

DE LA DONNÉE À LA DÉCISION STRATÉGIQUE : LA GOUVERNANCE DE L'INFORMATION AU SERVICE DU PILOTAGE DE L'HÔPITAL PUBLIC MAROCAIN

**FROM DATA TO STRATEGIC DECISION-MAKING: INFORMATION
GOVERNANCE IN THE STEERING OF THE MOROCCAN PUBLIC
HOSPITAL.**

– **AUTEUR 1** : KOUKOU Laila,

(1) : Docteure en Sciences de Gestion, Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche et d'Études en Management des Organisations et Droit de l'Entreprise (LIRE-MD), Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.



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

Pour citer cet article : KOUKOU Laila (2026) « DE LA DONNÉE À LA DÉCISION STRATÉGIQUE : LA GOUVERNANCE DE L'INFORMATION AU SERVICE DU PILOTAGE DE L'HÔPITAL PUBLIC MAROCAIN »,

IJAME : Volume 02, N° 22 | Pp: 289 – 313.



DOI : 10.5281/zenodo.23100285

Copyright © 2026 – IJAME

RÉSUMÉ :

Face à la transformation numérique du secteur de la santé, la maîtrise de l'information est devenue un enjeu central du management hospitalier : l'hôpital public marocain produit une masse importante de données, sans que leur disponibilité garantisse leur transformation en ressources décisionnelles utiles. Distinguant la gouvernance des données, centrée sur la qualité et la responsabilité des données, de la gouvernance de l'information, qui organise leur circulation, leur partage et leur usage dans la décision, cet article interroge la gouvernance de l'information dans le pilotage du CHU de Marrakech, à partir d'une étude qualitative interprétativiste fondée sur quarante entretiens semi-directifs, traités par analyse lexicale (méthode Reinert, logiciel ALCESTE). Les résultats révèlent une gouvernance de l'information structurellement éclatée : l'information stratégique et budgétaire, centralisée, reste déconnectée du suivi opérationnel des besoins et des consommables, géré localement de façon peu informatisée. Au-delà du clivage classique entre logiques médicale et gestionnaire, l'étude met en évidence une césure verticale au sein même de la sphère gestionnaire, entre niveau stratégique et niveau opérationnel. Cette fragmentation freine la transformation de la donnée en information mobilisable pour la décision, d'où la nécessité de passer d'une logique de collecte à une logique de valorisation stratégique de l'information, portée par les opportunités du progrès technologique et par l'appropriation des outils par les acteurs.

Mots clés : gouvernance des données ; système d'information hospitalier ; contrôle de gestion ; bureaucratie professionnelle ; théorie de la structuration ; analyse lexicale ; Maroc.

ABSTRACT:

Amid the digital transformation of the healthcare sector, mastering information has become a central issue in hospital management: Moroccan public hospitals generate substantial amounts of data, yet this availability does not guarantee its conversion into useful decision-making resources. Distinguishing data governance, which focuses on the quality of data and on accountability for it, from information governance, which organizes how information circulates, is shared and is used in decision-making, this article examines information governance in the steering of the Marrakech University Hospital Center. It draws on an interpretivist qualitative study based on forty semi-structured interviews, analyzed through lexical analysis using the ALCESTE software. The findings reveal a structurally fragmented information governance: strategic and budgetary information, though centralized, remains disconnected from the operational monitoring of needs and consumables, which is managed locally in a largely non-digitized manner. Beyond the well-known divide between medical and managerial logics, the study highlights a vertical split within the managerial sphere itself, between the strategic and the operational levels. This fragmentation hinders the transformation of data into information that can genuinely be mobilized for decision-making, hence the need to shift from a logic of data collection to one of strategic value creation from information, supported by technological progress and by the effective appropriation of tools by users.

Key words: data governance; hospital information system; management control; professional bureaucracy; structuration theory; lexical analysis; Morocco.

1 INTRODUCTION

Le progrès technologique et la diffusion des outils numériques ont profondément reconfiguré la manière dont les organisations produisent, stockent et exploitent leurs données (Reix et al., 2016). Le secteur de la santé n'échappe pas à ce mouvement : l'hôpital public constitue aujourd'hui une organisation intensément productrice de données. Activité médicale, mouvements de patients, prescriptions, consommations de médicaments, dépenses, marchés publics, effectifs, équipements : chaque fonction génère quotidiennement des traces informationnelles susceptibles, en principe, d'éclairer la décision. Pourtant, l'expérience des établissements montre que l'abondance de la donnée ne se traduit pas mécaniquement par une amélioration du pilotage. Entre la donnée brute et l'information utile à l'action managériale s'interpose tout un travail d'organisation, de mise en forme, de circulation et d'appropriation qui reste largement invisible et inégalement maîtrisé (Davenport et Prusak, 1998). Dans le secteur hospitalier, cette transformation s'inscrit plus largement dans un mouvement de diffusion internationale de normes de gouvernance et d'outils managériaux qui reconfigure les modalités de pilotage des établissements (Mordelet, 2009).

Cette gradation entre donnée, information et connaissance est un acquis classique du champ des systèmes d'information (Ackoff, 1989 ; Tuomi, 2000). Elle rappelle qu'une donnée n'acquiert de valeur décisionnelle qu'une fois contextualisée, reliée et interprétée. Or la décision organisationnelle s'exerce dans des conditions de rationalité limitée (Simon, 1997) : le décideur ne mobilise jamais toute l'information disponible, mais seulement celle qui lui parvient sous une forme accessible et intelligible au moment opportun. La qualité de l'information, sa disponibilité et son partage conditionnent donc directement la qualité des décisions, ce que confirme la littérature sur le succès des systèmes d'information (DeLone et McLean, 2003).

Ce constat déplace le regard : il ne s'agit plus seulement de savoir si l'hôpital dispose de données, mais de comprendre comment l'information qui en est tirée est gouvernée, c'est-à-dire produite selon quelles règles, partagée entre quels acteurs, transformée par quels dispositifs et mobilisée dans quels processus de décision. Deux notions voisines, souvent employées indistinctement, doivent ici être distinguées. La gouvernance des données désigne la répartition des droits de décision et des responsabilités relatifs aux données en tant qu'actifs : qualité, métadonnées, accès, cycle de vie (Khatri et Brown, 2010 ; Otto, 2011 ; Abraham et al., 2019). La gouvernance de l'information est plus large : elle porte sur l'information, c'est-à-dire la donnée contextualisée et interprétée, et englobe les règles, les circuits et les responsabilités qui en organisent la production, la circulation, le partage et l'usage dans la décision (Kooper et al., 2011 ; Tallon et al., 2013). La

première constitue une composante de la seconde. Cet article retient la gouvernance de l'information comme concept central, car la question posée n'est pas d'abord celle de la qualité technique des données, mais celle de leur transformation en ressource mobilisable pour décider ; l'expression « gouvernance des données » n'est employée que pour désigner ce niveau plus technique. Longtemps cantonnée aux fonctions techniques, cette gouvernance s'est imposée comme un objet de management à part entière. Elle articule une dimension technique, une dimension organisationnelle et une dimension politique, et devient, à l'hôpital, une composante essentielle du pilotage, au croisement des systèmes d'information, des pratiques de gestion et des rapports entre groupes professionnels (Lorino, 2003).

