

Received: 02-07-2026 | Approved: 17-08-2026 | DOI: <https://doi.org/10.23882/emss26360>

Adaptation de l'échelle PMBQ pour l'évaluation de la performance hospitalière en contexte de crise : une étude qualitative

Adapting the Performance Management Behavior Questionnaire for Assessing Hospital Performance in Crisis Contexts: A Qualitative Study

Hajar KACI

Université Mohammed V de Rabat, Maroc
(hajar-kaci@um5r.ac.ma)

Saida NAJI

Université Mohammed V de Rabat, Maroc
(s.naji@um5r.ac.ma)

Majda FELOUATI

École Nationale de Santé Publique (ENSP), Rabat, Maroc
(majdafelouati@gmail.com)

Résumé :

Objectif : Cette recherche vise à analyser les déterminants de la performance hospitalière en contexte de crise et à identifier des items empiriquement fondés permettant d'adapter l'échelle de mesure *Performance Management Behavior Questionnaire* (PMBQ) aux spécificités des situations d'urgence. **Méthodes :** Une approche qualitative a été adoptée à travers cinq entretiens semi-directifs menés auprès de responsables hospitaliers ayant participé à la gestion de crises majeures. Les données ont été analysées selon une analyse thématique assistée par le logiciel NVivo, en s'appuyant sur les dimensions de l'échelle PMBQ afin d'identifier les comportements managériaux mobilisés en contexte de crise. **Résultats :** Les résultats montrent que la performance hospitalière en situation de crise repose principalement sur la clarification des objectifs, le suivi des indicateurs, l'intensification du pilotage des activités, la coordination organisationnelle, ainsi que la communication et l'implication des équipes. L'analyse met également en évidence des dimensions spécifiques au contexte de crise, notamment la gestion des ressources sous contrainte et la coordination intersectorielle, conduisant à l'élaboration d'items contextualisés destinés à enrichir l'échelle PMBQ. **Conclusion :** Cette étude apporte une contribution méthodologique en proposant une adaptation empirique de l'échelle PMBQ au contexte hospitalier de crise. Les items développés constituent une base pour une future validation psychométrique et offrent un outil de mesure plus pertinent de la performance managériale hospitalière dans les situations de crise.

Mots-clés : Performance hospitalière ; contexte d'urgence ; adaptation d'échelle ; analyse thématique.

Abstract :

Objective: This study aims to identify the determinants of hospital performance in crisis contexts and to develop empirically grounded items for adapting the *Performance Management Behavior Questionnaire* (PMBQ) to the specific challenges of emergency situations. **Methods:** A qualitative research design was adopted based on five semi-structured interviews conducted with hospital managers directly involved in crisis management. Data were analyzed using thematic analysis supported by NVivo software.

and structured according to the dimensions of the PMBQ to identify the managerial behaviors associated with hospital performance during crises. **Results:** The findings indicate that hospital performance in crisis contexts relies primarily on goal clarification, performance indicator monitoring, intensified operational management, organizational coordination, effective communication, and team engagement. The analysis also revealed crisis-specific dimensions, including resource management under constraints and inter-organizational coordination, leading to the development of contextualized items that enrich the PMBQ. **Conclusion:** This study provides a methodological contribution by proposing an empirical adaptation of the PMBQ for hospital crisis contexts. The contextualized items developed through qualitative analysis offer a foundation for future psychometric validation and support a more relevant assessment of hospital managerial performance during crises.

Keywords: Hospital performance; emergency context; scale adaptation; thematic analysis.

Introduction

La performance hospitalière constitue un enjeu stratégique majeur pour les systèmes de santé, en particulier dans un contexte marqué par des contraintes croissantes en matière de ressources, de qualité des soins et d'exigences des parties prenantes. Classiquement, elle est appréhendée à travers des dimensions telles que l'efficacité, l'efficience, la qualité et la satisfaction des usagers, à partir d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats cliniques et organisationnels (Donabedian, 1988 ; Arah et al., 2003). Toutefois, ces approches demeurent principalement adaptées à des contextes de fonctionnement routinier.

Or, les situations de crise, telles que les catastrophes naturelles ou les urgences sanitaires, mettent à l'épreuve ces modèles traditionnels d'évaluation. Elles se caractérisent par une incertitude élevée, une pression accrue sur les ressources et une nécessité de coordination rapide (Legido-Quigley et al., 2020 ; Haldane et al., 2021). Dans ce cadre, la performance hospitalière ne peut être réduite à la seule atteinte d'indicateurs standards, mais doit intégrer des dimensions organisationnelles et managériales spécifiques (Barasa et al., 2021).

