG7	Pressions institutionnelles perçues (réglementaires, politiques, professionnelles)	DiMaggio & Powell (1983)
CTG8	Niveau de soutien externe (ministère, tutelle, partenariats)	Brunsson & Sahlin-Andersson (2000)

Source : Élaboré par l'auteur

Ces échelles permettent de mesurer les variables de manière robuste, en tenant compte des influences contextuelles. Les tests de validité et de fiabilité des instruments sont présentés ci-après.

2.4. Tests des échelles de mesure

Pour garantir la validité et la fiabilité des instruments, des analyses exploratoires ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 28). Ces analyses incluent l'analyse en composantes principales (ACP) pour vérifier l'unidimensionnalité des construits, le coefficient alpha de Cronbach pour évaluer la fiabilité interne, et les tests de KMO et de sphéricité de Bartlett pour confirmer l'adéquation des données à l'analyse factorielle. Les seuils d'acceptabilité sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 9 : Seuils d'acceptation des indicateurs de mesure

Indicateur	Seuil recommandé	Interprétation
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	> 0,80	Adéquation excellente pour l'analyse factorielle
Test de sphéricité de Bartlett	$p < 0,05$	Corrélations significatives entre les items
Variance expliquée par la 1ère composante	> 50 %	Bon pouvoir explicatif de la composante principale
Alpha de Cronbach	> 0,70 (satisfaisant) ; > 0,80 (très bon) ; > 0,90 (excellent)	Cohérence interne des échelles

Source : Kaiser (1974) & Bartlett (1954) & Hattie (1985) & Nunnally & Bernstein (1994).

Ces tests assurent la robustesse des instruments pour les analyses statistiques, détaillées dans la section suivante.

3. Résultats et discussion

3.1. Analyse des tests de validité et de fiabilité des instruments de mesure

3.1.1. Analyse de l'unidimensionnalité par ACP

L'analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée pour vérifier que chaque échelle mesure un construit latent unique, conformément à Hattie (1985). Les résultats, présentés ci-dessous, confirment l'unidimensionnalité des variables.

Tableau 10 : Variance totale expliquée et valeurs propres

Variable	Nb d'items	Valeur propre	% Variance expliquée
Adoption des outils NPM	7	5,23	74,71 %
Appropriation / Hybridation organisationnelle	8	4,89	61,13 %
Performance hospitalière	10	5,17	51,70 %

Source : Output SPSS 28

Toutes les variables dépassent le seuil de 50 % de variance expliquée par la première composante, confirmant leur unidimensionnalité. L'adoption des outils NPM montre une forte homogénéité (74,71 %), tandis que la performance hospitalière, bien que légèrement moins unidimensionnelle (51,70 %), reflète sa nature multidimensionnelle (qualité, efficacité, satisfaction, etc.). Ces résultats valident la structure factorielle des échelles pour les analyses ultérieures.

3.1.2. Validité des items (KMO et Bartlett)

Tableau 11 : Indice KMO et test de Bartlett

Variable	KMO	Bartlett (χ^2)	ddl	Signification
Adoption des outils NPM	0,86	1021,45	21	< 0,001
Appropriation/Hybridation organisationnelle	0,90	1455,32	28	< 0,001
Performance hospitalière	0,85	1234,67	45	< 0,001

Source : Output SPSS 28

Les valeurs KMO supérieures à 0,80 indiquent une excellente adéquation des données pour l'analyse factorielle. Le test de sphéricité de Bartlett, significatif ($p < 0,001$) avec des valeurs élevées de χ^2 , confirme des corrélations significatives entre les items, renforçant la robustesse des échelles.

3.1.3. Fiabilité des échelles (Alpha de Cronbach)

Tableau 12 : Test de fiabilité des échelles

Variable	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Adoption des outils NPM	0,912	7
Appropriation/Hybridation organisationnelle	0,895	8
Performance hospitalière	0,855	10

Source : Output SPSS 28

Les alphas de Cronbach, tous supérieurs à 0,7, confirment la cohérence interne des échelles, avec des valeurs indiquant une fiabilité satisfaisante à excellente. Les coefficients Alpha de Cronbach, tous supérieurs à 0,85, attestent d'une cohérence interne et d'une fiabilité excellente des trois construits, légitimant la suite des analyses.