Le cas de l'hôpital public marocain donne à cette question une acuité particulière. En tant que bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), l'hôpital juxtapose des mondes faiblement intégrés dont les logiques informationnelles diffèrent (Glouberman et Mintzberg, 2001). Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), doté de l'autonomie financière et de missions multiples, soins, enseignement, recherche, y occupe une position singulière : il gère son budget de façon relativement autonome tout en restant soumis à de fortes contraintes de tutelle. Comprendre comment l'information y circule, et pourquoi elle circule mal, suppose de saisir les pratiques concrètes des acteurs, ce à quoi la théorie de la structuration de Giddens (1987) offre un cadre approprié. Dans le contexte marocain, les travaux récents sur le contrôle de gestion hospitalier soulignent également l'importance croissante des dispositifs de pilotage dans l'amélioration de la performance des hôpitaux publics (Cherkaoui Dekkaki et Elhamma, 2024).

Le présent article vise à analyser la place de la gouvernance de l'information dans le pilotage de l'hôpital public marocain et à comprendre comment les données produites par l'organisation sont, ou ne sont pas, mobilisées comme ressources pour la décision stratégique. Il retient l'hypothèse d'une lecture de la donnée non comme simple ressource technique, mais comme ressource organisationnelle et stratégique dont la valeur dépend des mécanismes de production, de circulation, de partage et d'appropriation. La problématique se formule ainsi : **comment la gouvernance de l'information constitue-t-elle un levier de pilotage et de décision stratégique dans l'hôpital public marocain ?**

L'article entend apporter une triple contribution. À la littérature sur la gouvernance des données et de l'information, dominée par des cadres normatifs de conception élaborés principalement dans des entreprises privées (Weber et al., 2009 ; Khatri et Brown, 2010 ; Abraham et al., 2019), il apporte une lecture de cette gouvernance en pratique, reconstruite à partir des discours des acteurs

d'une organisation publique professionnelle. À la littérature sur le contrôle de gestion hospitalier, largement centrée sur les outils et sur la conciliation des logiques médicale et économique (Nobre, 2004 ; Nobre et Haouet, 2011), il montre qu'en amont de cette conciliation se pose un problème de circulation de l'information qui scinde la sphère gestionnaire elle-même entre un pôle stratégique et un pôle opérationnel. Aux travaux sur la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982 ; Glouberman et Mintzberg, 2001), qui décrivent une segmentation horizontale entre mondes professionnels, il ajoute une césure verticale entre niveaux de décision, et en propose une objectivation lexicale.

Pour traiter cette question, l'article s'appuie sur les résultats d'une recherche doctorale qualitative menée au CHU de Marrakech, en réinterrogeant le matériau empirique sous l'angle spécifique de l'information et de sa gouvernance. La section 2 établit le cadre théorique en mobilisant la littérature sur la donnée comme ressource stratégique, la gouvernance de l'information, le pilotage et l'appropriation des outils de gestion au sein des bureaucraties professionnelles, et précise ce que chacun de ces cadres permet d'expliquer. La section 3 expose le dispositif méthodologique, fondé sur l'analyse lexicale d'un corpus d'entretiens. La section 4 restitue et discute les résultats, en montrant comment une gouvernance de l'information éclatée entre niveaux organisationnels fragilise la transformation de la donnée en information stratégiquement mobilisable.

2 REVUE DE LA LITTERATURE

2.1 DE LA DONNEE A L'INFORMATION STRATEGIQUE : UN DEPLACEMENT CONCEPTUEL

La distinction entre donnée, information et connaissance structure de longue date la réflexion sur les systèmes d'information. Dans la hiérarchie proposée par Ackoff (1989), la donnée désigne une trace élémentaire, un fait brut dépourvu de signification en soi ; elle ne devient information que lorsqu'elle est contextualisée, mise en relation et interprétée en vue d'une action ; la connaissance, enfin, correspond à la capacité d'en tirer des règles d'action. Tuomi (2000) a montré que cette hiérarchie fonctionne aussi à rebours : ce sont souvent les cadres de connaissance préalables qui déterminent quelles données sont jugées pertinentes et méritent d'être saisies. Cette gradation a une conséquence décisive pour le management : posséder des données ne revient pas à disposer d'informations, et disposer d'informations ne suffit pas à produire des décisions éclairées (Davenport et Prusak, 1998).

La valeur d'usage de la donnée se construit ainsi dans les opérations de tri, d'agrégation, de mise en forme et de partage qui l'accompagnent tout au long de son cycle de vie (Reix et al., 2016).

Dans cette perspective, la donnée cesse d'être un objet purement technique pour devenir une ressource organisationnelle et stratégique, participant à ce que l'on peut nommer le capital informationnel de l'organisation. Mais, à la différence des ressources humaines ou financières, l'information possède des propriétés singulières : elle ne se consomme pas par l'usage, sa valeur dépend fortement du moment et du destinataire, et elle peut être simultanément abondante et inexploitable. C'est précisément cet écart, entre un stock de données potentiellement volumineux et une capacité effective à en tirer de l'information pour décider, qui justifie de penser la gouvernance de l'information comme un objet de gestion à part entière.

2.2 GOUVERNANCE DES DONNEES ET GOUVERNANCE DE L'INFORMATION : DISTINCTION ET DIMENSIONS

La gouvernance des données peut se définir comme l'ensemble des règles, des rôles et des responsabilités qui organisent les décisions relatives aux données : leurs principes d'usage, leur qualité, leurs métadonnées, leur accès et leur cycle de vie (Khatri et Brown, 2010). Otto (2011) souligne qu'elle relève d'une conception organisationnelle, définissant la répartition des droits de décision et des responsabilités relatifs aux actifs de données, bien au-delà de la seule infrastructure technique ; Weber, Otto et Österle (2009) montrent qu'il n'existe pas de modèle unique et que sa configuration dépend du contexte de l'organisation. La revue d'Abraham, Schneider et vom Brocke (2019) confirme que ce champ s'est surtout construit autour de cadres normatifs de conception.

La gouvernance de l'information déplace la focale de la donnée vers l'information, c'est-à-dire vers la donnée devenue signifiante pour un destinataire et pour une décision. Kooper, Maes et Roos Lindgreen (2011) la conçoivent comme la gouvernance des interactions par lesquelles l'information est produite, échangée et utilisée dans l'organisation ; Tallon, Ramirez et Short (2013) la définissent comme l'ensemble des pratiques structurelles, procédurales et relationnelles qui encadrent l'information tout au long de son cycle de vie. Elle répond ainsi à des questions organisationnellement lourdes : qui produit l'information, selon quelles normes, qui en est responsable, qui peut y accéder, par quels circuits elle transite et comment elle alimente les décisions. Le tableau 1 synthétise la distinction retenue.

