

INSTITUT SUPERIEUR DE COMMERCE DE KINSHASA

01

ANALYSE DE LA SATISFACTION DES CLIENTS DU CENTRE MEDICAL MOYI MWA NTONGO(CMMMN) DE L'ECONOMIE DE COMMUNION(EdC) A KINSHASA.

Etat de la question en 2014



Corneille KIBIMBWA KIWESAMVELA

Promoteur : **Annie CORNET**

Co-Promoteur : **Hilaire MAKINDU**

**Mémoire – Projet Présenté En vue de
l'obtention du titre de Master en Gestion de
l'Entreprise**

Options: - Marketing et Management

Février 2015

Résumé

Le Centre Médical Moyi Mwa Ntongo(CMMMN) est une petite organisation qui est enregistrée dans le réseau de l'Economie de Communion. De 2010 à 2013, ce centre a connu une croissance très significative, en effectif des clients et en chiffre d'affaires. La question de cette recherche était celle de chercher à savoir la perception des services par les clients, afin de comprendre leur évaluation de la satisfaction en rapport avec la gestion basée sur les pratiques managériales de l'EdC¹. La recherche empirique sur un échantillon des clients et autres témoins a montré que les pratiques de l'EdC attirent, de manière globale, les clients au CMMMN par rapport à d'autres hôpitaux. L'analyse du test de X^2 montre que seules la qualité du personnel et la beauté des bâtiments influencent positivement l'évaluation des services tandis que les autres variables ne l'expliquent pas et ne présentent aucune signification statistique.

Mots clés : Pratiques managériales, Economie de Communion, Gestion, Organisation et Croissance

¹ EdC= Economie de Communion

Abstract

The Medical Center “**Moyi Mwa Ntongo**” is a small organization which is registered in the network of the Economy of Communion. From 2010 to 2013, this center has experienced a growth very significantly, in **strength of the customers** and in **turnover**. The question of this research was to know the perception of services by customers, in order to understand their assessment of satisfaction in report with the management based on the managerial practices of the EdC. The empirical research on a sample of customers and other witnesses showed that the practices of the EdC attract, in a comprehensive manner, the customers at the **CMMM** compared to other hospitals. The analysis of the test of X2 shows that only the quality of the staff and the beauty of buildings positive influence this evaluation services, while the other variables do not explain and show no statistical significance.

Keys Words: Management practices, Economy of Communion, Management, Organization and Increase.

IN MEMORIAM

A nos regrettés chers parents.

DEDICACE

A notre épouse Emérence, nos enfants, frères et sœurs qui nous ont apporté
leurs soutiens et encouragements.

REMERCIEMENTS

«Je suis ce que je suis grâce à ce que nous sommes tous»(Ubuntu)

Nous voulons à travers ces mots témoigner notre profonde gratitude à tous ceux qui nous ont aidés dans l’accomplissement de ce mémoire-projet, parce que nous sommes ce que nous sommes dans ce travail grâce à eux. Nous voudrions particulièrement remercier :

La Professeure Annie Cornet, professeure ordinaire - HEC-ULg (Liège), Conseillère du Recteur (Ulg) Genre et Diversité, Unité de recherche EGiD (Etudes sur le Genre et la Diversité en Gestion)- Chaire Diversité et Innovations Sociales (GDF-Suez / Mobistar / Groupe SNCB), Directeur de ce mémoire, qui nous a accordé sa confiance et s’est personnellement investi en nous garantissant tous les appuis scientifiques nécessaires pour notre réussite. Nous voudrions lui témoigner notre profonde gratitude pour nous avoir offert l’opportunité d’accomplir ce mémoire dans une thématique novatrice de pratiques managériales. Nous avons ainsi bénéficié d’un encadrement scientifique rigoureux et de grande qualité, et par ses conseils et remarques que nous qualifions de vitaux pour ce mémoire-projet. De plus, son sens de l’écoute, sa disponibilité inconditionnelle malgré ses multiples responsabilités, ainsi que ses encouragements permanents ont été très déterminants dans l’aboutissement de ladite dissertation, et constitueront toujours une source intarissable d’inspiration tout au long de notre carrière universitaire.

Le Professeur Hilaire MAKINDU, Professeur à l’ISC, à l’université de Kinshasa et à l’université protestante au Congo. Nous voudrions lui exprimer notre profonde gratitude d’une part pour son appui scientifique, ses critiques constructives, son accompagnement méthodologique et ses conseils toujours pertinents.

Nous témoignons notre sincère reconnaissance à la Commission internationale de l’économie de communion qui a financé nos frais académiques dans le cadre de ce programme de master ISC-ULg.

Un grand merci à Ghislaine KAHAMBU et Paulo MELO, délégués de la présidente du Mouvement de FOCOLARI pour la zone du Congo pour leur soutien moral.

Un grand merci à monsieur l'abbé Tony AIMBA pour ses intercessions.

Un merci tout particulier à Raoul MBELA, chef de travaux à l'Université de Kinshasa, pour nous avoir si généreusement orienté dans le traitement et interprétation des données de terrain.

Nous adressons également nos sincères remerciements au Docteur Arthur NGOY, médecin directeur et tout le personnel du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo qui ont été d'un grand soutien lors de la collecte des données au sein du CMMM.

A tous nos collègues de la troisième promotion du programme de master de l'ISC- ULg pour tous les bons moments vécus ensemble.

A tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin à la réalisation de cette étude dont nous ne pouvons citer car la liste est très longue et certainement ils se reconnaîtront.

Que tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont rendu possible la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Corneille KIBIMBWA

GLOSSAIRE

A.G : Administrateur Gestionnaire

AECOM : Association pour l'Economie de Communion

CMMMN : Centre Médical Moyi Mwa Ntongo

CPN : Consultation prénatale

EdC : Economie de Communion

FC : Franc Congolais

GRH : Gestion des ressources humaines

NSP : Ne sait pas

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Otorhino laryngologie

PESTEL : Politique, Economique, Socioculturel, Technologique, Légal

RDC : République Démocratique du Congo

RSE : Responsabilité Sociale de l'Entreprise

SPSS : *Statistical Package for the Social Sciences*

SSP : Soins de santé primaire

SWOT : Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Principes Directeurs de l'économie de Communion.....	20
Tableau n°2 : Pratiques managériales communes à d'autres modèles et promues par l'EdC.....	22
Tableau n°3 : Quelques statistiques du mois de juin 2014 sur la fréquentation du public au CMMMN.....	36
Tableau n°4 : Tableau de revenu par service offert au CMMMN en juin 2014.....	37
Tableau n°5 : Analyse SWOT du CMMMN.....	38
Tableau n°6 : Structure fonctionnelle et structure des animateurs.....	42
Tableau n°7 : Distinction du modèle de GRH.....	43
Tableau n°8 : Analyse des forces et faiblesses de GRH (SWOT).....	46
Tableau n°9 : Croissance économique du CMMMN.....	47
Tableau n°10 : Caractéristiques liées à la motivation du choix du CMMMN.....	51
Tableau n°11 : Niveau d'appréciation du choix du CMMMN.....	54
Tableau n°12 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées(%).....	55
Tableau n°13 : Critères d'appréciation des enquêtés en rapport avec l'évaluation.....	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme du CMMM	41
Figure 2 : Niveau de satisfaction des clients du CMMM	53
Figure 3 : Raisons du choix du CMMM par rapport à d'autres hôpitaux	53
Figure 4 : Niveau d'appréciation des clients du CMMM(%)	55
Figure 5 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	57

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
Chapitre 1 : Gestion Des Organisations Dans Le Modèle Valoriel Et	
Evaluation Des Soins De Sante En Afrique.....	4
1.1. Gestion des Organisations dans le modèle valoriel.....	4
1.1.1. La Configuration Missionnaire.....	5
1.1.2. Les pratiques de GRH dans le modèle valoriel.....	6
1.1.3. Le Recrutement.....	7
1.1.4. La Rémunération.....	8
1.1.5. La Communication.....	9
1.1.6. Les relations.....	9
1.1.7. Les stratégies dans le modèle valoriel.....	9
1.2. EVALUATION DE SOINS DE SANTE.....	10
1.2.1. Le management de soins de santé.....	12
1.2.2. Réaliser une auto évaluation de soins de santé au niveau des centres de santé ..	15
Chapitre 2 : Pratiques managériales distinctives de l'Economie de Communion.....	16
2.1. L'Economie de Communion.....	16
2.1.1. Présentation.....	16
2.1.2. Mouvement de Focolari.....	17
2.1.3. Principes	17
2.2. Les pratiques distinctives de l'Economie de Communion.....	21
2.3. Les pratiques managériales communes à d'autres modèles et promues par l'EdC.....	21
2.4. Les pratiques distinctives.....	24
2.4.1. La Communion comme mission et valeur fondamentale.....	24
2.4.2. Les outils de Communion.....	24