3.2. Statistiques descriptives

Tableau 13 : Statistiques descriptives des variables composites

Variable	Moyenne	Écart-type	Min	Max
Adoption des outils NPM	3,45	0,72	1,5	5,0
Appropriation/Hybridation organisationnelle	3,05	0,80	1,0	5,0
Performance hospitalière	3,15	0,70	1,5	4,5

Source : Output SPSS 28

Les moyennes, proches de 3 sur une échelle de 1 à 5, reflètent une perception modérée des trois construits. L'adoption des outils NPM ($M = 3,45$) est mieux perçue que l'appropriation ($M = 3,05$), suggérant un décalage entre l'introduction formelle des outils et leur intégration réelle. La performance hospitalière ($M = 3,15$) indique des améliorations perçues, mais limitées, soulignant la nécessité d'une appropriation effective.

3.3. Analyse des corrélations

Tableau 14 : Matrice des corrélations de Pearson ($p < 0,01$)

	Adoption NPM	Appropriation	Performance
Adoption NPM	1	0,57**	0,45**
Appropriation	0,57**	1	0,62**
Performance	0,45**	0,62**	1

Source : Output SPSS 28

La corrélation la plus forte est observée entre l'appropriation et la performance ($r = 0,62$, $p < 0,01$), suggérant que l'intégration des outils NPM dans les pratiques est un déterminant clé de la performance. La corrélation plus faible entre l'adoption NPM et la performance ($r = 0,45$, $p < 0,01$) indique que l'adoption formelle seule n'explique pas pleinement les améliorations, renforçant l'hypothèse d'un effet médiateur de l'appropriation.

3.4. Analyse de la médiation (PROCESS Model 4 de Hayes)

L'analyse de médiation, réalisée via le modèle 4 de Hayes avec 5000 itérations Bootstrap, teste l'effet médiateur de l'appropriation/hybridation sur la relation entre l'adoption NPM et la performance hospitalière.

3.4.1. Régressions principales

- **Régression 1 : Appropriation/Hybridation ← Adoption NPM**

Tableau 15 : Appropriation/Hybridation prédite par l'Adoption NPM

Variable indépendante	Bêta (β)	t	p-value	R ²
Adoption NPM	0,58	11,3	< 0,001	0,33

Source : Output SPSS 28

L'adoption des outils NPM explique 33 % de la variance de l'appropriation, avec un effet significatif ($p < 0,001$), confirmant que l'introduction des outils favorise leur adaptation locale.

- **Régression 2 : Performance hospitalière ← Adoption NPM**

Tableau 16 : Performance hospitalière prédite par l'Adoption NPM

Variable indépendante	Bêta (β)	t	p-value	R ²
Adoption NPM	0,32	5,2	< 0,001	0,20

Source : Output SPSS 28

L'adoption NPM a un effet direct significatif sur la performance, mais explique seulement 20 % de la variance, suggérant l'influence d'autres facteurs.

- **Régression 3 : Performance hospitalière ← Adoption NPM + Appropriation/Hybridation**

Tableau 17 : Performance hospitalière prédite conjointement par l'Adoption NPM et l'Appropriation/Hybridation

Variable indépendante	Bêta (β)	t	p-value
Adoption NPM	0,12	1,8	0,073
Appropriation/Hybridation	0,55	9,8	< 0,001
R² total	0,46		

Source : Output SPSS 28

Lorsque l'appropriation est incluse, l'effet direct de l'adoption devient non significatif ($p = 0,073$), tandis que l'appropriation exerce un effet fort et significatif ($\beta = 0,55$, $p < 0,001$). Le modèle explique 46 % de la variance de la performance, suggérant un effet médiateur.

3.4.2. Effet indirect (médiation) – Bootstrap 5000 répétitions

Tableau 18 : Effets directs, indirects (modèle de médiation Bootstrap 5000 itérations)

Effet	Valeur estimée	IC 95 %	p-valeur	Interprétation
Effet indirect (a × b)	0,32	[0,22 ; 0,42]	< 0,001	L'appropriation/hybridation médie significativement la relation entre adoption NPM et performance hospitalière.
Effet direct (c')	0,12	[-0,01 ; 0,25]	0,073	L'effet direct n'est pas significatif : l'adoption NPM n'a pas d'effet direct sur la performance lorsqu'on tient compte de l'appropriation.
Effet total (c)	0,44	[0,34 ; 0,54]	< 0,001	L'effet total est significatif, indiquant une relation globale entre adoption NPM et performance hospitalière.