Tableau 1. Distinction entre gouvernance des données et gouvernance de l'information

Critère	Gouvernance des données	Gouvernance de l'information
Objet	La donnée comme actif (fait brut, enregistrement)	L'information comme donnée contextualisée, destinée à un usage
Question centrale	La donnée est-elle fiable, documentée, accessible et sous la responsabilité de qui ?	L'information parvient-elle, sous une forme utilisable et au bon moment, à ceux qui décident ?
Dimensions principales	Production, qualité, métadonnées, accès, traçabilité	Production, circulation, partage, appropriation dans la décision
Références	Khatri et Brown (2010) ; Otto (2011) ; Abraham et al. (2019)	Kooper et al. (2011) ; Tallon et al. (2013)
Place dans l'article	Niveau technique, mobilisé pour la production et la traçabilité	Concept central de l'analyse du pilotage

Source : auteure

La gouvernance de l'information ne se réduit donc pas à l'outil informatique : elle articule une dimension technique (systèmes d'information, standards, traçabilité), une dimension organisationnelle (coordination, division du travail informationnel, circuits de validation) et une dimension politique (rapports de pouvoir autour de la maîtrise et du partage de l'information). Pour structurer l'analyse, quatre dimensions peuvent être retenues. La **production** renvoie aux conditions dans lesquelles la donnée est saisie et enregistrée, et donc à sa qualité initiale, dont DeLone et McLean (2003) font l'un des principaux déterminants de l'usage effectif et des bénéfices d'un système d'information ; elle relève principalement de la gouvernance des données. La **circulation** désigne les canaux, formels ou informels, numériques ou manuels, par lesquels l'information transite d'un acteur à l'autre. Le **partage** concerne l'accessibilité de l'information et l'existence, ou l'absence, d'une base commune entre groupes professionnels. L'**appropriation**, enfin, désigne la capacité effective des acteurs à interpréter et à mobiliser l'information dans leurs décisions. Une gouvernance défailante sur l'une de ces dimensions suffit à rompre la chaîne qui relie la donnée à la décision : une donnée bien produite mais non partagée, ou partagée mais non appropriée, ne produit aucune valeur de pilotage.

2.3 SYSTEMES D'INFORMATION ET PILOTAGE DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE

Piloter une organisation, c'est disposer, au bon moment, d'une représentation suffisamment fidèle de son activité pour orienter l'action (Lorino, 2003). Le contrôle de gestion, entendu comme dispositif de pilotage, repose ainsi entièrement sur la qualité de l'information qu'il mobilise : sans information fiable et actualisée sur les activités, les coûts et les besoins, la planification stratégique comme le suivi opérationnel se trouvent privés de fondement (Anthony, 1988). Le système

d'information constitue dès lors l'infrastructure sans laquelle le pilotage se réduit à une gestion à l'aveugle, réactive plutôt qu'anticipatrice. Les outils de pilotage, tels que les tableaux de bord, ne valent qu'en tant qu'ils relient des informations pertinentes à des objectifs et à des responsabilités (Kaplan et Norton, 1996 ; Bourguignon, 2003). Cette conception rejoint Bouquin (2010), pour qui le contrôle de gestion articule stratégie, responsabilités et dispositifs de pilotage, ainsi que Nobre (2004), qui montre que l'introduction d'outils de contrôle de gestion à l'hôpital doit tenir compte des spécificités de l'organisation hospitalière. Dans le secteur public, Hyndman et Eden (2000) insistent en outre sur la nécessité d'une cohérence entre mission, objectifs et cibles de performance, condition importante pour relier information, mesure et action.

L'hôpital présente à cet égard une configuration informationnelle particulièrement exigeante. La coexistence d'une information clinique, produite au plus près du patient, et d'une information gestionnaire, agrégée au niveau administratif, suppose des dispositifs capables de rapprocher ces deux registres. Or la littérature sur les établissements de santé souligne de façon récurrente la difficulté à faire communiquer information médicale et information managériale, faute de systèmes intégrés et de langages partagés (Bollecker, 2007 ; Nobre et Haouet, 2011). La performance du pilotage hospitalier dépend ainsi moins du volume de données produites que de la capacité de l'organisation à les rendre traçables, cohérentes et disponibles pour l'ensemble des acteurs concernés. Le déficit de pilotage n'est pas d'abord un déficit de données, mais un déficit de mise en information et de partage.

2.4 L'HOPITAL COMME BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE : UNE INFORMATION STRUCTURELLEMENT FRAGMENTEE

La compréhension des flux informationnels hospitaliers gagne à être resituée dans la nature même de l'organisation. L'hôpital relève du type de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), caractérisée par la place centrale d'un centre opérationnel, les professionnels de santé, doté d'une forte autonomie fondée sur l'expertise et coordonné avant tout par la standardisation des qualifications. Glouberman et Mintzberg (2001) prolongent cette analyse en décrivant l'hôpital comme la coexistence de quatre mondes faiblement intégrés : le monde du soin (cure) porté par les médecins, celui des soignants (care), celui du contrôle assuré par les gestionnaires et celui de l'administration. Cette segmentation n'est pas seulement structurelle : elle est aussi informationnelle. Chaque monde produit et détient ses propres informations, selon ses propres logiques, sans qu'existe nécessairement de mécanisme les reliant.

Cette fragmentation constitue le terreau d'une gouvernance de l'information éclatée. L'autonomie professionnelle des médecins, la faible reddition de comptes vers la hiérarchie administrative et la séparation des circuits contribuent à ce que l'information circule mal entre les niveaux. Freidson (1984) a montré combien l'autonomie et le contrôle que les professions expertes exercent sur leur propre travail sont structurants, ce qui confère à la logique médicale une prédominance qui pèse sur la production et le partage de l'information de gestion. Dans une perspective proche, Crozier et Friedberg (1977) montrent que la maîtrise d'une zone d'incertitude, ici l'information, constitue une source de pouvoir : retenir, filtrer ou ne pas formaliser une information peut relever d'une stratégie d'acteur autant que d'une carence technique. La gouvernance de l'information se pose donc, à l'hôpital, dans un contexte où la circulation de l'information se heurte à des frontières professionnelles et politiques fortes. Dopson et Fitzgerald (2006) montrent enfin que les cadres intermédiaires occupent une position charnière dans la mise en circulation des connaissances et dans l'articulation entre groupes professionnels, sans pour autant effacer les frontières propres aux communautés de pratique.

2.5 STRUCTURATION, TECHNOLOGIE ET APPROPRIATION DES DISPOSITIFS INFORMATIONNELS

Pour analyser la manière dont l'information est concrètement produite, partagée et mobilisée, la théorie de la structuration de Giddens (1987) offre un cadre pertinent. Elle postule une dualité du structurel : les structures sociales, entendues comme règles et ressources, sont à la fois le produit et le moyen des actions des acteurs, considérés comme des agents compétents et réflexifs. Appliquée à la gouvernance de l'information, cette grille invite à considérer les dispositifs informationnels non comme de simples contraintes techniques, mais comme des ressources que les acteurs mobilisent et reproduisent dans leurs pratiques quotidiennes. Les circuits de l'information, les fiches de besoins, les systèmes de suivi ou leur absence relèvent ainsi de pratiques routinières qui structurent le pilotage tout en étant structurées par lui.

Ce cadre a été explicitement transposé aux technologies de l'information. DeSanctis et Poole (1994), avec la théorie de la structuration adaptative, et Orlikowski (2000), avec la notion de technologie mise en pratique (*technology-in-practice*), montrent que les effets d'un outil ne découlent pas de ses propriétés intrinsèques mais des usages que les acteurs en construisent en situation. Un même système d'information peut être approprié, détourné ou ignoré. Cette perspective rejoint les travaux francophones sur l'appropriation des outils de gestion (Moison, 1997 ; Grimand, 2006 ; de Vaujany, 2006), qui insistent sur le fait qu'un outil ne produit d'effets

qu'à travers le travail d'appropriation de ses utilisateurs, et que son absence, tout autant que sa présence, façonne durablement les pratiques. Dans le champ sanitaire, Lemaire et Nobre (2013) montrent que cette appropriation se construit dès les phases qui précèdent l'usage stabilisé d'un outil, et Lemaire et De Guio (2019) rappellent que l'introduction du numérique dans les parcours de santé relève d'un processus organisationnel plutôt que d'une simple implantation technologique.