2.4.3. Les ingrédients de Communion.....	25
2.4.4. Le partage de la valeur créée ou la création des valeurs partagées.....	28
2.4.5. La responsabilité de l'entreprise.....	29
2.5. Témoignages de quelques entreprises de l'Economie de Communion.....	30
2.5.1. Jean Mari Kalasa (RDC)	30
2.5.2. Anastase NGOY (RDC).....	30
2.5.3. Banko Kabayan (Philippine)	30
2.5.4. La Fonderie Brésilienne Femaq.....	31
2.6. L'Economie de Communion : un modèle collectif (Grévin A . 2013).....	31

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CENTRE MEDICAL MOYI MWA

NTONGO ET ANALYSE DE LA SATISFACTION DES

SERVICES DE SOINS.....33

Chapitre 3 : Présentation du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo..... 33

3.1. Présentation de l'Organisation : Missions et Objectifs.....	33
3.1.1. Missions.....	34
3.1.2. Objectifs.....	34
3.1.3. Stratégies d'Organisation.....	34
3.1.4. Objectifs à court et moyen terme.....	34
3.2. Publics- Services-Couvertures géographique.....	35
3.3. Description de l'environnement.....	37
3.4. Description de l'Organisation du travail.....	39
3.4.1. Structure organisationnelle.....	39
3.4.2. Organes du CMMMNI	39
3.4.3. Acteurs clés	40
3.4.4. Organigramme du CMMMNI.....	41
3.4.5. Nombre de personnes œuvrant dans le CMMMNI (chiffre de juin 2014).....	42
3.4.6. Profil des travailleurs.....	42

3.4.7. Division du travail et mécanisme de coordination	43
3.5. Pratiques de GRH- Forces et faiblesses (SWOT).....	43
3.5.1. Pratiques de GRH.....	43
3.5.2. Les forces et les faiblesses de la pratique de GRH.....	46
3.6. Croissance économique du CMMM.....	47

Chapitre 4 : Analyse De La Satisfaction Des Clients Du Centre Medical Moyi Mwa Ntongo.....49

4.1. Méthodologie de la recherche.....	49
4.1.1. Objectif de l'étude.....	49
4.1.2. Echantillonnage.....	49
4.1.3. Outils de collecte.....	49
4.1.4. Taux de couverture.....	50
4.1.5. Traitement des données.....	50
4.1.6. Méthodes d'analyse.....	50
4.2. Présentation des données de la recherche.....	50
4.2.1. Motivation et Evaluation des enquêtes sur le CMMM.....	50
4.2.2. Critères d'appréciation et évaluation de la satisfaction des services.....	57
4.3. DISCUSSION DES RESULTATS.....	59
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXE.....	65

INTRODUCTION

Dans le cadre de la fin de notre programme de master professionnel en gestion et droit de l'entreprise co-organisé par l'Université de Liège- HEC et l'ISC Kinshasa, nous avons choisi de réaliser un mémoire qui porte sur un cas concret de l'analyse de la satisfaction des clients du CMMM qui est une organisation gérée par les principes de l'Economie de Communion(EdC) à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

Nous les entendions parler souvent dans différents colloques organisés à travers le monde que nous avons eu l'opportunité d'assister¹. On les présentait, par plusieurs entrepreneurs, comme des éléments de rare efficacité pour atteindre les buts fixés² et sont capables de transformer de l'intérieur une entreprise et pouvaient constituer le facteur clé de succès de ces entreprises. En premier lieu, le mythe ou la réalité de leur usage dans cette institution, nous a intéressé mais toute de suite nous avons compris que cela est confirmé par le fait que l'institution est déjà reconnue comme faisant parti de l'économie de Communion.

Ainsi, nous avons poursuivi notre recherche pour viser à analyser l'évaluation de la satisfaction de services dans les aspects de gestion (sans prendre en compte les aspects médico-techniques). NONDOFAZ, 2014 P 3, définit le "bon management" comme étant celui qui est capable de faire réaliser par des gens ordinaires les performances extraordinaires exigées par les clients.

Le choix du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo a été guidé par le fait qu'il est parmi les rares organisations appartenant à ce réseau dans la ville de Kinshasa. A notre qualité de manager, nous avons bien voulu voir si les pratiques managériales appliquées dans ce centre sont conformes aux pratiques managériales proposées par l'EdC. Dans le cadre de cette étude, nos recherches concernent la période allant de 2010-2013.

Le Centre Médical Moyi Mwa Ntongo n'a pas commencé avec ces pratiques, celles-ci sont arrivées avec l'équipe de dirigeants(ou mieux des acteurs clés) installés en 2011 et qui sont membres de ce réseau de l'EdC. C'est à ce titre que le centre Médical Moyi Mwa Ntongo est

¹ Nous faisons allusion aux colloques de janvier 2011 à Nairobi, de mai 2011 à Sao Paulo au Brésil, de septembre 2012 à Lopiano près de Florence en Italie et en octobre 2013 à Lisbonne au Portugal

² Sanze G. est docteur en sciences de gestion et elle est responsable de la commission Pan Africaine de l'EdC

compté parmi les organisations de l'EdC³. Une croissance du chiffre d'affaires et de nombre de clients sont observés au CMMMn depuis l'arrivée de cette équipe dirigeante.

C'est ainsi que notre sujet a abouti à la problématique suivante : Peut-on dire que les bonnes pratiques managériales de l'EdC appliquées au CMMMn, sont à la base de cette croissance ? Aussi, cette croissance serait-elle liée à ces pratiques ou influencée par d'autres facteurs exogènes ?

Telles sont les questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre dans ce travail.

Pour nous permettre de répondre à ces questions, nous émettons les hypothèses suivantes :

- Les bonnes pratiques managériales favoriseraient l'afflux des clients et entraîneraient ainsi la croissance du CMMMn.
- Les facteurs autres que les pratiques endogènes auraient un impact significatif sur l'organisation du CMMMn

Du point de vue méthodologique, nous avons fait appel aux méthodes et techniques suivantes :

- Les méthodes quantitative et qualitative se côtoient dans cette étude et ne sont pas contradictoires (Rose, 2000). Certains chercheurs ont même montré l'intérêt de l'utilisation de ces deux méthodes lorsque les données d'analyse sont à la fois binaires et quantitatives.
- La Méthode qualitative avec le type de questions ouvertes sur certaines variables pour expliquer le choix du CMMMn par rapport aux autres hôpitaux de la place.
- La Méthode quantitative, à l'aide des données de l'enquête par sondage menée auprès des clients et des témoins qui fréquentent le CMMMn, nous a permis par les jeux de questions et réponses, d'évaluer la satisfaction des services.
- La technique documentaire, nous a permis de consulter certains documents relatifs à l'économie de communion, aux pratiques managériales dans les bibliothèques de la place, et sur internet. Elle nous a aidé à élaborer l'approche théorique de cette recherche.

³ John Mundell, un des entrepreneurs pionniers en Amérique du Nord dit qu'une entreprise est dite de l'EdC si l'entrepreneur ou l'un de ses hauts dirigeants (acteur clé) a adopté l'EdC

En ce qui concerne les difficultés rencontrées, nous avons été butés par certaines limites dues à l'inexistence des organisations qui appliquent l'EdC en RDC et spécialement dans la ville de Kinshasa.

Une deuxième difficulté est inhérente aux travaux de terrain : notre questionnaire élaboré en français nous a posé de problème de traduction pour les enquêtés qui ne connaissent pas la langue française. Une autre difficulté est celle liée à l'indisponibilité des enquêtés, rencontrés sur place au centre, compte tenu de leur état de santé.

Outre l'introduction et la conclusion, notre travail s'articule en deux parties.

- La première partie est réservée à la revue de la littérature traitant de la gestion du modèle valoriel, l'évaluation des soins de santé en Afrique et les pratiques distinctives de l'économie de communion. Elle est constituée de deux chapitres ; notamment le Chapitre premier et le deuxième chapitre.
- La deuxième partie concerne la présentation du centre médical Moyi Mwa Ntongo et l'analyse de la satisfaction des soins de service. Celle-ci est subdivisée en deux chapitres. Le chapitre 3 et le chapitre 4. Cette dernière est le fruit des recherches sur terrain au centre Médical. A l'aide d'un questionnaire administré aux clients et aux autres témoins, nous avons présenté la méthodologie utilisée et les résultats. Sur base des hypothèses émises, une discussion a été faite afin de les infirmer ou les confirmer.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

Chapitre 1 : GESTION DES ORGANISATIONS DANS LE MODELE VALORIEL ET EVALUATION DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE

Le présent chapitre définit la gestion dans un modèle valoriel et évalue ainsi les soins de santé en Afrique.