Dans cette perspective, la littérature souligne le rôle des comportements managériaux dans le pilotage de la performance, notamment à travers la clarification des objectifs, le suivi des indicateurs, la communication, la coordination et l'implication des équipes (Aguinis & Burgi-Tian, 2021 ; Nielsen et al., 2020). Ces dimensions sont au cœur de l'échelle de mesure PMBQ développée par Angelo S. Kinicki et ses collègues.

Cependant, malgré son intérêt, cette échelle de mesure a été principalement mobilisée dans des contextes organisationnels stables et reste peu adapté aux environnements hospitaliers

en situation de crise. En particulier, il ne prend pas suffisamment en compte certaines réalités empiriques observées dans ces contextes, telles que la gestion des ressources sous contrainte, l'intensification du pilotage opérationnel, la coordination interservices et le maintien du climat organisationnel.

Ainsi, la problématique de cette recherche réside dans l'inadéquation partielle des outils existants de mesure du management de la performance, notamment l'échelle de mesure PMBQ, à rendre compte des spécificités de la performance hospitalière en contexte de crise. Cette situation soulève un besoin de contextualisation empirique des dimensions et des items de ces outils afin de mieux appréhender les pratiques managériales mobilisées dans ces environnements.

Dans ce cadre, la question de recherche formulée est la suivante : *Comment adapter les dimensions et les items de l'échelle de mesure PMBQ afin de mieux rendre compte de la performance hospitalière en situation de crise ?*

Afin de répondre à cette question, cette recherche adopte une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de responsables hospitaliers. L'analyse des données permet d'identifier des items empiriquement ancrés, en lien avec les dimensions de l'échelle de mesure PMBQ, tout en faisant émerger des spécificités propres au contexte de crise.

La contribution de cet article est double. D'une part, il apporte un éclairage empirique sur les déterminants de la performance hospitalière en contexte de crise. D'autre part, il propose une adaptation de l'échelle de mesure PMBQ fondée sur des données qualitatives, contribuant ainsi à une meilleure contextualisation des outils de mesure de la performance managériale hospitalière.

2. Revue de littérature

2.1. La performance hospitalière : un construit multidimensionnel

La performance hospitalière est largement reconnue comme un construit complexe et multidimensionnel, intégrant des dimensions cliniques, organisationnelles et managériales. Les travaux fondateurs de Donabedian (1988) ont posé les bases d'une évaluation articulée autour de la structure, des processus et des résultats, tandis que des approches plus récentes ont élargi cette conceptualisation en intégrant la qualité perçue, la sécurité des soins et l'expérience patient (Arah et al., 2003 ; Kruk et al., 2015).

Dans les systèmes de santé contemporains, la performance est également appréhendée à travers des indicateurs tels que la mortalité, la morbidité, la productivité ou encore l'efficacité des ressources (Papanicolas et al., 2018). Toutefois, ces approches, essentiellement quantitatives, présentent des limites en ce qu'elles ne permettent pas de saisir pleinement les dynamiques organisationnelles et les pratiques managériales qui sous-tendent la production de la performance (Lega et al., 2013 ; Braithwaite et al., 2017).

2.2. Performance hospitalière en contexte de crise(s)

Les crises sanitaires et les catastrophes naturelles ont profondément remis en question les modèles traditionnels d'évaluation de la performance hospitalière. La pandémie de COVID-19, en particulier, a mis en évidence les limites des systèmes de santé face à des chocs systémiques, soulignant la nécessité d'intégrer des dimensions telles que la résilience, la coordination et la capacité d'adaptation organisationnelle (Haldane et al., 2021 ; Kruk et al., 2015).

Dans ces contextes, la performance ne se limite plus à l'atteinte de résultats mesurables, mais inclut la capacité des organisations à maintenir la continuité des soins, à mobiliser rapidement les ressources et à coordonner des acteurs multiples dans un environnement incertain (Legido-Quigley et al., 2020 ; Barasa et al., 2021). Les travaux récents insistent ainsi sur la nécessité d'adopter une approche dynamique de la performance, intégrant les processus organisationnels et les interactions entre acteurs (Thomas et al., 2020).

Par ailleurs, ces situations mettent en lumière l'importance du pilotage opérationnel et des pratiques managériales dans la gestion de l'incertitude, ce qui appelle à une réévaluation des outils traditionnels de mesure de la performance hospitalière.