2.6 DU CADRE THEORIQUE A L'ANALYSE EMPIRIQUE : L'APPORT SPECIFIQUE DE CHAQUE APPROCHE

Ces cadres ne sont pas mobilisés de manière cumulative : chacun éclaire un mécanisme précis de la chaîne qui relie la donnée à la décision, et chacun sera confronté à un résultat empirique déterminé. Le tableau 2 explicite cette articulation, qui guide l'interprétation proposée en section 4.

Tableau 2. Apport explicatif des cadres théoriques mobilisés et résultats éclairés

Cadre théorique	Mécanisme expliqué	Résultat éclairé (section)
Hiérarchie donnée-information (Ackoff, 1989 ; Tuomi, 2000) et rationalité limitée (Simon, 1997)	Une donnée n'a de valeur décisionnelle que contextualisée et disponible au moment de la décision	Lenteur du circuit budgétaire et désalignement temporel entre besoin et réponse (4.2)
Gouvernance des données et de l'information (Khatri et Brown, 2010 ; Kooper et al., 2011 ; Tallon et al., 2013)	Quatre dimensions : production, circulation, partage, appropriation	Diagnostic de la rupture de la chaîne informationnelle, dimension par dimension (4.4)
Contrôle de gestion et pilotage (Anthony, 1988 ; Lorino, 2003)	Le pilotage suppose une information reliant programmation et exécution	Déconnexion entre programmation annuelle et suivi quotidien des consommables (4.2, 4.3)
Bureaucratie professionnelle et quatre mondes (Mintzberg, 1982 ; Glouberman et Mintzberg, 2001)	Segmentation des mondes professionnels et de leurs informations	Absences lexicales croisées : soignants absents de la classe 3, budget absent de la classe 4 (4.4)
Analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977)	L'information non formalisée comme zone d'incertitude et ressource de pouvoir	Position du Major, intermédiaire informationnel sans outil (4.3)
Structuration (Giddens, 1987) et technologie en pratique (Orlikowski, 2000)	Routinisation des pratiques ; effets des outils dépendant de leur appropriation	Reproduction de la fragmentation ; limites d'une réponse purement technique (4.4, 4.5)

Source : auteure

3 CADRE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUES

La recherche s'inscrit dans un paradigme interprétativiste, qui privilégie la compréhension des réalités sociales à travers les expériences et les significations que les acteurs attribuent à leurs pratiques (Rehman et Alharthi, 2016). Ce positionnement est cohérent avec l'objet étudié : la gouvernance de l'information ne se donne pas à voir dans des indicateurs objectifs mais dans la manière dont les professionnels perçoivent, produisent et font circuler l'information. L'approche retenue est qualitative et le mode de raisonnement inductif : plutôt que de tester des hypothèses, la démarche part des observations de terrain pour dégager des régularités et faire émerger une représentation structurée des pratiques informationnelles (Strauss et Corbin, 2004 ; Wacheux, 1996). Ce choix se justifie par le caractère peu exploré de la question dans le contexte hospitalier marocain, qui appelle une posture compréhensive plutôt que confirmatoire.

Le terrain retenu est le Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech, appréhendé comme une étude de cas unique déclinée sur plusieurs sites hospitaliers (Thiétart et al., 2014). Le choix du CHU se justifie par sa position singulière dans la cartographie sanitaire marocaine : doté de la personnalité morale et d'une autonomie financière, il gère son budget de manière relativement autonome tout en restant soumis au contrôle de l'État, et cumule des missions de soins, d'enseignement, de formation et de recherche. Cette pluralité de missions et cette autonomie de gestion en font un site privilégié pour observer la façon dont l'information stratégique et l'information opérationnelle sont produites, gouvernées et mobilisées. L'approche multi-sites, en couvrant plusieurs services et établissements du CHU, permet de saisir la variété des situations informationnelles tout en préservant l'unité du cas.

Les données ont été recueillies au moyen de quarante entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne proche de quarante minutes, conduits à partir d'un guide structuré autour de la contextualisation des acteurs, de leurs pratiques de gestion et de leur rapport à l'information et à la décision. L'échantillon a été construit selon une logique de représentativité théorique et de saturation empirique (Hlady Rispal, 2002), en ciblant trois groupes d'acteurs situés au cœur des flux informationnels de l'établissement :

- les **médecins chefs de service**, spécialistes et enseignants, qui expriment les besoins cliniques et occupent une position centrale dans la production de l'information médicale ;
- les **infirmiers en chef (Majors)**, responsables de la gestion quotidienne des unités, des stocks et des consommables, et véritables intermédiaires informationnels entre le service et l'administration ;

- les **responsables du contrôle de gestion**, directement impliqués dans la budgétisation, l'exécution et le suivi, et donc dans la production de l'information stratégique et financière.

Cette composition permet de couvrir les deux sphères, médicale et gestionnaire, et les différents niveaux entre lesquels l'information est censée circuler, condition nécessaire pour analyser une éventuelle fragmentation de sa gouvernance. Le respect de critères d'homogénéité (des acteurs occupant tous des postes de responsabilité) et de diversité interne (spécialités, sites, fonctions) garantit à la fois la cohérence et la richesse du corpus.

Le corpus issu de la retranscription des entretiens a été soumis à une analyse lexicale au moyen du logiciel ALCESTE, développé par Max Reinert et fondé sur une classification hiérarchique descendante des segments de texte (Reinert, 1997, 2000). Le principe consiste à repérer, indépendamment du sens attribué a priori par le chercheur, les cooccurrences récurrentes de mots afin de faire émerger des classes lexicales, c'est-à-dire des univers de discours cohérents et statistiquement distincts. Chaque classe regroupe des énoncés partageant un même vocabulaire, révélant ainsi une manière partagée de parler de la gestion et de l'information au sein de l'hôpital. La méthode analyse le corpus à travers trois niveaux, le vocabulaire, les unités de contexte élémentaires et le corpus lui-même, et restitue, pour chaque classe, ses formes caractéristiques, ses absences significatives et ses réseaux d'associations.

Ce choix méthodologique est particulièrement adapté à notre objet. En dévoilant les structures lexicales sous-jacentes d'un corpus qualitatif volumineux, ALCESTE permet de repérer les registres informationnels propres à chaque groupe d'acteurs, de mesurer leurs proximités et leurs distances, et donc d'objectiver la fragmentation ou l'intégration des discours relatifs à la donnée et à la décision. La rigueur de l'outil réduit par ailleurs la part de subjectivité dans la constitution des catégories, même si l'interprétation des classes demeure un travail proprement qualitatif, requérant une connaissance approfondie du terrain. Dans le cas présent, le logiciel a classé environ 80 % des segments du corpus, un taux jugé très satisfaisant, répartis en quatre classes d'énoncés significatifs. L'interprétation a associé, pour chaque classe, l'analyse des mots caractéristiques (fréquences et valeurs du χ^2), des absences significatives, des réseaux de formes et des individus les plus représentatifs, dans le respect des critères de validité et de fiabilité propres à la recherche qualitative. Les extraits d'entretiens cités sont attribués à leur auteur par un numéro d'entretien ; ils illustrent les classes mais expriment les perceptions des répondants, que l'interprétation distingue des constats établis par l'analyse lexicale.