1.1. Gestion des organisations dans le modèle valoriel

La littérature, les discours et les pratiques concrètes en matière de gestion sont riches et nombreux. Dans cette partie, réservée à la revue de la littérature, nous nous référons au travail de François Pichault et Jean Nizet(2000) qui, avec d'autres auteurs, ont privilégié le terme «gestion de ressources humaines» qui leur semble le plus générique.

Les deux auteurs précités en s'appuyant aux travaux de Bournois et Brabet (1993, p.17), affirment qu'assurément, les limites qui séparent la gestion de ressources humaines et d'autres aspects du fonctionnement de l'organisation ou de la gestion de celle-ci sont floues, ambiguës... (Pichault F. et Nizet J., 2000, p.22). Ainsi, pour ces deux auteurs, il n'est pas aisé de délimiter les matières qui font partie du domaine de la GRH ; il n'est guère plus facile de distinguer la GRH à d'autres aspects du fonctionnement de l'organisation et de la gestion p.23.

Dans ce travail, nous traitons d'un cas concret, pour cela, la démarche de Pichault et Nizet de choisir l'analyse pour contourner la difficulté de coexistence, parfois de mélange entre le jugement de fait et le jugement de valeur nous est providentielle. Un autre élément important dans l'étude de ces deux auteurs (Pichault et Nizet) est de dépasser les conceptions universaliste de GRH et sont partis de l'idée selon laquelle il n'existe pas une seule, mais bien plusieurs GRH.

Le cas sous examen est une organisation du type missionnaire. Chaque organisation poursuit non pas un, mais plusieurs buts (Mintzberg, 1986,p. 48-55, cité par Pichault et Nizet, 2000, p.44). Selon ces deux auteurs (Pichault et Nizet), considérés isolément les uns des autres,

ces buts peuvent être caractérisés de deux manières. La première distinction, qui nous intéresse, oppose les buts de mission, d'une part et de l'autre, les buts de système(Nizet et Pichault, 1995, p.98-108).

Selon ces auteurs, les buts de mission ont trait aux produits, aux services ou encore aux clients de l'organisation (l'hôpital qui met en place un dispositif particulier d'accueil du malade, la chaîne de distribution qui décide à commercialiser des produits qui respectent davantage l'environnement, etc.)

Quant aux buts de système, ils ont trait à l'état de l'organisation et à ses membres, indépendamment des biens ou de service qu'elle produit (l'entreprise qui, pour comprimer ses coûts, licencie une partie de son personnel, celle qui décide d'accroître sensiblement la rémunération des ces cadres, etc.) (Pichault et Nizet, 2000, p.44)

Pour Pichault et Nizet(2000, p.48), en explorant systématiquement les liens entre différentes dimensions des configurations de l'organisation, selon les hypothèses de Mintzberg relatives à la division et à la coordination du travail, aux buts organisationnels et à la distribution du pouvoir : on peut arriver à dégager des constellations de variables qui constituent des types théoriques. Pour eux, on parlera de «configurations», dans le langage de Mintzberg et ils les regroupent en cinq types principaux (Entrepreneuriale, Missionnaire, Bureaucratique, Professionnelle et Adhocratique).

1.1.1. La Configuration Missionnaire

Selon Pichault et Nizet(2000, p.50), le terme «missionnaire» de Mintzberg, 1986, p.485-508 ; Nizet et Pichault, 1995, p. 219-221, se réfère à la problématique des buts : ce type de configuration se caractérise par une nette prédominance des buts de mission(à savoir ceux qui concernent les clients de l'organisation) sur les buts de système(ceux qui concernent l'organisation comme telle).

Selon Mintzberg(1998), On distingue trois formes dérivées de la configuration missionnaire dite pure, à savoir :

- Les organisations missionnaires réformatrices : leur but est de "changer le monde directement".
- Les organisations missionnaires de conversion : leur but est de "changer le monde indirectement en attirant des membres et en transformant leur comportement". Ces

organisations ont souvent la forme d' "institutions totales" pour reprendre le terme employé par Erving Goffman, c'est-à-dire qu'elles dirigent "tous les aspects de la vie de leurs membres", de manière à pouvoir entièrement les contrôler.

- Les organisations missionnaires cloîtres : leur but est de "permettre à ses membres de poursuivre un style de vie particulier et unique". Elles ne cherchent pas à contrôler autre chose que le comportement de leurs membres, notamment en s'isolant "du reste du monde par tous les moyens".

Les organisations missionnaires ont à faire face à deux pressions : la première est la menace de l'isolement, certes nécessaire pour protéger leur idéologie des pressions du monde extérieur mais comment dans ce cas là assurer le renouveau nécessaire ? La deuxième est la menace de l'assimilation, risque encouru en raison des contacts avec le monde extérieur qu'elles veulent changer.

1.1.2. Les pratiques de GRH dans le modèle valoriel

Pichault et Nizet (2000, p.295) soutiennent qu'en sciences humaines, il y a une distinction classique : soit une approche micro qui met l'accent sur le comportement, les représentations individuelles, d'une part et d'autre part des approches plus «macro» qui utilise des grands angles et mettent en lumière des phénomènes sociaux globaux.

Mais dans leur démarche, ils occupent une position intermédiaire (p .296). Ils l'ont envisagé sous l'angle collectif, non seulement un regard sur les individus et leurs motivations (Michel, 1991), à leurs formes d'implications (Michel, 1991), au stress qu'ils vivent dans leur travail (Chanlat, 1990b), aux conflits psychiques qui les traversent(Aubert et Gaulejac, 1991), à leurs souffrances personnelles(Dejours, 1990), etc. Par ailleurs, les phénomènes globaux sont pris ici comme des« facteurs de contingence» qui orientent les pratiques de GRH dans tel ou tel sens.

Dans le modèle valoriel, selon Pichault et Nizet (2000, p.145), la fonction ressources humaines y est envisagée sur un mode implicite faisant largement appel à la notion de «don» de soi, dans la référence constante aux valeurs qui constituent le fondement de l'organisation. Une de conséquences de cet état de fait est qu'il n y a guerre de connexion formelle entre différentes pratiques de GRH. Ils concluent qu'il est difficile de les appréhender comme l'expression cohérente d'une «vision» managériale et ce modèle ne désigne pas d'acteur particulier dans la définition de politique de GRH (Pichault F. et Nizet J. 2000 p146)

En bref, il n'y aura vraisemblablement pas d'entité spécifique en charge de GRH, cette fonction étant largement assurée, sur un mode implicite, par des acteurs qui adhèrent fortement aux missions p.298.

Selon Laville et Sainsaulieu, 1997, P.290-291, cité par Pichault et Nizet, ce modèle valoriel est d'une grande volatilité qui peut le faire dériver aisément vers le modèle arbitraire. Pour Jeavons, dans les organisations religieuses, cette volatilité est fréquemment liée, à l'émergence de la question de l'efficacité, qui finit par s'imposer comme élément clé de la survie organisationnelle car le caractère essentiellement religieux s'érode quand les définitions (et les évaluations) de l'efficacité sont incomplètes ou biaisées(...), l'organisation est alors davantage susceptible de s'engager dans d'autres modèles qui s'avèrent incompatibles avec ses racines religieuses.

Par exemple, dit l'auteur, des techniques de collecte de fonds qui vont à l'encontre de principes religieux, tout en étant acceptables dans un monde séculier, sont parfois adoptées(Jeavons, 1992 p.63 traduction de Pichault et Nizet).

1.1.3. Le Recrutement

Selon Pichault et Nizet(2000, p.146), en matière de recrutement, il n'y a aucun processus formel ni aucun processus de sélection n'est établi d'avance :toutes les bonnes volontés sont bienvenues- les études empiriques montrent que les motivations à cet égard peuvent être multiples(Anderson et Moore, 1978 ; Clary et Snyder, 1991), mais l'entrée dans l'organisation est soumise à l'abandon de ses références préalables en termes de compétences et de formation pour endosser les valeurs communes.

L'organisation sélectionne des candidats à un poste, non pas uniquement en fonction de leur capacité à effectuer le travail, mais aussi parce que leurs systèmes de valeurs sont compatibles avec l'idéologie de l'organisation(...). Le recrutement fait partie de dispositifs qui permettent le renforcement de l'identification à l'idéologie de l'organisation (Mintzberg, 1986, p.228, cité par Pichault et Nizet, 2000 p.147). Un constat similaire est effectué par Jeavons à propos des organisations religieuses (Jeavons, 1992, p.67, traduction de Pichault et Nizet).