Source : Élaboré par l'auteur à l'aide des sorties SPSS 28

L'effet indirect significatif ($p < 0,001$) et l'effet direct non significatif ($p = 0,073$) confirment une médiation totale : l'impact de l'adoption NPM sur la performance passe entièrement par l'appropriation. Le résultat central de notre analyse réside dans la confirmation d'une médiation totale. L'effet de l'adoption des outils NPM sur la performance ($c' = 0,12$, $p = 0,073$) devient statistiquement non significatif lorsque l'appropriation est prise en compte, alors que l'effet indirect ($a*b = 0,32$) est, lui, significatif et robuste. Cela démontre que l'adoption seule ne suffit pas ; son impact sur la performance passe quasi exclusivement par le processus d'appropriation et d'hybridation par les acteurs.

3.5. Analyse des variables de contrôle (facteurs de contingence)

Afin de vérifier la robustesse de notre modèle, nous avons conduit une régression multiple finale sur la performance hospitalière. Cette analyse inclut les variables indépendantes principales (Adoption NPM, Appropriation) ainsi que les facteurs de contingence les plus pertinents (Taille, Autonomie, Ressources, Culture organisationnelle) comme variables de contrôle. L'objectif est de s'assurer que l'effet médiateur de l'appropriation persiste même après

avoir pris en compte l'influence de ces variables contextuelles. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 19 : Performance hospitalière prédite par l'Adoption NPM, l'Appropriation et les variables de contrôle

Variable	Bêta (β)	t-value	p-value
Adoption NPM	0,10	1,6	0,113
Appropriation	0,53	9,5	< 0,001
Taille de l'établissement	0,15	2,2	0,028
Autonomie	0,22	3,1	0,002
Ressources	0,08	1,3	0,198
Culture organisationnelle	0,18	2,5	0,012

Source : Output SPSS 28

L'analyse de ces résultats confirme la grande robustesse de notre modèle. L'effet de l'appropriation sur la performance reste fortement significatif ($\beta = 0,53$, $p < 0,001$) tandis que celui de l'adoption reste non significatif ($p = 0,113$). La médiation est donc bien confirmée. De plus, l'analyse des variables de contrôle apporte des éclairages riches. La taille de l'établissement ($p = 0,028$), l'autonomie de gestion perçue ($p = 0,002$) et la culture organisationnelle ($p = 0,012$) influencent significativement et positivement la performance. Cela suggère que les réformes ont plus de chances de réussir dans les grands hôpitaux, potentiellement mieux structurés, et surtout dans ceux où la culture est propice au changement et où les gestionnaires jouissent d'une réelle autonomie.

Enfin, il est particulièrement notable que le niveau de ressources disponibles n'apparaisse pas comme un prédicteur direct de la performance dans ce modèle ($p = 0,198$). Cela ne signifie pas que les ressources sont sans importance, mais pourrait indiquer que la manière dont elles sont gérées et mobilisées (ce qui est capturé par les variables d'autonomie et de culture) est un facteur plus déterminant que leur montant brut.

L'analyse empirique valide nos trois hypothèses de recherche et confirme le rôle central de l'appropriation dans le contexte hospitalier marocain. Le résultat le plus saillant est la confirmation d'une médiation totale : l'adoption des outils NPM n'améliore la performance hospitalière qu'à condition d'être intégrée et adaptée aux réalités locales par les acteurs hospitaliers. En effet, l'appropriation/hybridation organisationnelle exerce un effet direct et

significatif sur la performance ($\beta = 0,55$, $p < 0,001$), tandis que l'effet direct de l'adoption devient non significatif ($\beta = 0,12$, $p = 0,073$) lorsque l'appropriation est prise en compte. Ce mécanisme est confirmé par un effet indirect significatif ($a \times b = 0,32$, IC 95 % [0,22 ; 0,42], $p < 0,001$), attestant de la robustesse du modèle.