4 RESULTATS ET DISCUSSION

L'analyse lexicale fait émerger quatre univers de discours qui, réinterrogés sous l'angle de la gouvernance de l'information, dessinent une cartographie éclairante des flux informationnels du CHU. Après en avoir présenté l'architecture d'ensemble (4.1), nous examinons les deux univers qui portent le plus directement sur l'information de pilotage : l'information stratégique et budgétaire (4.2) et le suivi opérationnel des consommables (4.3). Nous montrons ensuite en quoi ces résultats attestent d'une gouvernance de l'information structurellement éclatée (4.4), avant d'en discuter la portée théorique et managériale (4.5).

4.1 UNE CARTOGRAPHIE LEXICALE EN QUATRE UNIVERS DE DISCOURS

La classification distribue les discours en quatre classes reliées deux à deux, formant deux grandes branches. Une branche médicale regroupe la classe 1 (23,33 % des unités classées), centrée sur l'activité clinique et pédagogique, avec des formes telles que « visite », « journée », « cours », « urgence », « consultation », et la classe 2 (39,14 %, la plus volumineuse), qui entremêle vocabulaire médical et gestionnaire, autour de « administratif », « directeur », « acteur », « humain », « gestion », « soin », « personnel ». Une branche gestionnaire réunit la classe 3 (20,43 %), articulée autour de « budget », « marché », « année », « besoin », « matériel », et la classe 4 (17,10 %), organisée autour de « pharmacie », « système », « médicament », « consommer », « informatiser », « stock ».

Cette architecture est en elle-même un premier résultat. Les classes 1 et 2 partagent la présence du lexique médical, mais s'opposent sur la place de la gestion : absente de la première, où le médecin se pense dans un rôle purement clinique et enseignant, elle s'imbrique au soin dans la seconde, qui donne à voir une médecine managériale où certains chefs de service adoptent le langage et les perspectives des gestionnaires. Les classes 3 et 4, à l'inverse, partagent le lexique gestionnaire mais se distinguent par son horizon temporel : la classe 3 renvoie à des pratiques stratégiques de prévision et de planification à long terme, la classe 4 à la gestion quotidienne et de court terme. Fait notable, le lexique médical est significativement absent de ces deux dernières classes.

Du point de vue informationnel, cette structuration signale d'emblée une double césure. D'une part, la parole sur l'information de pilotage (classes 3 et 4) se dissocie de la parole sur le soin (classe 1), l'information clinique et l'information gestionnaire ne se rencontrant véritablement que dans l'espace intermédiaire et minoritaire de la classe 2. D'autre part, l'information de gestion se scinde elle-même entre un pôle stratégique de long terme et un pôle opérationnel de court terme.

L'analyse factorielle des correspondances confirme cette lecture : elle rapproche fortement les classes 3 et 4, associées à la logique économique, relie indirectement la médecine managériale (classe 2) au contrôle de gestion (classe 3), et laisse la classe 1 à l'écart, ce qui traduit le retrait des cliniciens à l'égard des questions de gestion. Cette double césure constitue le fil conducteur de l'interprétation qui suit.

4.2 L'INFORMATION STRATEGIQUE ET BUDGETAIRE : UNE GOUVERNANCE CENTRALISEE MAIS DECONNECTEE

La classe 3 donne à voir l'univers de l'information stratégique et budgétaire. Son vocabulaire, « budget », « année », « marché », « besoin », « demander », « matériel », « exprimer », décrit un circuit informationnel routinisé et cyclique : chaque année, les services formulent leurs besoins au moyen de fiches d'expression, transmises à l'administration, arbitrées en commission, puis converties en marchés publics lorsque le budget le permet. L'information de programmation existe donc, mais elle est centralisée au niveau administratif et enserrée dans des procédures lourdes. Le cycle budgétaire annuel imprime son rythme à toute la chaîne : la remontée des besoins obéit à un calendrier fixe, largement déconnecté de la temporalité réelle des soins.

« Chaque année on reçoit une note pour exprimer les besoins [...] ces besoins annuels sont transmis à l'administration. Mais il y a des contraintes réglementaires. » (Entretien 5)

« Les besoins, je dois les recueillir vers la fin du mois de septembre. On vérifie au niveau des hôpitaux avec les chefs de service et avec les Majors [...] ils rédigent une fiche manuelle qui exprime leurs besoins et me la communiquent. Par la suite on l'insère dans le projet du budget et on voit si ça passe dans le budget ou pas. » (Entretien 40)

Plusieurs traits saillants ressortent de cet univers du point de vue de la gouvernance de l'information. Le premier est le caractère largement manuel de la production informationnelle initiale : la fiche d'expression de besoin, saisie à la main au niveau du service, constitue le point d'entrée de l'information stratégique. Sa qualité conditionne toute la suite, mais elle dépend d'un support artisanal et non consolidé ; c'est ici la gouvernance des données, au sens strict de la qualité de la saisie, qui est en jeu. Le deuxième trait est le rôle des instances collégiales dans la validation : l'information circule vers une Commission Médicale Consultative, puis vers la Direction Générale, chaque étape ajoutant un filtre et un délai.

« Au sein de cette direction, il y a ce qu'on appelle une Commission Médicale Consultative. Ils se réunissent pour discuter des projets, valider et prioriser. Une fois retenue, la demande d'achat remonte à la Direction Générale pour être validée. » (Entretien 10)

Le troisième trait, décisif, est une **occultation des soignants** dans le discours relatif à l'information stratégique. L'analyse des absences significatives montre la disparition, dans cette classe, des termes « patient », « médecin », « infirmier », « soin ». L'information budgétaire semble ainsi se construire en marge de l'information clinique, comme si la décision d'allocation pouvait se penser indépendamment de la réalité des soins qu'elle est censée servir. Cette coupure appauvrit la décision : privée de l'information sur l'activité réelle et sur ses évolutions, la programmation tend à se réduire à un exercice comptable de mise en regard des besoins déclarés et d'une enveloppe contrainte.

Le quatrième trait est un **désalignement temporel** entre l'expression du besoin et son exécution. La distance lexicale entre les mots de la demande (« exprimer », « demander », « besoin ») et ceux de la réponse (« marché », « prix », « réponse », « suite ») traduit un écart informationnel et procédural entre la programmation et l'action. L'information de besoin, une fois émise, se perd dans un intervalle long et peu tracé, au terme duquel, selon plusieurs répondants, la réponse peut ne jamais venir.

« On peut faire des demandes de trois ans mais si la direction ne répond pas, ne lance pas la commande [...] on est confronté au patient et à la population tout seuls, sans être épaulés, sans aucun soutien. » (Entretien 14)

« Faute de budget, les besoins et le matériel nécessaires, pour traiter les patients et former les différents corps de métier, que nous avons adressés à l'Administration, ne sont jamais livrés. » (Entretien 39)

Ces éléments dessinent une gouvernance de l'information stratégique à la fois centralisée et peu réactive. L'information remonte selon un rythme annuel et redescend lentement, entravée par la lourdeur bureaucratique et par des supports encore largement manuels. La donnée de besoin est bien produite, mais son traitement est trop lent et trop cloisonné pour alimenter une décision agile. Trois cadres éclairent ce résultat. Le constat d'Anthony (1988) selon lequel le contrôle de gestion ne remplit sa fonction de pilotage que si l'information relie effectivement la programmation à l'exécution permet de qualifier la rupture observée comme une rupture de pilotage, et non comme une simple lourdeur administrative. La rationalité limitée (Simon, 1997) explique pourquoi cette lenteur réduit l'espace des décisions réellement possibles : l'arbitrage porte sur les besoins déclarés un an plus tôt, non sur l'activité présente. La hiérarchie donnée-information (Ackoff, 1989) permet enfin de situer précisément la perte : la donnée existe, mais elle n'est pas transformée à temps en information utile pour celui qui décide. La centralisation de l'information de gestion peut ainsi coexister avec une faible capacité à la mobiliser en temps utile.