Selon Mintzberg(1986, p.226-235), cité par Pichault et Nizet, 2000, p.148, dans le modèle valoriel, l'accent est mis fortement sur les dispositifs d'intégration , il le désigne sous le nom de processus d'identification. Ce processus peut s'effectuer soit de manière explicite, par endoctrinement (ensemble de techniques formelles destinées à encourager le membre à

s'identifier aux valeurs organisationnelles), soit de manière implicite, à la suite de diverses actions de socialisation (ensemble de pressions informelles amenant le membre à intérioriser les valeurs).

Pour Pichault et Nizet, 2000 p.148-149, la politique de formation occupe sans surprise une position centrale dans ce modèle : elle est principalement orientée dans une perspective de transformation sociale (Darkewald et Meriam, 1982, p 58-64), surtout si l'on a affaire à des organisations militantes (missionnaires «convertisseurs» chez Mintzberg, 1990, p.333). La formation vise souvent dès l'entrée, à doter les membres d'un appareil conceptuel spécifique et d'une grille d'appréhension de la réalité, par le biais auquel ils pourront se mettre au service de la mission (savoir être). Sans doute, la formation inclut également, la transmission (plus scolaires) de savoirs et des savoirs faire propres à renforcer l'efficacité des actions entreprises.

Selon Clary et Snyder, 1992, p.133, traduction de Pichault et Nizet , cités par ces derniers,(2000, p.149.), pour stimuler l'implication des volontaires dans ce modèle valoriel, les activités doivent être porteuses de sens et le moyen important de créer du sens est de relier le travail à des valeurs plus larges, plus abstraites.

1.1.4. La Rémunération

Dans le modèle valoriel, les questions de rémunération, de promotion, de temps de travail, etc., n'apparaissent pas comme légitimes ou dignes d'intérêt vu la prégnance des valeurs censées mobiliser les membres (Jeavons, 1992) de Pichault et Nizet (2000, p.145.)

La rémunération est parfois inexistante (dans le cas du bénévolat) ; sinon elle est généralement faible et son montant est dans bon nombre de cas identique pour tous (Warhust, 1998, p.481, cité par Pichault et Nizet, 2000, p. 150.).Généralement, la question de la rémunération ne constitue pas un sujet légitime ; elle peut d'ailleurs être perçue dans certains cas comme venant ternir les valeurs de l'organisation (Laville et Sainsalieu 1997, p.246-247, cités par Pichault et Nizet, 2000, p.150).

L'évaluation est ici fondée sur le dévouement et l'adhésion aux valeurs, constamment appréciées de manière tacite et consensuelle par l'ensemble des membres d'organisation (Warhust, 1998, p.485-487, cité par Pichault et Nizet, 2000, p.149). Cette évaluation n'a pas d'influence directe sur la promotion, celle-ci n'est donc jamais due.

Le temps de travail ne compte pas et doit se plier aux exigences de la mission, selon Pichault et Nizet(2000, p.150) qui citent l'étude menée par Brown et Zahrly(1989) auprès de volontaires formés de manière intensive dans un centre d'intervention de crise.

1.1.5. La Communication

Les dispositifs de communication sont ici très élaborés, à la fois vers l'intérieur de l'organisation (journal interne, nombreuses réunions inter-unités, etc.) et le cas échéant vis-à-vis de l'extérieur (campagne d'opinion). Ils mettent constamment en avant les valeurs qui sont censées guider et stimuler l'action de membres (Pichault et Nizet, 2000, p.151).

Selon Clary et Snyder (1992), cités par Pichault et Nizet (2000, p.151), divers travaux prescriptifs consacrés aux organisations volontaires insistent sur la nécessité d'une communication à caractère persuasif, notamment à l'égard de nouveaux entrants.

A ce titre, Pichault et Nizet (2000), insistent sur l'importance de la communication informelle en vue de maintenir, disent-ils, un climat de convivialité entre les membres. p.151.

1.1.6. Les relations

Selon les deux auteurs (Pichault et Nizet, 2000, p.151), les relations professionnelles sont les plus souvent évitées, étant donné le caractère largement implicite de la plupart des dimensions de la GRH. Aussi, le développement d'organes formels de négociation conduirait logiquement à une explication grandissante des choix opérés à la matière, ce qui ne correspondrait guère aux caractéristiques fondamentales du modèle valoriel.

Ainsi, l'action syndicale qui vise à promouvoir les intérêts des opérateurs, trouve difficilement sa place dans un contexte idéologique où est censée prévaloir la valeur de la mission organisationnelle.

1.1.7. Les stratégies dans le modèle valoriel

La notion de stratégie est largement utilisée dans le domaine de la gestion. Pour Purcell et Ahlstrand, (1995, p.27-29) cités par Pichault et Nizet, (2000 p.184), la stratégie désigne l'ensemble des décisions importantes prises par les responsables des entreprises : des décisions qui ont des effets à long terme et qui impliquent d'importantes ressources financières, matérielles, humaines, etc.

Il est important de préciser que la notion de stratégie ici est celle d'affaires. A partir du travail conceptuel réalisé par Miller(1996) et Youndt et al. (1996) sur base des typologies de Miles et Snow(1978) et Porter (1980), Pichault et Nizet(2000, p.187) ont distingués quatre différents types de stratégie d'affaires : la différenciation, la qualité, le leader des coûts et la flexibilité.

Ainsi, ces deux auteurs ont donné le résultat des études de Miler et Youndt en correspondant avec leur typologie de modèle de GRH en ce terme en ce qui concerne le modèle valoriel :« le développement d'un modèle valoriel est susceptible d'être influencé par :

- la présence d'une configuration missionnaire ; - un contexte culturel valorisant le climat social, l'épanouissement dans le travail, la satisfaction des motivations individuelles et
- une stratégie d'affaire orientée vers la qualité et/ou l'innovation. Cette relation doit être envisagée avec toute la prudence nécessaire (Pichault et Nizet, 2000, p. 195).

Nous venons de voir dans cette partie quelques littératures descriptives et quelques facteurs contextuels ⁴potentiellement mobilisés autour du modèle valoriel. Dans les lignes qui suivent, nous voulons dire quelque chose sur l'évaluation des soins de santé en Afrique, parce que notre travail porte sur une organisation du secteur de soins de santé.

1.2. Evaluation des soins de santé

Dans tous les hôpitaux, même dans les dispensaires, il n'y a pas d'amour. Quand tu arrives à l'hôpital, ils te donnent un formulaire à remplir. Il tient la plume. Tu lui dis :« Papa, écris, mon enfant se meurt; il répondra, il faut payer. Il croise même les jambes; tu es inquiet, agité et il insiste qu'il faut donner l'argent. Avant que l'argent n'arrive, l'enfant meurt. Il n'y a pas d'amour. Pour pouvoir utiliser l'hôpital, il faut payer le tout ou tu meurs si tu n'as pas l'argent qu'il faut». (Groupe thématique – Femmes), (OMS, bureau régional pour l'Afrique, 2012, p.11).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le biais de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (OMS et UNICEF, 1978; Lawn et al, 2008), cités par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2012, a lancé l'approche des soins de santé primaires (SSP), qui est axée sur le rôle principal de l'engagement commun et de la participation communautaire à la prestation des services de santé.

⁴ Il s'agit des facteurs contextuels suivants :- Configuration, - Environnement, - Stratégies organisationnelles, listés par Pichault et Nizet, 2000, p.256 inséré dans le tableau 8.

Le fait que les populations des communautés urbaines, péri-urbaines et rurales ont le potentiel de contribuer utilement à la conception et à l'organisation de services de santé efficaces a de nouveau été souligné dans la Déclaration d'Addis Abeba (OMS, 2006), le Rapport sur la santé dans le monde (OMS, 2008e) et la Déclaration de Ouagadougou (OMS, 2008a). Dans ces déclarations, l'OMS a repris le modèle des SSP et rappelé l'importance des approches centrées sur la personne et des principes de la couverture universelle.

Des bilans récents de l'OMS (2011) indiquent que la plupart des pays de la Région ont peu de chances d'atteindre les OMD 4, 5 et 6.⁵

La lenteur des progrès du développement sanitaire, ainsi que de la réalisation des cibles mondiales et nationales, a été associée à la faiblesse des systèmes de santé et de quelques éléments clés, dont :

- (i) prestation de services;
- (ii) personnels de santé

Selon le rapport d'enquête multi pays de l'OMS, bureau régional pour l'Afrique (2012, p. Xiii), il s'est avéré que dans tous les sites étudiés, 85 à 90 % des répondants ont déclaré que les établissements de santé du secteur public sont la source principale de soins de santé. Suivis des établissements de santé privés dans les zones urbaines (55,9 %) et les tradipraticiens (17,9 %). Dans les zones urbaines, les répondants ont mentionné le secteur non public, à savoir les centres de santé à base confessionnelle (14,7 %) et les vendeurs de médicaments (13,8 %), comme autres sources de soins.