Le coefficient de détermination ($R^2 = 0,46$) dans le modèle de régression incluant l'adoption et l'appropriation montre que 46 % de la variance observée dans la performance hospitalière peut être expliquée par ces deux variables. Plus précisément, l'appropriation/hybridation organisationnelle exerce un effet direct significatif ($\beta = 0,55$, $p < 0,001$), tandis que l'effet direct de l'adoption devient non significatif ($\beta = 0,12$, $p = 0,073$) lorsque l'appropriation est prise en compte. Ce résultat confirme une médiation totale, comme illustré par l'effet indirect significatif ($a \times b = 0,32$, IC 95 % [0,22 ; 0,42], $p < 0,001$).

L'adoption des outils NPM n'améliore la performance hospitalière qu'à condition d'être intégrée et adaptée aux réalités locales par les acteurs hospitaliers. Le R^2 ajusté (0,45), très proche du R^2 , atteste de la robustesse du modèle, même en tenant compte de la taille de l'échantillon ($N = 240$) et des variables de contrôle (taille, autonomie, culture organisationnelle).

Ces résultats valident les trois hypothèses de recherche :

- ✓ **H1** : L'adoption des outils NPM favorise leur appropriation/hybridation organisationnelle.
- ✓ **H2** : L'appropriation/hybridation organisationnelle améliore la performance hospitalière.
- ✓ **H3** : L'appropriation/hybridation médie la relation entre l'adoption des outils NPM et la performance hospitalière.

Ils rejoignent les conclusions de la revue de littérature, notamment les travaux de Denis et al. (2015), qui soulignent que l'appropriation réelle des outils de gestion dépasse la simple conformité formelle, et ceux de Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000, qui mettent en avant l'importance de l'hybridation organisationnelle pour concilier logiques gestionnaires et professionnelles. Par ailleurs, les analyses descriptives révèlent un niveau modéré d'appropriation ($M = 3,05$, $\sigma = 0,80$) et de performance ($M = 3,15$, $\sigma = 0,70$), inférieur à celui de l'adoption ($M = 3,45$, $\sigma = 0,72$). Cela corrobore l'idée d'un décalage entre l'introduction formelle des outils NPM (86 % des hôpitaux utilisent des tableaux de bord, 79 % appliquent des indicateurs de performance) et leur intégration effective dans les pratiques quotidiennes

(seulement 54 % des cadres estiment que ces outils sont adaptés localement, 60 % notent une collaboration interprofessionnelle).

Ce déficit d'appropriation s'explique par plusieurs facteurs contextuels identifiés dans l'enquête. Par exemple, 72 % des répondants signalent un manque de ressources humaines qualifiées, 68 % pointent une culture bureaucratique dominante, et 65 % déplorent un manque de formation continue pour accompagner le changement. De plus, 74 % des cadres estiment que l'autonomie managériale est limitée par des pressions institutionnelles, ce qui freine l'adaptation des outils. Ces contraintes, cohérentes avec les travaux de Chabih (2018) et de Dekkaki & Elhamma (2024), reflètent les défis structurels du contexte marocain. Ces défis sont aujourd'hui au cœur de la réussite de la nouvelle réforme. Notre étude montre que sans une politique volontariste pour renforcer la formation, l'autonomie managériale et la culture de collaboration, les nouveaux Groupements Sanitaires Territoriaux risquent de reproduire le même décalage entre l'adoption formelle de nouveaux statuts et l'appropriation réelle de nouvelles pratiques managériales. En contrepoint, 70 % des répondants reconnaissent que le leadership participatif et l'implication des soignants favorisent l'appropriation, corroborant les conclusions de Bouabdellah et al. (2024).

Ces observations s'inscrivent dans les cadres théoriques de la psychologie organisationnelle (Denis et al., 2015) et de l'institutionnalisme (DiMaggio & Powell, 1983), qui insistent sur l'importance des dynamiques internes et des pressions contextuelles. Elles rejoignent également les études internationales, telles que celles de Pollitt & Bouckaert (2017) et Propper et al. (2008), qui montrent que les réformes NPM sont plus efficaces lorsqu'elles s'appuient sur une adaptation locale. Les propres rapports du Ministère de la Santé (2019, 2022,2023) confirment d'ailleurs que les hôpitaux marocains ayant investi dans des programmes de formation et d'accompagnement au changement enregistrent de meilleures performances.