2.3. Management de la performance : une approche centrée sur les comportements

Le management de la performance est défini comme un ensemble de pratiques visant à aligner les actions individuelles et collectives avec les objectifs organisationnels (Aguinis, 2009). Au-delà des dispositifs formels, la littérature récente met en évidence le rôle central des comportements managériaux dans la production de la performance, notamment en matière de communication, de coordination et de soutien aux équipes (Aguinis & Burgi-Tian, 2021 ; Pulakos et al., 2019).

Dans des environnements complexes et incertains, ces comportements deviennent des leviers essentiels pour assurer la cohérence organisationnelle et favoriser la réactivité des

équipes (Nielsen et al., 2020 ; West et al., 2020). En particulier, la clarification des objectifs, le suivi des performances, le feedback continu et l'implication des collaborateurs apparaissent comme des dimensions clés du pilotage de la performance.

Ainsi, une approche comportementale du management de la performance permet de mieux appréhender les mécanismes à l'œuvre dans les organisations de santé, en complément des indicateurs traditionnels.

2.4. L'échelle de mesure PMBQ et ses limites en contexte hospitalier de crise

Dans cette perspective, l'échelle de mesure PMBQ propose un cadre d'analyse des comportements de management de la performance à travers plusieurs dimensions opérationnelles. Cet instrument permet de dépasser une approche strictement centrée sur les résultats en intégrant les pratiques managériales dans l'évaluation de la performance.

Cependant, son application dans le secteur hospitalier, et plus particulièrement en situation de crise, demeure limitée. Les environnements hospitaliers en contexte d'urgence se caractérisent par une forte pression temporelle, une complexité organisationnelle accrue et une contrainte importante en ressources, qui ne sont pas pleinement prises en compte dans les instruments existants (Kruk et al., 2015 ; Haldane et al., 2021).

De plus, certaines dimensions identifiées dans la littérature récente, telles que la coordination interservices, la gestion des flux de patients ou le maintien du climat organisationnel sous contrainte, restent insuffisamment opérationnalisées dans les outils de mesure du management de la performance.

2.5. Vers une contextualisation empirique des outils de mesure

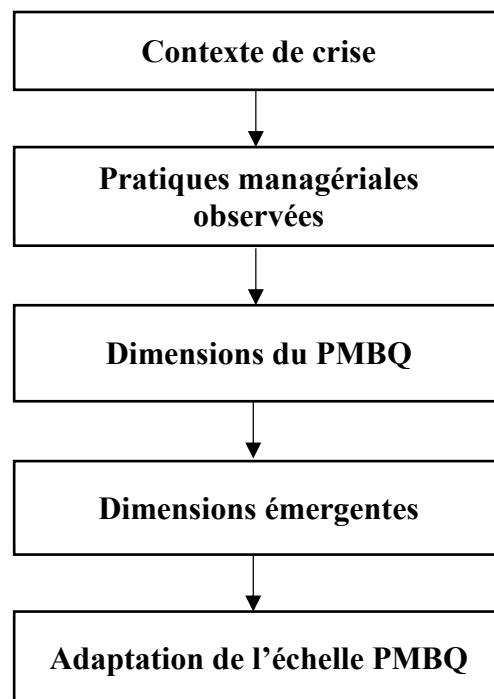
Au regard de ces limites, un besoin croissant émerge pour développer des instruments de mesure de la performance managériale adaptés aux spécificités des contextes de crise. Plusieurs travaux récents plaident pour une approche contextualisée, fondée sur des données empiriques issues du terrain, afin de mieux capter la complexité des pratiques organisationnelles (Greenhalgh et al., 2020 ; Vindrola-Padros et al., 2020).

Dans cette optique, les approches qualitatives apparaissent particulièrement pertinentes pour identifier les comportements managériaux mobilisés en situation réelle et pour enrichir les cadres théoriques existants. Elles permettent notamment de faire émerger des

dimensions spécifiques, liées à la gestion de l'urgence, à la coordination des acteurs et à l'adaptation organisationnelle.

Ainsi, la présente recherche s'inscrit dans cette dynamique en proposant une adaptation de l'échelle de mesure PMBQ fondée sur une analyse qualitative des pratiques de management de la performance hospitalière en contexte de crise, contribuant ainsi à une meilleure contextualisation des outils existants.

Figure 1. Modèle conceptuel préliminaire de l'étude



Source : Élaboration personnelle.