Le recours aux centres de santé à base confessionnelle représente respectivement 5 % pour la sous-région de l'ouest, 22,3 % pour la partie Est et Australe et 17,5 % pour la sous-région centrale. Cependant, 18,1 % des répondants de la sous-région centrale et 15 % de la sous-région de l'ouest ont mentionné les vendeurs de médicaments comme source importante de soins.

Ces résultats ont des incidences sur le rôle de tutelle, de réglementation, de surveillance et de mobilisation du gouvernement dans la direction et la gestion du système de santé.

Bien que les établissements de santé du secteur public soient cités par 90 % des répondants comme source principale des soins de santé, ils sont perçus et décrits par les gens, en particulier ceux de la sous-région de l'ouest, comme « des centres de vaccination des enfants, et de soins prénatals et d'obstétrique pour les femmes ». Dans les trois sous-régions, le traitement des affections est le service le plus couramment offert dans les centres de santé publique, soit 80,2 %

⁵ OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

de la sous-région de l'ouest, 79,9 % de la sous-région centrale, et 54 % de la sous-région de l'est et australe. Viennent ensuite les prestations pour les enfants et les femmes.

S'agissant de l'aptitude des services de santé à répondre aux attentes, plus des deux tiers des répondants estiment que les prestations des établissements du secteur laissent à désirer, la seule exception étant l'Afrique du Sud.

Les principales raisons citées sont : le manque de médicaments et de matériel (39,1 %); le mauvais comportement des prestataires de soins (27,7 %); les retards et les longues périodes d'attente (13,1 %).

La citation qui suit rend bien compte de cette perception :

« Dans le temps, quand j'allais dans un centre de santé, on me faisait bon accueil. Avant de me demander de l'argent, ils soignaient l'enfant et ce n'est qu'ensuite qu'ils me donnaient la note. Maintenant, voilà ce qu'on voit, tu amènes un enfant malade, l'enfant est dans le coma mais on te demande d'amener des médicaments, du sang et du matériel de transfusion. Quand tu as passé par toutes ces étapes, l'état de l'enfant a empiré. » (Groupe thématique, hommes adultes, zone rurale).

En général, les principaux facteurs qui influent sur l'évaluation des services de santé dans l'étude sont : l'attitude des personnels de santé envers les utilisateurs; l'insuffisance des médicaments et d'autres fournitures; et la convivialité de l'environnement. On constate des différences selon les localités et les sous-régions. Les problèmes et les sujets de mécontentement sont plus nombreux dans la sous-région centrale (69 %) suivie par la sous-région de l'ouest (67 %).

Les citations qui suivent rendent bien compte des sentiments des gens : « Les agents de santé ne sont pas aimables. Ils ne traitent pas les patients poliment. » (Groupe thématique, femmes adultes, zone urbaine). « Seules les personnes qui ont des parents qui travaillent au centre de santé sont bien soignées et bien accueillies. Personne ne soigne ou ne s'occupe des autres, même si on est en train de mourir toute seule. » (Groupe thématique, femmes jeunes, zone urbaine).

Un adulte a décrit l'environnement dans les centres de santé du secteur public comme étant peu propice aux nouveau-nés. Voici ce qu'il en dit : « L'accouchement se déroule bien, mais avant le lever du jour une dizaine de moustiques ont déjà piqué le nouveau né alors qu'il est encore à l'hôpital. Comment voulez-vous que cet enfant aille bien ? Dans des conditions pareilles souhaiteriez-vous quand même aller à l'hôpital ou préféreriez-vous trouver un autre endroit ? » (Groupe thématique, hommes, zone urbaine).

En revanche, les répondants qui estiment que les services sont bons attribuent ceci principalement à la capacité du personnel de santé à répondre aux attentes des utilisateurs (42,7 %), à la convivialité de l'environnement (18,9 %) et à la disponibilité des médicaments (14 %).

Dans toutes les localités (urbaines, périurbaines ou rurales), les réponses présentent une description d'un système de santé où les principales attentes des bénéficiaires sont les médicaments, les installations et les ressources humaines.

Là où les prestataires de soins sont de bonne volonté, les gens font une évaluation positive du service : « Dans notre centre, nous voyons des agents de santé parcourir de longues distances à pied pour se procurer les médicaments dont nous avons besoin. » (Groupe thématique, femme). Il y a des affections pour lesquelles les gens, du fait de leur culture et de leurs croyances, préfèrent des soins alternatifs. Environ 25 % des répondants disent ne pas se rendre au centre de santé le plus proche pour les états fiévreux, les crises de paludisme et l'arthrite.

Les autres affections incluent la dépression et les problèmes respiratoires. Les tradipraticiens et les guérisseurs spirituels sont les principaux prestataires de soins des affections pour lesquelles les gens ne se rendent pas dans les centres de santé. Parmi les répondants qui consultent les tradipraticiens, 67,1 % appartiennent à des communautés péri-urbaines. Les autres prestataires mentionnés sont les guérisseurs spirituels (21,1 %) et les vendeurs de médicaments (16,2 %).

S'agissant de l'accès aux services de santé, plus de 90 % des répondants savent où se rendre. Toutefois, 34,1 % d'entre eux ont cité l'aspect financier comme principal obstacle à l'accès. D'autres contraintes sont le transport (11 %), les médicaments inappropriés (6,7 %) et l'idée que l'état de santé n'est pas suffisamment grave (5,4 %). L'étude montre que le comportement peu accueillant des agents de santé a dissuadé 2,8 % des répondants de se rendre dans les centres de santé publics, en dépit du fait que 27,7 % des répondants invoquent cette raison pour leur mauvaise appréciation des services.

En effet, au cours des deux dernières décennies, les gouvernements africains et la communauté sanitaire mondiale ont élaboré des politiques, mis au point des programmes et alloué des fonds pour la prestation des services de santé, le renforcement des systèmes de santé et le suivi des indicateurs OMD en se fondant sur leur perception des caractéristiques d'un bon système de santé (OMS, 2012 p.1).

Ce qui manque à tous ces efforts, ce sont la voix et la contribution des utilisateurs finals du système. Cette omission est peut-être due au fait que les décideurs de haut niveau ne sont pas toujours à l'écoute des opinions des populations.

Dans la Région africaine, le renforcement des systèmes de santé se fait principalement sur la base des informations et des points de vue des prestataires, avec très peu d'apport des clients. Ce phénomène continue à subsister en dépit du fait que l'on reconnaît de plus en plus le rôle des communautés dans la prestation des soins, notamment dans les pays en développement où l'infrastructure sanitaire laisse à désirer.

Le but de cette étude était de fournir des bases factuelles sur la meilleure façon d'élaborer un cadre de renforcement de systèmes de santé qui répondent aux besoins des communautés en tenant compte du point de vue et des opinions des gens sur la santé et la prestation des soins a donné les conclusions suivantes :

- Les perceptions qu'ont les gens de la santé et de la prestation des services de santé recèlent des informations utiles qui pourraient aider à améliorer et à augmenter la portée, la réactivité et l'efficacité des systèmes de santé dans la Région africaine.
- Les communautés ont une conception intelligente de la santé, qu'elles décrivent astucieusement l'état des services de santé et comprennent les facteurs qui font souvent obstacle à l'amélioration de la santé dans les villes et les communautés rurales.
- Les participants ont jeté une lumière nouvelle sur les déterminants de la santé; leur définition de la santé inclut la dimension spirituelle.
- S'agissant de la prestation des services, les participants sont particulièrement préoccupés par l'insuffisance des médicaments dans les centres de santé, la mauvaise attitude du personnel, et le manque de réactivité des agents de santé dans les situations d'urgence mentionnées par les répondants dans plusieurs pays.

En dépit des efforts déployés par les gouvernements et les donateurs pour renforcer la prestation des services de santé dans la plupart des pays, les utilisateurs trouvent que les services, y compris les installations, laissent encore énormément à désirer. Les résultats de l'étude semblent indiquer que pour améliorer la prestation des services dans la Région africaine, les pays doivent augmenter considérablement l'accès des pauvres et de la majorité des habitants (OMS, bureau régional pour l'Afrique, 2012, p. 58).

1.3. Auto évaluation de soins de santé au niveau des centres de santé

Selon Lafond A., Kleinan E. et al. (2001), l'auto évaluation n'est pas difficile mais elle peut prendre du temps, elle aide à améliorer la capacité des centres pour pouvoir mieux répondre aux besoins sanitaires des clients. Elle comprend cinq étapes :

Etape 1 : Choisir un indicateur

- couverture ou qualité de service
- définir l'indicateur

Etape 3 : Evaluation de la situation

- existe-t-il un problème ?
- le problème est-il grave ?