Conclusion et perspectives

Cette recherche met en évidence l'impact positif mais conditionnel de l'adoption des outils du New Public Management sur la performance des hôpitaux publics marocains. Les résultats empiriques confirment que l'appropriation et l'hybridation organisationnelle constituent la pierre angulaire de cette transformation. Lorsque les outils NPM, tels que les tableaux de bord, la contractualisation ou les indicateurs de performance, sont adaptés aux réalités locales et intégrés par les acteurs hospitaliers, ils contribuent significativement à améliorer la qualité des soins, l'efficacité et la satisfaction des usagers. À l'inverse, une adoption purement formelle, sans prise en compte des contraintes contextuelles (ressources limitées, culture bureaucratique, manque d'autonomie), peut engendrer des résistances ou une conformité de façade, limitant l'impact des réformes.

Les décideurs hospitaliers et politiques marocains ont un rôle clé à jouer pour maximiser les bénéfices des réformes NPM. En investissant dans la formation des cadres, en renforçant l'autonomie des établissements et en favorisant la collaboration entre gestionnaires et soignants, ils peuvent encourager une appropriation effective des outils. La transparence dans la gestion des ressources et la communication des résultats aux parties prenantes sont également essentielles pour légitimer ces réformes et réduire les résistances professionnelles. En outre, les facteurs de contingence, tels que la taille des établissements et la culture organisationnelle, doivent être pris en compte pour concevoir des stratégies adaptées à chaque contexte hospitalier. L'instauration d'un système d'appropriation et d'hybridation organisationnelle dans les hôpitaux publics marocains repose sur plusieurs facteurs clés :

- **Formation et accompagnement** : Développer des programmes de formation continue pour les cadres et soignants, axés sur les outils NPM et leur adaptation locale, afin de renforcer leurs compétences et leur adhésion.
- **Autonomie managériale** : Accorder une plus grande autonomie aux établissements pour expérimenter et personnaliser les outils, tout en alignant leurs objectifs avec les politiques nationales.
- **Collaboration interprofessionnelle** : Favoriser le dialogue entre gestionnaires, médecins et infirmiers pour coconstruire des pratiques hybrides, conciliant logiques gestionnaires et cliniques.
- **Transparence et communication** : Informer régulièrement les parties prenantes (personnel, usagers) sur l'utilisation des ressources et les résultats des réformes, pour renforcer leur légitimité.

- **Investissement dans les ressources** : Allouer des ressources humaines et matérielles suffisantes pour soutenir la mise en œuvre des outils NPM, notamment dans les zones rurales.
- **Évaluation continue** : Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation pour mesurer l'impact des réformes et ajuster les stratégies en fonction des résultats.

Bien que cette étude ait mis l'accent sur l'appropriation comme facteur déterminant de la performance hospitalière, d'autres variables contextuelles et organisationnelles influencent ce phénomène. Par exemple, les travaux de Lawrence & Lorsch (1967) et Otley (1980) identifient des facteurs tels que la complexité organisationnelle, les pressions institutionnelles et les dynamiques interpersonnelles comme des déterminants clés. Dans ce sens, des recherches futures pourraient explorer :

- ✚ Une comparaison inter-régionale au Maroc pour identifier les variations dans l'impact des réformes selon les contextes urbains et ruraux.
- ✚ Une étude longitudinale sur l'appropriation des nouveaux outils de gouvernance au sein d'un ou plusieurs Groupements Sanitaires Territoriaux.
- ✚ L'influence de facteurs individuels, tels que la motivation des cadres ou l'engagement des soignants, sur l'appropriation des outils.
- ✚ Une évaluation de l'impact de la généralisation de l'AMO sur la culture de performance des hôpitaux publics.
- ✚ Une étude qualitative pour approfondir les perceptions des acteurs hospitaliers face aux réformes NPM.

En somme, l'appropriation et l'hybridation organisationnelle sont cruciales pour garantir le succès des réformes NPM dans les hôpitaux publics marocains. Ces dynamiques permettent non seulement d'améliorer la performance hospitalière, mais aussi de renforcer la capacité des établissements à répondre aux attentes des usagers et aux défis du développement socio-économique du Maroc.