Compte tenu du caractère exploratoire de cette recherche, aucun modèle causal ni hypothèses n'ont été formulés. En revanche, un modèle conceptuel préliminaire a été élaboré afin de représenter la logique analytique de l'étude. Il montre comment l'analyse qualitative des pratiques managériales observées en contexte de crise a permis d'identifier des dimensions complémentaires venant enrichir l'échelle PMBQ.

3. Méthodologie de recherche

3.1. Design de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative à visée exploratoire, visant à analyser les déterminants de la performance hospitalière en contexte de crise et à identifier des éléments empiriques permettant d'adapter les dimensions de l'échelle de

mesure PMBQ. L'approche qualitative a été privilégiée dans la mesure où elle permet d'explorer en profondeur les pratiques managériales et les dynamiques organisationnelles dans leur contexte réel (Creswell & Poth, 2018).

3.2. Terrain et participants

L'étude repose sur la réalisation de cinq entretiens semi-directifs menés auprès de responsables hospitaliers impliqués dans la gestion de situations de crise, notamment la pandémie de COVID-19 et le séisme d'Al Haouz survenu en septembre 2023. Le choix du nombre d'entretiens s'inscrit dans une logique d'échantillonnage raisonné, privilégiant la richesse et la profondeur des données plutôt que leur représentativité statistique (Creswell & Poth, 2018).

Par ailleurs, le nombre d'entretiens a été jugé suffisant au regard du principe de saturation théorique. L'analyse des données, assistée par le logiciel NVivo, a permis d'atteindre un seuil de saturation estimé à 90 %, indiquant que les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'éléments significativement nouveaux en termes de catégories analytiques (Guest et al., 2006).

Les cinq responsables hospitaliers sélectionnés avaient tous une expérience directe de la gestion des deux crises étudiées, à savoir la pandémie de COVID-19 et le séisme d'El Haouz survenu en septembre 2023. Ce critère d'inclusion a été retenu afin de recueillir une vision comparative des pratiques managériales mobilisées dans deux contextes de crise de nature différente. Cette double expérience a permis aux participants de comparer les mécanismes de gestion mis en œuvre selon la nature de la crise, tout en mettant en évidence les dimensions managériales communes et les spécificités propres à chaque contexte.

3.3. Collecte des données

Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs, conduits à partir d'un guide d'entretien structuré autour des dimensions du management de la performance. Les entretiens ont permis d'explorer les perceptions des acteurs concernant la performance hospitalière, les pratiques de pilotage en situation de crise, ainsi que les mécanismes organisationnels mobilisés.

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés afin de garantir la confidentialité des participants.

3.4. Analyse des données et considérations éthiques

Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique, selon une démarche de codage inspirée des travaux de Braun et Clarke (2006). L'analyse a été réalisée en deux étapes.

Dans un premier temps, un codage initial a permis d'identifier les thèmes émergents à partir des verbatims. Dans un second temps, ces thèmes ont été structurés en référence aux dimensions de l'échelle de mesure PMBQ, permettant de mettre en évidence les comportements de management de la performance en contexte de crise.

Cette démarche a conduit à l'identification de plusieurs dimensions analytiques, notamment la clarification des objectifs, le suivi des indicateurs, la gestion des ressources, la communication, la coordination organisationnelle, l'implication des équipes et le climat organisationnel.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo, facilitant l'organisation, le codage et la structuration des verbatims. Cet outil a permis de systématiser le processus d'analyse thématique et de renforcer la traçabilité des résultats. Sur le plan éthique, cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un travail doctoral validé par le Comité d'Éthique pour la Recherche Biomédicale de la Faculté de Médecine de Rabat (autorisation n°66-23, avril 2024).

3.5. Validité et fiabilité de la recherche

Afin de garantir la rigueur scientifique de l'étude, plusieurs précautions méthodologiques ont été mises en œuvre. La triangulation des données a été assurée à travers la diversité des profils interrogés. Par ailleurs, une attention particulière a été portée à la fidélité des retranscriptions et à la cohérence du processus de codage.

Enfin, l'analyse a été conduite de manière itérative, permettant d'affiner progressivement les catégories et d'assurer une adéquation entre les données empiriques et les dimensions théoriques mobilisées.

4. Résultats

L'analyse thématique des cinq entretiens, réalisée à l'aide du logiciel NVivo et structurée selon les dimensions de l'échelle (PMBQ), a permis d'identifier les principaux comportements managériaux mobilisés dans les établissements hospitaliers confrontés à des situations de crise. Les résultats confirment la pertinence des dimensions fondamentales de l'échelle PMBQ tout en mettant en évidence plusieurs spécificités propres au contexte hospitalier de crise.