4.3 LE SUIVI OPERATIONNEL DES CONSOMMABLES : UNE INFORMATION LOCALE, MANUELLE ET FRAGMENTEE

La classe 4 révèle, à l'autre extrémité de la chaîne, l'univers de l'information opérationnelle. Son lexique, « pharmacie », « médicament », « système », « informatiser », « fichier », « stock », « rupture », « manuel », « vérifier », « mensuel », décrit la gestion quotidienne des ressources consommables, assurée localement par les infirmiers en chef selon une logique de « premier arrivé, premier servi ». C'est ici que la question de la gouvernance de l'information se pose avec le plus d'acuité, car, d'après les infirmiers en chef interrogés, ce suivi s'effectue le plus souvent **sans système d'information dédié**. Le mot « informatiser » y apparaît moins comme la description d'un existant que comme l'expression d'un manque et d'une aspiration.

« Je fais des fiches manuellement parce qu'il n'y a pas de système d'information ni de système centralisé, à ma connaissance ; sinon cela aurait été très bénéfique. » (Entretien 37)

« J'ai demandé d'avoir cette personne qui sera responsable de la pharmacie et du matériel, qui aura un logiciel pour avoir un output. Jusqu'à maintenant je fais cette tâche de manière manuelle. C'est difficile. » (Entretien 31)

L'absence d'outil numérique de suivi, telle que la décrivent les répondants, a des effets en cascade sur la chaîne informationnelle. La donnée de consommation n'est ni tracée en continu, ni consolidée, ni partagée : elle reste captive de fiches manuelles, produites à l'échelle de l'unité et faiblement communicables. L'analyse des réseaux de formes met en évidence l'éloignement lexical entre des termes qui devraient pourtant être solidaires, « traçabilité », « informatiser », « valider » d'un côté, « consommer », « fourniture », « dotation » de l'autre, signalant précisément le maillon manquant : un système d'information reliant la consommation réelle à son suivi. Faute de traçabilité, la gestion devient réactive plutôt qu'anticipatrice : ce n'est qu'une fois la rupture constatée que la commande est déclenchée.

« Actuellement il y a beaucoup de ruptures ; on doit donc ajuster les traitements et les produits pour ne pas avoir un problème de blocage [...]. Il faut que le suivi soit régulier et mieux organiser le travail. » (Entretien 22)

Cette gestion réactive se paie en ruptures de stock, dont les répondants soulignent les conséquences sur les soins. L'information sur les besoins des patients, produite au chevet, ne se transforme pas en information de gestion anticipative faute de dispositif capable de la capter et de la projeter dans le temps.

« La chose la plus difficile ce sont les besoins des patients, côté médicaments, matériel. C'est globalement la prévision des besoins de chaque patient, parce que chaque nouveau patient a un besoin particulier, parfois un médicament indisponible. » (Entretien 20)

De façon révélatrice, les termes « administratif » et « budget » sont significativement absents de cet univers, de même que le terme « projet », qui signale l'absence de planification à long terme des consommables. Ces absences matérialisent la coupure informationnelle entre le niveau opérationnel et le niveau administratif : dans les discours recueillis, la donnée de consommation produite par les Majors ne remonte pas vers la sphère budgétaire, tandis que l'information budgétaire ne redescend pas vers le terrain. Le Major se trouve ainsi en position d'intermédiaire informationnel, mais un intermédiaire privé d'outil, contraint de transmettre à la main une information qu'il ne peut ni consolider ni tracer. Au sens de Crozier et Friedberg (1977), cette information non formalisée constitue aussi une zone d'incertitude, dont la maîtrise confère à celui qui la détient une capacité d'arbitrage au quotidien. Les données recueillies ne permettent pas de trancher entre une carence subie et un usage stratégique de cette position, mais elles invitent à ne pas réduire la faible formalisation à un simple manque d'outil.

« C'est le Major du service qui s'en charge, c'est lui qui est en contact direct avec les infirmiers pour établir la fiche des besoins du service. Je signe la fiche et on l'envoie au chef de service de la pharmacie. » (Entretien 38)

Ce même chef de service formule un diagnostic sévère, qu'il convient de lire comme l'expression de sa perception : il évoque l'absence de vision partagée entre personnels médical et administratif et, selon ses propres termes, « une absence totale de contrôle et de suivi ». Cette appréciation individuelle converge toutefois avec les absences lexicales mises en évidence par l'analyse, qui signalent un déficit des dimensions de partage et de traçabilité de l'information.

« Il n'y a pas de vision partagée entre le personnel médical et le personnel administratif [...]. On a un grand problème de gestion et une absence totale de contrôle et de suivi. » (Entretien 38)

4.4 UNE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION STRUCTURELLEMENT ECLATEE

Le rapprochement des classes 3 et 4 met au jour le résultat central de la recherche : la gouvernance de l'information au CHU est structurellement éclatée entre les niveaux organisationnels. D'un côté, une information stratégique et budgétaire centralisée au niveau administratif, mais lente et déconnectée du terrain ; de l'autre, une information opérationnelle produite localement, sous forme largement manuelle, et faiblement soutenue par des outils numériques. Entre les deux, les entretiens ne font apparaître aucun dispositif qui rapproche systématiquement l'information de consommation réelle et l'information de programmation budgétaire, ni qui fasse communiquer information médicale et information managériale. Paradoxalement, l'analyse factorielle des correspondances montre que les deux univers gestionnaires sont fortement corrélés dans les

représentations, alors même que, dans les pratiques décrites, leurs flux informationnels demeurent disjoints : les acteurs savent que la décision budgétaire commande la disponibilité des consommables, mais ne font état d'aucun canal informationnel intégré pour relier l'une à l'autre.

Cette fragmentation se lit précisément à travers les quatre dimensions de la gouvernance identifiées dans la littérature (Khatri et Brown, 2010 ; Tallon et al., 2013 ; DeLone et McLean, 2003). La **production** de la donnée est inégale : relativement formalisée au niveau budgétaire, mais artisanale et manuelle au niveau des consommables, ce qui en compromet d'emblée la qualité et l'exploitabilité. La **circulation** est entravée par le rythme annuel, par la lourdeur des circuits ascendants et descendants et par la multiplicité des filtres de validation. Le **partage** fait défaut, faute de base commune reliant les niveaux et les sphères ; l'absence de vision partagée, évoquée par les répondants, en est le symptôme le plus net. L'**appropriation**, enfin, demeure cloisonnée : chaque groupe interprète et mobilise ses propres informations sans accéder à celles des autres. Il en résulte que la donnée, pourtant disponible en quantité, n'est que partiellement transformée en information réellement mobilisable pour la décision. Cette lecture justifie a posteriori la distinction conceptuelle retenue : les défaillances de production et de traçabilité relèvent de la gouvernance des données au sens strict, tandis que celles de circulation, de partage et d'appropriation relèvent de la gouvernance de l'information. Or c'est principalement à ce second niveau que la chaîne se rompt dans le cas étudié : une amélioration de la seule qualité des données ne suffirait pas à rétablir le lien entre la donnée et la décision.