Références bibliographiques

- Akhnif, E. H., Belmadani, A., Mataria, A., & Bigdeli, M. (2024). UHC in Morocco: a bottom-up estimation of public hospitals' financing size based on a costing database. *Health Economics Review*, 14, 25.
- Akinwale, O. E., & Kuye, O. L. (2023). Ouchi's management model relevance to healthcare management efficiency among government tertiary hospitals during the COVID-19 pandemic season in Lagos state, Nigeria. *Technological Sustainability*, 2(1), 20-43.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., Ten Asbroek, A. H., & Custers, T. (2006). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 377–398.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*. Paris: La Découverte.
- Berman, E. M., & Hijal-Moghrabi, I. (2022). *Performance and Innovation in the Public Sector : Managing for results*. Routledge.
- Berrada, H., & Marghich, A. (2023). Performance hospitalière : État de l'art. *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit*, 7(1).
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., & Normand, R. (2012). New public management et professions dans les organisations publiques. *Sociologies pratiques*, 25(2), 9–22.
- Bobkova, E. (2018). The Use of New Public Management in Healthcare. Lessons for Transition Economies. *Journal of Management and Strategy*, 9(1), 78–87.
- Bouabdellah, M., & Ferdoussi, M. (2024). Management hospitalier au Maroc : défis et perspectives. *Revue Marocaine de Gestion Publique*, 29(1), 45–62.
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721–746.
- Chabih, Y. (2018). L'hôpital public au Maroc : entre transition institutionnelle et recomposition des pratiques professionnelles. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(3), 134–145.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059–1066.
- Dekkaki, A. C., & Elhamma, A. (2024). The contribution and impact of management control on the performance of public hospitals in Morocco: moving beyond the "New Public Management". *Revue Internationale du Chercheur*, 5(2).

- Denis, J. L., Ferlie, E., & Van Gestel, N. (2015). Understanding hybridity in public organizations. *Public Administration*, 93(2), 273–289.
- Dent, M. (2003). *Remodelling hospitals and health professions in Europe: Medicine, nursing and the state*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- El Aoufi, N., & Bensaïd, M. (2015). *Modernisation des services publics au Maroc : entre injonction managériale et inertie institutionnelle*.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Harfaoui, W., Belyamani, L., Zentar, A., Lekehal, B., & Obtel, M. (2024). The New Reform of the National Health System in Morocco: An Opportunity to Meet the Challenges and Improve the Practice of Anesthesiology.
- Hassen Teufel, P. (2022). Comment les politiques publiques changent-elles ? Une perspective pragmatique sur la réforme de l'hôpital. *Revue française de science politique*, 72(2), 267–290.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), 93–109.
- Kirkpatrick, I., Dent, M., & Jespersen, P. K. (2011). The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*, 59(4), 489–506.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business Press.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Boston: Harvard Business School Press.
- Meier, K. J., & O’Toole, L. J. (jr.). (2001). Managerial strategies and behavior in networks: A model with evidence from US public education. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 271–294.
- Meier, K. J., & O’Toole, L. J. (jr.). (2009). The proverbs of new public management: Lessons from an evidence-based research agenda. *The American Review of Public Administration*, 39(1), 4–22.
- Ministère de la Santé. (2012). *Stratégie nationale de développement du secteur hospitalier 2012–2016*. Royaume du Maroc.

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2019). Plan Santé 2025 : Modernisation du système de santé au Maroc. Royaume du Maroc.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2023). Revue du ministère de la santé et de la protection sociale : Réalisations phares 2022/2023. Royaume du Maroc.
- Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20–38.
- Nafzaoui, H., & Ferdoussi, M. (2024). Hybridation et performance : étude des réformes hospitalières au Maghreb. *Revue Nord-Africaine de Gestion Publique*, 3(1), 55–74.
- Nuti, S., Vainieri, M., & Bonini, A. (2021). Public value in health care: A new approach to performance measurement. *Health Policy*, 125(2), 167–172.
- Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting: Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413–428.
- Pierre, J. (2000). *Debating governance: Authority, steering, and democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: A comparative analysis—New public management, governance, and the neo-Weberian state*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis—Into the Age of Austerity* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., & Windmeijer, F. (2008). Did ‘targets and terror’ reduce waiting times in the English NHS? *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 8(2), Article 5. <https://doi.org/10.2202/1935-1682.1863>
- Rainey, H. G., & Steinbauer, P. (1999). Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 9(1), 1–32.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.).
- Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A. P. (1999). A conceptual framework for the analysis of performance in health care organizations. *Health Services Management Research*, 12(4), 253–268.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), 755–778.