Le tableau 1 présente une synthèse des dimensions identifiées ainsi que le nombre de répondants ayant évoqué chacune d'elles.

Tableau 1 : Synthèse des dimensions identifiées lors de l'analyse thématique

Dimension	Nombre de répondants (n=5)	Illustration
Clarification et alignement des objectifs	4	Définition des priorités, fixation des objectifs et réévaluation
Suivi des indicateurs et pilotage	4	Suivi quotidien des indicateurs sanitaires
Gestion des ressources	4	Optimisation des ressources et gestion des stocks
Communication	5	Circulation de l'information et réunions
Implication et responsabilisation	4	Autonomie, délégation et participation
Coordination interne et intersectorielle	5	Coordination entre services et partenaires
Climat organisationnel	4	Leadership, engagement et cohésion

Source : Élaboration personnelle

4.1. Clarification et alignement des objectifs

Les résultats montrent que la performance hospitalière en contexte de crise repose sur une définition claire des objectifs, principalement orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population. Cette orientation est explicitée par les acteurs interrogés, qui soulignent que « l'objectif en fin de compte, c'est d'améliorer l'état de santé de la population » (Responsable 1).

L'atteinte des objectifs est associée à des indicateurs sanitaires précis, tels que la morbidité, la mortalité, le nombre de cas traités ou encore la couverture vaccinale. Dans ce sens, « l'atteinte des buts passe par les statistiques de morbidité, le nombre de décès, le nombre de cas traités et la couverture vaccinale » (R1).

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence l'importance de la formalisation des objectifs opérationnels, accompagnée d'un suivi temporel, comme en témoigne l'affirmation suivante : « nous devons atteindre tel objectif d'interventions chirurgicales, tel objectif d'admissions, avec un délai fixé, puis nous réévaluer » (R4). Cette logique s'inscrit dans une dynamique collective, où « ce n'est pas moi seule qui vais les réaliser, c'est une équipe » (R4).

4.2. Suivi des indicateurs et pilotage de la performance

Le pilotage de la performance repose sur un suivi rapproché des indicateurs sanitaires et organisationnels. Les répondants soulignent que « les indicateurs sanitaires reflètent combien nous avons mobilisé de ressources pour atteindre les objectifs » (R1).

Le taux de mortalité apparaît comme un indicateur central de performance, dans la mesure où « le taux de mortalité reflète la performance de l'organisation en termes d'efficacité » (R1). De même, la capacité d'adaptation de l'hôpital est évaluée à travers les résultats observés en situation d'afflux massif de patients.

Les résultats mettent également en évidence un pilotage quotidien des activités, appuyé par une coordination régulière : « la coordination se fait presque quotidiennement pour suivre ce qui se passe au niveau opérationnel » (R4). Le rôle du management est central, puisque « le directeur est le premier à vérifier si les objectifs sont atteints » (R4).

Enfin, le contexte de crise intensifie les exigences organisationnelles, comme l'illustre le fait que « chaque journée représentait le travail de deux jours : fonctionnement normal le matin, gestion du séisme l'après-midi » (R5).

4.3. Gestion des ressources et efficience

L'efficience constitue une dimension essentielle de la performance hospitalière en situation de crise. Les résultats montrent que la performance ne se limite pas à l'atteinte des résultats, mais repose également sur l'optimisation des ressources mobilisées. Ainsi, « être efficace ne suffit pas, il faut utiliser le minimum de ressources pour obtenir les meilleurs résultats » (R1).

Les contraintes liées aux ressources apparaissent particulièrement marquées en contexte de crise, notamment en matière de disponibilité des stocks : « nous avons consommé tout le stock annuel au moment de la crise » (R3), ce qui souligne la nécessité d'anticipation, comme en témoigne l'affirmation selon laquelle « il doit y avoir un stock de crise au niveau de l'hôpital » (R3). Par ailleurs, certaines initiatives organisationnelles visent à améliorer la productivité et l'efficience, notamment à travers l'acquisition d'équipements : « nous avons acheté un automate de biologie pour élargir la gamme des analyses et améliorer la productivité » (R4).

4.4. Communication et feedback

La communication interne apparaît comme un levier central du management de la performance. Les résultats soulignent l'importance de la diffusion de l'information à tous les niveaux de l'organisation, comme l'illustre l'idée selon laquelle « même la femme de ménage doit être au courant des objectifs internes » (R2).