Etape 2 : Analyser les données

- calculer l'indicateur
- interpréter l'indicateur

Etape 4 : Trouver une solution

- fixer les priorités

Etape 5 : Suivre les résultats du plan d'action

- calculer les indicateurs

Après cette revue sur l'évaluation des soins de santé, au chapitre ci après, nous essayons d'expliquer les pratiques managériales distinctives de l'économie de communion.

Chapitre 2 : Pratiques Managériales distinctives de l'Economie de Communion

Nous allons présenter dans cette partie les pratiques managériales spécifiques de l'EdC en nous servant des recherches d'Anouk GREVIN⁶ sauf citation contraire et quelques témoignages d'entrepreneurs. Avant d'y arriver, nous avons estimé important de faire une brève introduction de l'Economie de Communion : sa naissance, ses principes et son père le mouvement de Focolari.

2.1. L'ECONOMIE DE COMMUNION

Sans vouloir le nier, nous devons tout de même rappeler au lecteur que la recherche scientifique sur le sujet de l'économie de communion, n'est à ce jour pas bien avancée, il ya environ 500 thèses et mémoires qui sont enregistrés sur le site : <http://www.ecodicom.net/tesi.php>.

D'une part c'est un sujet très nouveau et très peu répandu. D'autre part, ce projet une fois mis en application comporte des enjeux économiques immédiats: il peut par exemple changer le visage de l'entreprise induire des croissances spectaculaires. C'est pourquoi les managers, qui sont intéressés à ce projet, présentent une forte demande d'ouvrages pratiques.

2.1.1. Présentation

Lorsque Chiara Lubich, présidente et fondatrice du mouvement des Focolari, rendit visite en 1991 au Brésil, elle y reconnut une pauvreté telle que seule pouvait la combattre efficacement une initiative révolutionnaire. Si ces gens veulent sortir de leur misère a- t-elle dit, ce sont eux qui doivent travailler à leur propre prospérité.

Or parmi ces membres «pauvres mais nombreux» il s'en trouvait certains capables d'entreprendre et de travailler dans le monde économique.

Aussi fut-il décidé de fonder des entreprises s'inscrivant dans l'économie de marché mais redonnant une part de leurs bénéfices à ceux qui ne pourraient y participer, créant ainsi une communion entre tous les membres, et garantissant une unité encore plus réelle, vocation même des Focolari. C'est ainsi que fut créée l' "Économie de Communion".

⁶ Anouk GREVIN est docteur en management et maitre des conférences à l'université de Nantes en France et elle est membre de la commission internationale de l'EdC

2.1.2. Mouvement des Focolari

Afin de donner le principe de l'Économie de Communion, il s'agit de bien comprendre son "père" le Mouvement des Focolari. C'est un mouvement catholique, il est présent dans 182 pays et rassemble environ 4 millions d'adhérents de confessions religieuses diverses. En effet, le mouvement est composé d'une majorité de catholiques, mais pas seulement, environ 300 Églises différentes sont représentées ainsi que des bouddhistes, des musulmans, des sikhs ou encore des athées.

Cette diversité n'est pas étonnante puisque ce mouvement est animé par un esprit particulier appelé la « spiritualité de l'unité ». Chiara Lubich s'est réellement donnée corps et âme à son idéal chrétien, se mettant au service de tous pour l'unité et la paix dans le monde. Ses nombreux projets, initiatives et réflexions d'utilité sociale que ce soit dans le domaine théologique, social, psychologique ou économique ont largement été reconnus par la communauté internationale.

En effet, en plus d'avoir obtenu 16 doctorats honoris causa, elle a été gratifiée du Prix Templeton pour le Progrès de la Religion en 1977, du Prix de l'UNESCO pour l'Éducation à la Paix en 1996 et finalement du Prix Européen des Droits de l'Homme en 1998.

Voyons maintenant les principes sur lesquels se pose l'Economie de Communion.

2.1.3. Principes

L'EdC a été pensée en 1991 par Chiara Lubich, fondatrice du mouvement des Focolari, dans le but de faire participer l'économie à l'éradication de la pauvreté en tissant des liens fraternels de confiance et de solidarité. Ce projet veut faire naître la communion entre tous les acteurs économiques, orientés vers l'édification d'une économie au service d'une société humaine unie et juste.

Concrètement, l'EdC propose aux entrepreneurs de diviser librement leurs bénéfices en 3 parties :

- une première part est dédiée au financement des projets qui ont pour but d'aider les pauvres à sortir de la misère et leur permettre de retrouver une place dans l'économie ;
- la deuxième partie est utilisée pour répandre la pratique de la culture du don dans la vie économique au moyen de formations, conférences, cours, publications, etc.;

- finalement, la dernière part est consacrée à l'investissement au sein de l'entreprise afin de permettre son développement optimal, de distribuer aux actionnaires, de créer des postes et d'offrir de bonnes conditions de travail et salariales (Mouvement des Focolari, 2007).

Ainsi, par ses principes, l'EdC comporte trois dimensions :

- Financière qui consiste à redistribuer une part de bénéfice de l'entreprise,
- Managériale qui met l'homme au centre et non le capital,
- Culturelle qui consiste à la pratique et à la diffusion de la "culture du don"

Dans le système économique actuel, la lutte contre la pauvreté, la redistribution des richesses et l'aide au développement sont généralement laissées entre les mains soit des États, soit des organismes humanitaires tandis que le monde des affaires est exclusivement dirigé vers la croissance du profit et la satisfaction des actionnaires.

L'idée de l'EdC est de redonner au monde de l'entreprise sa vocation première, c'est-à-dire la création de biens et de services pour satisfaire aux réels besoins et nécessités de la communauté. Ainsi, l'activité économique doit redevenir un instrument au service des hommes et non l'inverse (Lopez, Martinez & specht, 2013) de ROUYER J.M (2013).

L'esprit de communion ne fait pas uniquement référence au partage des richesses, mais aussi et surtout à la construction de relations humaines indispensables pour bâtir un système plus juste. Ainsi, la culture du don fait référence à l'engagement que chaque personne prend personnellement pour tisser des liens de confiance, de respect et de fraternité, d'abord entre tous les employés d'une même entreprise, mais aussi avec les clients, les fournisseurs, les concurrents et les communautés locales environnantes.

Par extension, le respect de l'environnement constitue aussi un point central de cette philosophie entrepreneuriale. En ce qui concerne les plus démunis, il ne s'agit pas juste d'une aide financière, d'un assistanat, mais bien d'un soutien fraternel pour les aider à développer des initiatives utiles économiquement et socialement.

De cette manière, ils posséderont les moyens de devenir, eux aussi, des créateurs de richesses, mais également de participer, à leur échelle et dans leur milieu, à la diffusion de cette culture de la gratuité et de la réciprocité. Ainsi, l'EdC repose sur la conviction que la construction d'un faisceau de relations authentiques, tissé dans la sphère économique entre ceux qui possèdent des capacités productives et ceux qui en manque cruellement, peut transformer l'économie, mais également toute la société.

Ce mouvement économique est bien sûr composé d'entrepreneurs, mais aussi d'associations, de coopératives, d'institutions économiques, d'entreprises à but lucratif ou non, de salariés, de familles, d'étudiants, de pauvres, d'épargnants, etc. Bref toute la famille humaine peut être impliquée dans cette dynamique du don⁷.

L'EdC ne peut exister que par la ferme volonté d'hommes et femmes de vivre concrètement cet esprit que les Focolari appellent la culture du don. En effet, l'évolution vers un système plus juste et plus humain ne peut s'opérer que par une profonde remise en question personnelle et individuelle. Beaucoup doute du réalisme du projet, pensant qu'il est utopiste de croire que des entreprises sont capables de résister à la concurrence féroce du marché lorsqu'elles se préoccupent humainement et financièrement de toutes les parties prenantes, de la société et des pauvres.

Pourtant dans les faits, c'est un système qui fonctionne puisqu'il existe aujourd'hui presque 900 entreprises à travers le monde, organisées autour de ces principes et 500 travaux scientifiques (Mémoires et thèses) sont élaborés dans le monde. L'esprit de communion qui inspire les entrepreneurs de l'EdC leur permet de faire tomber certaines barrières internes et externes à l'organisation, de surmonter des oppositions et des difficultés qui souvent paralysent les entreprises. Ainsi, lorsque cet esprit est vraiment vécu dans toutes les relations professionnelles, cela fait naître la confiance et l'estime entre les parties prenantes.