Cette configuration éclaire aussi la structure en quatre mondes de Glouberman et Mintzberg (2001) sous un jour informationnel. Les mondes du soin, du contrôle et de l'administration ne se contentent pas de coexister : ils cloisonnent l'information, chacun conservant ses propres traces sans les mettre en commun. Le résultat le plus frappant, l'absence des soignants dans l'information stratégique (classe 3) et l'absence du budgétaire dans l'information opérationnelle (classe 4), est la traduction lexicale exacte de cette segmentation des mondes. Le cas ajoute cependant à ce modèle un élément que la typologie horizontale des mondes ne fait pas apparaître : la césure traverse aussi le monde du contrôle lui-même, entre un pôle stratégique et un pôle opérationnel qui partagent le même lexique gestionnaire sans partager les mêmes informations. La fragmentation informationnelle n'est pas un dysfonctionnement accidentel : elle est inscrite dans l'architecture même de la bureaucratie professionnelle.

Lue à travers la théorie de la structuration (Giddens, 1987), cette situation apparaît comme une configuration reproduite plutôt que subie. La notion de routinisation explique pourquoi le suivi

manuel, l'expression annuelle des besoins et l'absence de traçabilité, en se répétant, structurent durablement le pilotage tout en étant reconduits par lui. La dualité du structurel explique pourquoi les acteurs, en particulier les gestionnaires et les Majors, qui reconnaissent l'importance d'une centralisation de l'information et d'une traçabilité fine des ressources, ne parviennent pas à modifier ces pratiques faute de ressources et de dispositifs adéquats : les règles et ressources disponibles contraignent l'action autant qu'elles en résultent. La gouvernance éclatée n'est donc pas un simple manque d'outils : elle est un accomplissement organisationnel, inscrit dans les pratiques quotidiennes et dans les rapports de pouvoir entre groupes professionnels (Crozier et Friedberg, 1977).

4.5 DISCUSSION : DE LA COLLECTE A LA VALORISATION STRATEGIQUE DE L'INFORMATION

Ces résultats confirment, dans le contexte marocain, un enseignement établi de la littérature : la performance du pilotage hospitalier dépend moins du volume de données produites que de la capacité de l'organisation à les rendre traçables, cohérentes et partagées (Lorino, 2003 ; DeLone et McLean, 2003). Le CHU produit une information abondante, mais son éclatement structurel en limite la valeur décisionnelle. La donnée disponible ne devient information stratégique que lorsqu'elle est gouvernée, c'est-à-dire produite selon des standards, tracée, mise en circulation et appropriable par ceux qui décident. Dans le cas étudié, c'est davantage la gouvernance de l'information que la donnée elle-même qui semble faire la différence de pilotage. Cette fragmentation peut également être interprétée à travers l'approche socio-économique du management : les dysfonctionnements de coordination, de circulation de l'information, de traçabilité et de régulation sont susceptibles de générer des coûts cachés et de dégrader conjointement la performance économique et sociale de l'organisation (Cappelletti, Savall et Zardet, 2024 ; Savall, Zardet et Cappelletti, 2025).

La comparaison avec des dispositifs plus intégrés éclaire ce déficit. Là où certains systèmes hospitaliers organisent un réapprovisionnement centralisé fondé sur des seuils et un inventaire continu, selon la méthode dite du topping up décrite par Sampieri-Teissier (2001), le CHU fonctionne sur un mode d'attente de l'expression du besoin, sans base informationnelle consolidée. L'écart ne tient pas à la nature des données, partout comparables, mais à leur gouvernance : présence ou absence d'un système d'information reliant consommation, stocks et décision. Là encore, le déficit est moins technologique qu'organisationnel : il porte sur les règles, les responsabilités et les circuits qui font, ou non, d'une donnée une information partagée.

La théorie de l'appropriation des outils de gestion permet toutefois de nuancer une lecture purement instrumentale. Doter le CHU d'un logiciel de suivi ne suffirait pas, en soi, à résoudre la fragmentation : les travaux d'Orlikowski (2000) et de DeSanctis et Poole (1994), comme ceux de Moisdon (1997) et de de Vaujany (2006), rappellent qu'un outil ne produit d'effets qu'à travers le travail d'appropriation de ses utilisateurs. Un système d'information greffé sur des mondes cloisonnés et des rapports de pouvoir inchangés risquerait de reproduire la fragmentation qu'il prétend résorber, en juxtaposant de nouveaux silos numériques. La valorisation stratégique de l'information suppose donc d'agir simultanément sur l'outil et sur son appropriation, c'est-à-dire sur les routines et les circuits qui structurent la circulation de l'information.

Il en découle une implication managériale forte : le passage nécessaire d'une logique de collecte et de production de données à une logique de valorisation stratégique de l'information. Concrètement, cela suppose de doter le suivi opérationnel d'outils numériques assurant la traçabilité en temps réel des consommations et des stocks, avec des alertes de réapprovisionnement ; d'instaurer des dispositifs, tableaux de bord partagés et référentiels communs, qui rapprochent information médicale et information gestionnaire et donnent corps à la vision partagée dont les acteurs déplorent l'absence (Kaplan et Norton, 1996) ; de raccourcir et de tracer les circuits entre l'expression du besoin et la décision, afin de réduire le désalignement temporel observé ; et d'accompagner ces dispositifs d'une clarification des rôles et des responsabilités informationnelles, au sens d'une véritable gouvernance des données (Khatri et Brown, 2010 ; Otto, 2011). Le progrès technologique offre à cet égard une opportunité réelle : correctement gouverné et approprié, il peut renforcer les capacités de pilotage, améliorer la coordination entre fonctions et fonder des décisions davantage étayées.

La contribution de la recherche peut être précisée au regard des trois littératures convoquées. Premièrement, par rapport aux travaux sur la gouvernance des données, qui proposent surtout des cadres normatifs de conception issus d'entreprises privées (Weber et al., 2009 ; Khatri et Brown, 2010 ; Abraham et al., 2019), l'étude montre comment cette gouvernance se construit, ou se défait, en pratique dans une organisation publique professionnelle ; elle établit que, dans ce contexte, la rupture se situe moins au niveau de la qualité des données qu'à celui de leur circulation, de leur partage et de leur appropriation, ce qui justifie de placer la gouvernance de l'information au centre de l'analyse. Deuxièmement, par rapport à la littérature sur le contrôle de gestion hospitalier, centrée sur les outils et sur la conciliation des logiques médicale et économique (Nobre, 2004 ; Nobre et Haouet, 2011), elle identifie un problème situé en amont : la fragmentation

informationnelle interne à la sphère gestionnaire, entre programmation budgétaire et suivi opérationnel. Troisièmement, par rapport aux travaux sur la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982 ; Glouberman et Mintzberg, 2001), elle complète la segmentation horizontale entre mondes par une césure verticale entre niveaux de décision, objectivée par l'analyse lexicale. Sur le plan méthodologique, l'article illustre l'intérêt de l'analyse lexicale pour rendre visibles des coupures informationnelles à partir des absences significatives de vocabulaire. Sur le plan managérial, il fournit un diagnostic actionnable de la fragmentation informationnelle et des leviers susceptibles d'y remédier.

Ces apports doivent néanmoins être lus au regard des limites de la recherche. L'ancrage sur un cas unique, propre à l'étude de cas qualitative, invite à la prudence quant à la généralisation des résultats à l'ensemble des établissements de santé marocains, dont les configurations informationnelles peuvent différer. L'analyse lexicale, si elle objective les univers de discours et réduit la subjectivité de la catégorisation, requiert un travail interprétatif du chercheur qui demeure situé. Les résultats reposent en outre sur des discours : ils restituent les perceptions des acteurs et n'ont pas été confrontés à une observation directe des circuits ou à une analyse documentaire. Enfin, la recherche saisit les pratiques informationnelles à un instant donné, sans mesurer les effets d'une éventuelle introduction d'outils numériques. Ces limites ouvrent autant de perspectives : études comparatives entre plusieurs établissements, suivi longitudinal des effets de la numérisation du suivi des consommables, ou approfondissement des conditions politiques et de pouvoir du partage de l'information entre les mondes de l'hôpital.