Cependant, des limites sont relevées, notamment en matière de circulation de l'information : « les vraies idées ne circulent pas, il y a une rétention de l'information » (R2). Face à cela, les pratiques managériales tendent à renforcer les échanges directs, à travers la proximité avec les équipes : « le directeur se déplace dans les services pour discuter directement avec le personnel » (R3).

Enfin, les réunions constituent un espace privilégié de partage et de coordination, permettant « le partage d'expériences et la réduction du cloisonnement » (R2).

4.5. Implication, autonomie et responsabilisation

Les résultats mettent en évidence l'importance de l'implication des équipes dans le management de la performance. La réactivité organisationnelle repose notamment sur la décentralisation de la prise de décision : « la décision doit être prise au niveau le plus bas » (R2).

Cette dynamique s'accompagne d'un rejet des approches autoritaires, au profit d'une plus grande autonomie : « il faut arrêter les mécanismes autoritaires et laisser une marge d'initiative » (R2). L'implication des acteurs dans le processus décisionnel favorise leur engagement, puisque « quand une personne participe à la décision, elle adhère plus facilement à l'objectif » (R4).

Par ailleurs, la délégation apparaît comme une pratique essentielle : « le directeur ne peut pas tout faire » (R4), ce qui suppose un climat de confiance et d'ajustement mutuel entre les acteurs.

4.6. Coordination interne et intersectorielle

La coordination organisationnelle constitue un élément structurant de la performance hospitalière. Elle repose sur des mécanismes formalisés, notamment à travers les réunions de coordination réunissant les différents responsables : « nous exposons nos objectifs dans des réunions de coordination (...) afin de savoir ce qui se passe et comment améliorer la productivité » (R4).

Ces réunions permettent également un suivi des objectifs et une réévaluation des résultats : « on fixe un délai, puis on se réévalue lors de nos réunions » (R4).

Au-delà de la coordination interne, les résultats mettent en évidence l'ouverture de l'hôpital sur son environnement externe. L'établissement est décrit comme une structure capable de mobiliser des compétences multidisciplinaires et de s'inscrire dans une logique de filière de soins. Par ailleurs, « l'hôpital n'est pas exclu de son environnement externe » (R3), ce qui souligne l'importance des interactions en matière de formation et de partage d'information.

4.7. Climat organisationnel et engagement

Enfin, le climat organisationnel apparaît comme une dimension transversale de la performance. Les résultats soulignent le rôle du travail en équipe et du leadership dans le maintien d'un environnement favorable : « le travail en équipe et le leadership sont essentiels pour maintenir un bon climat organisationnel » (R1).

Cependant, des difficultés liées à l'engagement du personnel sont relevées, notamment en lien avec un faible sentiment d'appartenance : « le sentiment d'appartenance n'existe pas toujours dans la fonction publique » et « certains travaillent le strict minimum » (R4).

À l'inverse, la convivialité et la qualité des relations de travail contribuent à améliorer la performance : « la convivialité au travail crée un climat favorable » (R4). Dans ce cadre, le facteur humain apparaît comme central, puisque « la variable qui relie performance et adaptation, c'est l'humain dans toute sa complexité » (R2).

4.8. Adaptation empirique de l'échelle PMBQ au contexte hospitalier de crise

L'analyse qualitative ne s'est pas limitée à confirmer les dimensions de l'échelle PMBQ. Elle a également permis d'en contextualiser le contenu afin de mieux refléter les pratiques managériales mobilisées dans les établissements hospitaliers confrontés à des situations de crise. Les verbatims recueillis montrent que plusieurs items de l'échelle originale nécessitent une reformulation pour tenir compte des contraintes propres aux urgences sanitaires et aux catastrophes naturelles. En outre, l'analyse met en évidence des dimensions complémentaires qui enrichissent le modèle initial, notamment la gestion des ressources sous contrainte, la coordination intersectorielle et l'intensification du pilotage opérationnel.

Le tableau 2 présente la correspondance entre les dimensions de l'échelle PMBQ, les principaux enseignements issus des entretiens et les propositions d'adaptation des items.