Selon Ferrucci A. (1998), la qualité des rapports humains au sein et à l'extérieur des entreprises de l'EdC constitue « a capital of relation-ships » (Ferrucci, 1998, p. 27) très difficile à évaluer financièrement (De ROUYER J.M., 2013).

De manière plus synthétique, à partir de l'analyse empirique des entreprises de l'EdC, les valeurs et principes directeurs ont été identifiés et classifiés dans le tableau suivant par Lopez, Martinez et Specht (2013) :

⁷ Textes tirés des documents du mouvement des Focolari (2007).

Tableau n°1 : Tableau des principes directeurs de l'économie de communion

1^{er} Principe: Chefs d'Entreprise et Employés	Un environnement participatif est encouragé
	Les décisions d'investissement en capital favorisent les initiatives de création d'emploi.
	La personne humaine, non capitale, reste au centre de l'entreprise
	Les employés reçoivent des paquets d'avantage et assistent en périodes de difficulté
2^{ème} Principe: Relation avec les clients, les fournisseurs, le public, et les autres en dehors de l'entreprise	Les moyens les plus modernes disponibles sont utilisés en vue d'offrir aux clients des biens de qualité utile et des services à de bons prix.
	Les relations avec les fournisseurs, les clients, et les administrateurs publics sont basées sur le respect et la confiance mutuelle.
	La véritable valeur des biens et des services de quelqu'un est présentée sans portraits négatifs de la compétition.
	«Le capital de relation» est considéré comme important pour une croissance économique stable et résiliente.
3^{ème} Principe: Ethique	Une atmosphère éthique d'entreprise promeut:
	• La croissance personnelle
	• Le respect des lois et de l'éthique des affaires avec les autorités fiscales, les régulateurs et les syndicats.
	• Comportement légal et éthique envers les employés.
4^{ème} Principe: Qualité de Vie & Production	Le bien-être des clients visés est considéré lors de l'établissement des normes de qualité des produits.
	La qualité des relations interpersonnelles au-dedans de l'organisation est importante; le but est de devenir une communauté.
	Les difficultés sont résolues ensemble.
	La santé et le bien-être sont importants – les provisions sont faites pour ceux qui ont des besoins spéciaux.
	Les conditions de travail sont appropriées pour le type d'entreprise.
	Les heures supplémentaires de travail sont évitées; les vacances sont accordées.
	Les produits sûrs avec une qualité environnementale sont mis sur le marché.
5^{ème} Principe: Harmonie dans l'Environnement du Travail	Les ressources énergétiques et naturelles sont conservées dans la production et dans la conception des produits et des services.
	Le respect et la confiance mutuelle sont promus.

	Le travail d'équipe et le développement personnel sont encouragés.
	Les environnements propres et ordonnés sont entretenus.
6^{ème} Principe: Formation et Education	Les critères de sélection du personnel et les programmes de développement professionnel encouragent le soutien mutuel et le partage des talents et des idées.
	Les occasions sont accordées pour un apprentissage continu afin d'encourager les individus à atteindre des objectifs personnels et d'entreprise.
7^{ème} Principe: La Communication	Les communications ouvertes et honnêtes sont encouragés; les inputs ont une valeur
	Les principes de «Culture de dons» sont partagés.
	La communication entre les participants à l'EdC est entretenue aux niveaux locaux et internationaux.

Source: LOPEZ, K. J., MARTINEZ, Z.L., & SPEECHT L. B. (2013). Le Modèle de l'Economie de Communion: une vision spirituelle de durabilité globale et son application à l'éducation de gestion. *Journal de Gestion pour la durabilité Globale*, vol 1, n°1, pp. 78-80. Traduit de l'anglais par MASEGIN.

2.2. Les Pratiques Distinctives de l'Economie de Communion

Anouk GREVIN, (2013) dans ses recherches, a commencé par fixer aux lecteurs que son analyse était faite sur la base du document « points de repères pour les entreprises Economie de Communion». Elle a commencé son analyse par distinguer tout d'abord les pratiques que l'on retrouve également dans d'autres modèles économiques, qui ne sont donc pas propres à l'EdC.

Nous comprenons par son analyse, que l'EdC se caractérise à la fois par des dimensions spécifiques, et par un faisceau de pratiques qui ne lui sont pas propres mais dont la force réside dans la conjonction de l'ensemble de ces principes. Ensuite, elle a recensé celles qui pourraient être considérées comme caractéristiques des entreprises EdC, qui lui sont spécifiques ou du moins lui donnent une coloration toute différente.

2.3. Les pratiques managériales communes à d'autres modèles et promues par l'EdC

Le tableau ci-dessous présente les pratiques managériales communes à d'autres modèles mais qui sont aussi promues par l'EdC .

Tableau n°2 : Les pratiques managériales communes à d'autres modèles et promues par l'EdC

Les pratiques managériales promues par l'EdC et communes à d'autres modèles	
	▶ Des rôles définis avec clarté et exercés avec sens du service et responsabilité ▶ Un style de management participatif ▶ Des objectifs partagés ▶ Un style de communication ouvert et sincère, propice aux échanges d'idées et d'information entre tous les niveaux hiérarchiques ▶ Un climat de confiance réciproque ▶ L'entreprise comme communauté
	▶ De bonnes relations avec les clients, les fournisseurs, le territoire ▶ Des partenaires considérés comme essentiels pour la réalisation du Bien commun ▶ Le professionnalisme ▶ Un comportement loyal à l'égard des partenaires (concurrents, Etat, fournisseurs, clients, syndicats, organismes de contrôle...) ; le respect de la législation et des engagements contractuels ; l'implication dans l'amélioration des lois et des normes ▶ L'attention à la qualité des produits et à leurs effets sur les personnes et l'environnement ▶ La protection de l'environnement ▶ La transparence ; le choix d'outils de communication appropriés pour rendre compte de l'activité, tant vers l'interne que vers l'externe
	▶ La communauté de travail comme ressource, comme premier lieu de formation ▶ La beauté et l'harmonie des lieux, conditions de travail (hygiène, propreté, ordre, respect des règles de santé et de sécurité, cadre de travail...) favorisant la qualité des relations et participant à l'image de l'entreprise. ▶ L'attention à la santé des salariés, à la possibilité de faire du sport ▶ La dimension festive favorisant le sentiment d'appartenance ▶ La mise en commun des talents, idées, compétences

▶ Le recrutement selon les valeurs de l'entreprise ▶ Le développement des compétences ▶ La formation aux valeurs promues, une formation économique permettant aux dirigeants ou salariés d'être capable d'exposer la vision de l'entreprise et de la société portée par l'EdeC ▶ L'accueil de jeunes en stage ou en formation
▶ Le travail comme occasion de croissance professionnelle, humaine et éthique ▶ Une vie professionnelle de qualité, dimension essentielle de l'épanouissement de toute personne humaine, pour la réalisation de sa vocation de travailleur et d'être humain ▶ L'attention à l'épanouissement de la personne dans toutes ses dimensions et à ses centres d'intérêts dans et hors de l'entreprise

Source : élaboré par nous sur base du travail de Grevin A., 2013

Les pratiques managériales promues telles que reprises dans le tableau ci-dessus ne sont pas l'apanage de l'économie de communion, elles ont déjà été développées par d'autres courants et auteurs, il faudra alors donner les pratiques distinctives.

2.4. LES PRATIQUES DISTINCTIVES

2.4.1. La communion comme mission et valeur fondamentale

Le premier paragraphe du document « *Points de repères pour les entreprises EdC* » commence ainsi : « *Les entreprises qui adhèrent à l'Économie de Communion adoptent, dans la définition même de leur projet d'entreprise, la communion comme valeur fondamentale de leur organisation.* » Nous sommes ici sur une spécificité de l'EdC, ne serait-ce que par le fait que le terme communion n'est actuellement quasiment jamais utilisé dans le langage de l'entreprise ou de l'économie⁸.

La communion avec tous, et en particulier avec les plus démunis est la finalité même de l'entreprise et imprègne tous les actes de l'entreprise, oriente tous les choix posés. Il restera à définir ce que l'on entend par communion dans l'EdC en termes de pratiques managériales.

Le texte mentionne un peu plus loin : « *La qualité des relations entre toutes les parties prenantes est une priorité.* » Il me semble qu'on est là sur une caractéristique distinctive de l'EdC, non pas que d'autres entreprises n'y accordent pas d'importance, mais au sens où c'est un point qui apparaît comme central pour l'EdC et que l'on retrouve tout au long du document. L'attention est tirée notamment sur la notion de « *qualité* » des relations.