CONCLUSION

En interrogeant la manière dont la donnée devient, ou non, une ressource stratégique, cet article a montré que la gouvernance de l'information constitue un levier essentiel, mais aujourd'hui fragilisé, du pilotage de l'hôpital public marocain. L'analyse lexicale d'un corpus de quarante entretiens menés au CHU de Marrakech fait apparaître quatre univers de discours dont deux, l'information stratégique et budgétaire d'une part, le suivi opérationnel des consommables d'autre part, révèlent une gouvernance structurellement éclatée entre les niveaux organisationnels.

Cette fragmentation empêche la donnée disponible de se transformer pleinement en information mobilisable pour la décision : centralisée mais lente au sommet, locale et manuelle à la base, l'information circule mal et se partage peu, faute de dispositifs reliant les niveaux et les sphères. Dans le cas étudié, le déficit apparaît moins comme un déficit de données que comme un déficit de gouvernance de l'information. Dépasser cette situation suppose de passer d'une logique de collecte à une logique de valorisation stratégique de l'information, en s'appuyant sur les opportunités du progrès technologique pour renforcer la traçabilité, la coordination et la réactivité, tout en veillant à l'appropriation effective des outils par les acteurs.

Ainsi comprise, la gouvernance de l'information apparaît comme une condition de transformation du pilotage hospitalier : non pas un supplément technique, mais une manière d'organiser le rapport de l'hôpital à ses propres traces, au service de décisions plus pertinentes, plus rapides et plus équitablement fondées. Reste à en explorer les conditions concrètes de mise en œuvre dans un système hospitalier engagé, au Maroc comme ailleurs, dans une transformation numérique dont la portée dépendra, précisément, de la qualité de sa gouvernance.

RÉFÉRENCES

- Abraham, R., Schneider, J., & vom Brocke, J. 2019. Data governance: A conceptual framework, structured review, and research agenda. *International Journal of Information Management*, 49: 424-438.
- Ackoff, R. L. 1989. From data to wisdom. *Journal of Applied Systems Analysis*, 16: 3-9.
- Anthony, R. N. 1988. *The management control function*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Bollecker, M. 2007. La recherche sur les contrôleurs de gestion : état de l'art et perspectives. *Comptabilité – Contrôle – Audit*, 13(1): 87-106.
- Bouquin, H. 2010. *Le contrôle de gestion : contrôle de gestion, contrôle d'entreprise et gouvernance* (9e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourguignon, A. 2003. Il faut bien que quelque chose change pour que l'essentiel demeure : la performance et ses représentations. *Comptabilité – Contrôle – Audit*.
- Cappelletti, L., Savall, H., & Zardet, V. 2024. *Socio-economic approach to management*. Cham : Palgrave Macmillan.
- Cherkaoui Dekkaki, A., & 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).
- Crozier, M., & Friedberg, E. 1977. *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.
- Davenport, T. H., & Prusak, L. 1998. *Working knowledge: How organizations manage what they know*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- de Vaujany, F.-X. 2006. Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir*, 9: 109-126.
- DeLone, W. H., & McLean, E. R. 2003. The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4): 9-30.
- DeSanctis, G., & Poole, M. S. 1994. Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory. *Organization Science*, 5(2): 121-147.
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. 2006. The role of the middle manager in the implementation of evidence-based health care. *Journal of Nursing Management*, 14(1): 43-51.
- Freidson, E. 1984. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10: 1-20.
- Giddens, A. 1987. *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. 2001. Managing the care of health and the cure of disease, Part I & II. *Health Care Management Review*, 26(1): 56-84.
- Grimand, A. (dir.) 2006. *L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ?* Saint-Étienne : Publications de l'Université de Saint-Étienne.
- Hlady Rispal, M. 2002. *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck.
- Hyndman, N., & Eden, R. 2000. A study of the co-ordination of mission, objectives and targets in UK executive agencies. *Management Accounting Research*, 11: 175-191.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996. *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

- Khatri, V., & Brown, C. V. 2010. Designing data governance. *Communications of the ACM*, 53(1): 148-152.
- Kooper, M. N., Maes, R., & Roos Lindgreen, E. E. O. 2011. On the governance of information: Introducing a new concept of governance to support the management of information. *International Journal of Information Management*, 31(3): 195-200.
- Lemaire, C., & De Guio, G. 2019. L'introduction mesurée du numérique dans le parcours de santé. *Management des technologies organisationnelles*, 9(2): 195-206.
- Lemaire, C., & Nobre, T. 2013. La pré-appropriation d'un outil de gestion à l'hôpital. *34e Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*.
- Lorino, P. 2003. *Méthodes et pratiques de la performance. Le pilotage par les processus et les compétences*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. 1982. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Moisdon, J.-C. (dir.) 1997. *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*. Paris : Seli Arslan.
- Mordelet, P. 2009. The impact of globalisation on hospital management: Corporate governance rules in both public and private nonprofit hospitals. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2(1): 7-14.
- Nobre, T. 2004. L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC. *Journal d'économie médicale*, 22(7-8): 367-379.
- Nobre, T., & Haouet, I. 2011. Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluider la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle. *Revue française de gestion*, 211: 103-118.
- Orlikowski, W. J. 2000. Using technology and constituting structures: A practice lens for studying technology in organizations. *Organization Science*, 11(4): 404-428.
- Otto, B. 2011. Data governance. *Business & Information Systems Engineering*, 3(4): 241-244.
- Rehman, A. A., & Alharthi, K. 2016. An introduction to research paradigms. *International Journal of Educational Investigations*, 3(8): 51-59.
- Reinert, M. 1997. Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*, 66: 5-39.
- Reinert, M. 2000. *ALCESTE. Une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours*. Toulouse : Image.
- Reix, R., Fallery, B., Kalika, M., & Rowe, F. 2016. *Systèmes d'information et management*. Paris : Vuibert.
- Sampieri-Teissier, N. 2001. Proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français. *Logistique & Management*, 9(1): 89-98.
- Savall, H., Zardet, V., & Cappelletti, L. 2025. *Renouveau du contrôle de gestion : méthode des coûts-performances cachés*. Caen : Éditions EMS.
- Simon, H. A. 1997. *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organizations* (4th ed.). New York, NY: The Free Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. 2004. *Les fondements de la recherche qualitative*. Fribourg : Academic Press.

- Tallon, P. P., Ramirez, R. V., & Short, J. E. 2013. The information artifact in IT governance: Toward a theory of information governance. *Journal of Management Information Systems*, 30(3): 141-178.
- Thiétart, R.-A. et coll. 2014. *Méthodes de recherche en management* (4e éd.). Paris : Dunod.
- Tuomi, I. 2000. Data is more than knowledge: Implications of the reversed knowledge hierarchy for knowledge management and organizational memory. *Journal of Management Information Systems*, 16(3): 103-117.
- Wacheux, F. 1996. *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris : Economica.
- Weber, K., Otto, B., & Österle, H. 2009. One size does not fit all – A contingency approach to data governance. *ACM Journal of Data and Information Quality*, 1(1): 1-27.