Tableau 2 : Adaptation empirique de l'échelle PMBQ au contexte hospitalier de crise

Dimension PMBQ	Item original PMBQ	Résultats qualitatifs	Proposition d'adaptation
Définition des objectifs	Veille à ce que les objectifs de performance soient liés aux objectifs stratégiques ou opérationnels.	Les objectifs sont continuellement révisés selon l'évolution de la crise.	Les objectifs sont réévalués et priorisés en fonction de l'évolution de la situation de crise.
Communication	Est accessible et disponible pour discuter avec les autres.	La circulation rapide de l'information est indispensable pour assurer la continuité des soins.	Le manager assure une communication rapide, continue et transparente avec les équipes.
Retour d'information	Donne aux autres un retour d'information en temps opportun sur leurs performances.	Les réunions quotidiennes permettent un ajustement permanent des activités.	Le manager fournit un retour d'information continu permettant d'ajuster les décisions en temps réel.
Coaching	Donne les ressources nécessaires pour mener à bien la tâche.	Les ressources humaines et matérielles doivent être rapidement mobilisées et redistribuées.	Le manager mobilise et réaffecte rapidement les ressources nécessaires à la continuité des soins.
Définition et suivi des attentes en matière de performance	Vérifie l'exactitude et/ou la qualité du travail.	Les indicateurs sont suivis quotidiennement afin d'évaluer la situation et de réorienter les actions.	Les indicateurs critiques sont suivis quotidiennement afin d'ajuster rapidement les décisions.

Source : Élaboration personnelle.

5. Discussion des résultats

5.1. Une reconfiguration de la performance hospitalière en contexte de crise

Les résultats de cette recherche mettent en évidence que la performance hospitalière en contexte de crise ne peut être appréhendée uniquement à travers des indicateurs classiques tels que la mortalité, la morbidité ou la productivité. Bien que ces indicateurs demeurent centraux, ils apparaissent insuffisants pour rendre compte de la complexité des situations étudiées.

Ces résultats rejoignent les travaux récents qui soulignent la nécessité d'adopter une approche plus dynamique de la performance en contexte de crise, intégrant la capacité des organisations à s'adapter et à coordonner leurs actions dans des environnements incertains (Haldane et al., 2021 ; Kruk et al., 2015). En ce sens, la performance observée dans cette étude s'inscrit dans une logique processuelle, où les pratiques organisationnelles et managériales jouent un rôle structurant.

5.2. Le rôle central des comportements managériaux dans le pilotage de la performance

L'un des principaux enseignements de cette recherche réside dans la mise en évidence d'une tension managériale caractéristique des situations de crise. Les résultats montrent que le pilotage de la performance hospitalière repose simultanément sur une centralisation des décisions stratégiques et une décentralisation des décisions opérationnelles. D'une part, la direction assure la définition des objectifs, le suivi des indicateurs et la coordination des décisions majeures afin de garantir la cohérence de l'action collective. D'autre part, les équipes de terrain disposent d'une autonomie décisionnelle leur permettant d'adapter rapidement leurs pratiques aux évolutions de la situation. Loin de constituer une contradiction, cette articulation traduit un mode de gouvernance hybride, particulièrement adapté aux environnements caractérisés par l'incertitude et l'urgence. Elle permet de concilier la cohérence des orientations stratégiques avec la réactivité opérationnelle indispensable à la continuité des soins. Ce résultat rejoint les travaux d'Aguinis et Burgi-Tian (2021), qui soulignent que les comportements managériaux deviennent des leviers essentiels de la performance dans les contextes de forte incertitude.

Les dimensions identifiées empiriquement, à savoir la clarification des objectifs, le suivi des indicateurs, la communication, la coordination, l'implication des équipes et le maintien du climat organisationnel, confirment la pertinence d'une approche comportementale du

management de la performance. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, qui met en avant le rôle des pratiques managériales dans l'alignement des actions organisationnelles avec les objectifs stratégiques (Aguinis & Burgi-Tian, 2021). Toutefois, notre étude montre qu'en contexte de crise, ces comportements prennent une intensité particulière et deviennent des leviers critiques pour assurer la continuité des activités.

5.3. Enrichissement de l'échelle de mesure PMBQ par l'intégration de dimensions contextuelles

Les résultats obtenus permettent également d'enrichir l'échelle de mesure PMBQ en mettant en évidence des dimensions qui apparaissent comme particulièrement saillantes en contexte hospitalier de crise. En effet, si les dimensions classiques de l'instrument sont globalement confirmées, leur contenu est reconfiguré par les contraintes spécifiques du terrain.

En particulier, la gestion des ressources sous contrainte, la coordination interservices et le pilotage opérationnel intensifié émergent comme des dimensions clés de la performance, peu développées dans les approches initiales. Ces résultats rejoignent les travaux récents sur les systèmes de santé en contexte de crise, qui insistent sur l'importance de la coordination et de la mobilisation rapide des ressources (Barasa et al., 2021 ; Legido-Quigley et al., 2020).

Ainsi, cette recherche contribue à une contextualisation empirique de l'échelle de mesure PMBQ, en proposant des éléments permettant d'adapter ses items aux spécificités des environnements hospitaliers en situation d'urgence.

5.4. La centralité du facteur humain et du climat organisationnel

Un autre résultat marquant concerne le rôle du facteur humain dans la performance hospitalière. Les données mettent en évidence l'importance de l'implication des équipes, de la délégation, de la confiance et du climat organisationnel dans la gestion des situations de crise.

Ces éléments confirment les travaux récents qui soulignent que la performance organisationnelle repose en grande partie sur les dynamiques relationnelles et les interactions entre les acteurs (West et al., 2020 ; Nielsen et al., 2020). Dans des contextes marqués par la pression et l'incertitude, le maintien d'un climat organisationnel favorable apparaît comme un facteur déterminant pour soutenir l'engagement des équipes et assurer la continuité des soins.

5.5. Implications théoriques et managériales

Sur le plan théorique, cette recherche contribue à enrichir les travaux sur le management de la performance en proposant une adaptation de l'échelle de mesure PMBQ fondée sur des données empiriques issues du secteur hospitalier en contexte de crise. Elle met en évidence la nécessité d'intégrer des dimensions contextuelles dans les instruments de mesure, afin de mieux refléter la réalité des pratiques organisationnelles.

Sur le plan managérial, les résultats soulignent l'importance de renforcer les pratiques de pilotage, de communication et de coordination dans les établissements de santé, en particulier en situation d'urgence. Ils mettent également en évidence la nécessité de développer des dispositifs favorisant l'implication des équipes et le maintien du climat organisationnel.

6. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'adapter l'échelle PMBQ au contexte des établissements hospitaliers confrontés à des situations de crise. Les résultats confirment la pertinence des principales dimensions de l'échelle tout en mettant en évidence la nécessité de les contextualiser aux réalités du management hospitalier. Ils soulignent notamment le rôle de la clarification des objectifs, du suivi des indicateurs, de la communication, de la coordination, de l'implication des équipes et du maintien d'un climat organisationnel favorable dans la performance managériale en situation de crise.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche doctorale visant à développer et valider une version contextualisée du PMBQ. L'approche qualitative présentée constitue une première étape exploratoire ayant permis d'adapter les dimensions et les items de l'échelle à partir des réalités du terrain. Une phase confirmatoire reposant sur une validation quantitative et psychométrique sera conduite afin d'évaluer les propriétés de l'échelle adaptée et de tester empiriquement les relations entre les dimensions identifiées.

Références bibliographiques

- Aguinis, H. (2009). *Performance management* (2nd ed.). Pearson Education.
- Aguinis, H., & Burgi-Tian, J. (2021). Measuring performance during crises and beyond: The performance management system. *Business Horizons*, 64(1), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2020.09.001>
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., Ten Asbroek, A. H., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Health Policy*, 63(3), 207–218. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00078-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00078-1)
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2021). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience in health systems. *Health Policy and Planning*, 36(8), 1200–1212. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab044>
- Braithwaite, J., Churruarua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2017). When complexity science meets implementation science: A theoretical and empirical analysis of systems change. *BMJ Quality & Safety*, 27(7), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007448>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- DeNisi, A. S., & Murphy, K. R. (2017). Performance appraisal and performance management: 100 years of progress? *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 421–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113036>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for COVID-19. *BMJ*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., et al. (2021). Health systems resilience in managing COVID-19: Lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27, 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems? *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 1–12. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2013-0139>

- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., et al. (2020). Are high-performing health systems resilient against COVID-19? *The Lancet*, 395(10227), 848–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1)
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2020). IGLOO framework for sustainable organizational performance. *Work & Stress*, 34(4), 313–327. <https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1687916>
- Pulakos, E. D., Hanson, R. M., Arad, S., & Moye, N. (2019). Performance management can be fixed: An evidence-based review. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 6, 51–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012218-015009>
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., et al. (2020). Strengthening health systems resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(10), 1–4. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.28>
- Vindrola-Padros, C., Chisnall, G., Cooper, S., et al. (2020). Carrying out rapid qualitative research during a pandemic. *BMJ*, 369, m1966. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>
- West, M., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2020). Developing collective leadership for health care. *The King's Fund*.