De nombreux travaux existent aujourd'hui sur les relations interpersonnelles, sur les relations inter-organisationnelles, sur les réseaux, sur le concept de liens forts et liens faibles, sur la manière dont les relations se nouent et les réseaux se forment. Mais il me semble qu'ils ne définissent pas complètement la nature de ces relations. C'est ce que devra faire quant à elle l'EdC.

La fraternité suppose aussi l'égalité, au-delà des différences hiérarchiques ou de fonction, sans pour autant annuler la diversité des rôles. Comment cette volonté de communion se traduit-elle dans les pratiques managériales ?

⁸ A titre d'exemple, une recherche bibliographique dans la base Cairn du CNRS dans la discipline Economie-Gestion requérant le terme communion soit dans le titre de l'article ou de l'ouvrage, soit dans le résumé, ne relève que l'article de Bruni & Zamagni (2004) sur l'économie de communion.

2.4.2. Les outils de communion

Le texte indique : « *Des **outils de communion** sont proposés* », en précisant, après les avoir énumérés, que « *si ces outils de communion ne sont pas mis en œuvre, la vie relationnelle entre tous les membres de l'entreprise EdC s'appauvrit, au détriment aussi de ses performances économiques.* » Sont mentionnés :

- (i) *l'entretien individuel périodique (...) entre les salariés et leurs responsables ;*
- (ii) *les rencontres organisées pour permettre des échanges d'expériences ;*
- (iii) *les moments prévus pour faire le point collectivement sur la qualité des relations interpersonnelles ; résoudre les situations de conflit ou pour une “**correction fraternelle**” entre tous les membres de l'entreprise.* »

Le texte poursuit : « *Ceux-ci expérimentent ainsi une **fraternité et une égalité au-delà des fonctions et des niveaux hiérarchiques.*** » La clé d'interprétation se trouve certainement dans cette dernière phrase. L'entretien individuel périodique, par exemple, n'est pas un outil propre à l'EdC, il fait partie des outils de base du management des ressources humaines.

Ce qui en fait un outil de communion, c'est l'utilisation qui est faite de cet outil, la finalité, à savoir expérimenter des relations de fraternité. Il en est de même pour les échanges d'expériences ou les temps d'équipe pour faire le point sur la qualité des relations interpersonnelles ou résoudre les conflits.

La « *correction fraternelle* », en revanche, est une pratique directement issue de l'héritage chrétien et totalement absente, du champ du management. Non pas qu'il n'y ait pas des temps de « *correction* », dans la vie professionnelle, parfois même « *fraternelle* ». On peut ainsi penser aux entretiens d'évaluation, où le supérieur hiérarchique fait le point sur le travail de son collaborateur, ses atouts, ses éventuelles difficultés, ses besoins en formation. Mais ce type de « *correction* » n'est en général que dans le cadre d'un entretien privé entre le supérieur (ou éventuellement du responsable des ressources humaines) et le subordonné, tandis que l'EdC l'envisage comme une pratique possible en présence de « *tous les membres de l'entreprise* », c'est en cela que réside la différence avec les autres modèles où l'entretien n'exige pas la présence des autres membres de l'entreprise.

2.4.3. Les ingrédients de la communion

Outre l'attention constante à la qualité des relations avec toutes les parties-prenantes et les outils de management destinés à développer la communion, plusieurs éléments, en soi non

distinctifs, apparaissent au cours du texte comme des ingrédients de la communion, du fait du sens que leur donne l'EdC.

- (i) Le texte exprime par exemple : « *La santé, le sport et la protection de l'environnement sont particulièrement pris en compte, car la communion concerne aussi la nature et le corps humain* ».

Au-delà des questions de santé au travail et de protection de l'environnement, bien connues des entreprises, il est fait référence ici à la nature et au corps comme liés à la communion. Lorsque des entreprises proposent des salles de sport à leurs salariés, c'est le plus souvent in fine en vue de la performance ou de l'élimination des coûts cachés que l'on suppose découler de la santé des salariés, ou encore en vue de leur fidélisation.

L'idée de l'attention gratuite à la personne dans toutes ses dimensions n'est encore que très peu présente, y compris dans les discours sur la RSE⁹ et le développement durable.

- (ii) Un peu plus loin, on lit : « *La beauté et l'harmonie des locaux participent à l'image de l'entreprise EdC. En effet, la communion est aussi beauté, non pas dans le luxe mais dans la sobriété.* » L'alinéa se termine par la phrase suivante : « *La beauté tient une grande place, notamment quand l'entreprise entre en contact, direct ou indirect, avec la pauvreté, car le premier remède à toute forme de pauvreté est l'attention à l'autre, que la beauté exprime de manière privilégiée* ». Que l'apparence des locaux contribue à l'image de l'entreprise, le marketing l'a compris depuis longtemps et excelle dans le soin apporté aux locaux publics pour en faire des outils de communication de l'image de l'entreprise et de ses produits. Ici, l'harmonie du cadre se veut l'expression du type de relation que l'entreprise EdC souhaite proposer à ses interlocuteurs. La beauté exprime la considération portée à l'autre, et en particulier au plus pauvre. Elle est le vecteur d'une relation de fraternité, d'égalité, de mise en avant de l'autre avant ses propres intérêts. La beauté est une dimension de la communion, elle en est l'expression, le support, le moyen. Le texte le confirme un peu plus bas : « *Le cadre de travail reflète l'harmonie des relations et y contribue.* » C'est pourquoi d'ailleurs elle s'adresse autant aux salariés qu'aux clients ou partenaires externes.

- (iii) Le texte détaille ensuite les éléments concernant les conditions de travail (hygiène, propreté, ordre...), comme nous l'avons vu plus haut, en précisant l'intention donnée à

⁹ RSE : Responsabilité Sociale de l'Entreprise

des aspects bien connus : c'est pour la qualité des relations, en vue de la communion, avec tous les interlocuteurs, quels qu'ils soient. Ces détails témoignent à quel point l'adhésion à l'EdC n'est pas seulement un discours de valeurs mais un effort réel d'imprégner tous les comportements et toute l'entreprise de cet esprit. La communion est une finalité omniprésente, à l'horizon de toutes les pratiques.

- (iv) Un peu plus loin encore, le texte poursuit par cette affirmation : « *La communion ne peut exister sans communication.* » Une fois de plus tout est finalisé à la communion, devient moyen de construire des relations fraternelles. L'idée d'un style de communication caractéristique d'une attitude visant la communion, construisant des relations de qualité, est évidemment ici présente en filigrane et méritera d'être étudiée ultérieurement en profondeur à partir d'observations ethnographiques.

De la même manière, bien que le lien avec la communion ou la qualité des relations n'ait été explicité que pour certaines des pratiques exposées, probablement pourrait-on considérer chacune des pratiques non spécifiques présentées plus haut comme autant de manières pour les entreprises EdC de mettre en œuvre la communion sur un plan managérial et organisationnel, de traduire l'esprit de l'EdC en pratiques.

- (iii) Un autre point, peut-être moins évident à première vue, nous est apparu à l'analyse de ces lignes. Le texte indique, ce qui est peu commun dans un document managérial : « *Dans une entreprise EdC, la personne apprend à **accorder de la valeur aux difficultés et souffrances** inhérentes au travail, qui sont pour elle des occasions de progresser et de murir.* » La psychologie a depuis longtemps considéré les difficultés comme des occasions potentielles de progresser et de murir¹⁰. Des recherches en gestion approfondissent par ailleurs le concept de résilience organisationnelle¹¹. Il nous semble toutefois qu'« *accorder de la valeur aux difficultés et souffrances inhérentes au travail* » ne peut se résumer à l'idée de résilience individuelle ou organisationnelle. L'EdC va plus loin et porte une intuition sur la fécondité de la souffrance qui n'a pas encore, nous semble-t-il, été explorée dans le champ organisationnel et constitue probablement une des spécificités de l'EdC.

¹⁰ On peut en trouver un exemple dans les travaux de Dejours (2008) sur la souffrance au travail. Il décrit le travail comme une épreuve dont on sort grandi ou meurtri et indique la reconnaissance comme le moyen de transformer la souffrance au travail en plaisir.

¹¹ Cf. par exemple Tillement *et al.*, 2009.

(iv) On en retrouve également un écho dans l'attention portée aux plus démunis et dans la place accordée à la vulnérabilité dans l'entreprise, même si cet aspect est peu développé dans ce document, si ce n'est à travers l'expression citée plus haut : « *le premier remède à toute forme de pauvreté est l'attention à l'autre, que la beauté exprime de manière privilégiée* ». Le type de regard porté sur la pauvreté et sur toutes les formes de vulnérabilité a cependant été largement développé par ailleurs, dans d'autres contributions sur l'EdC¹².

2.4.4. Le partage de la valeur créée ou la création de valeur partagée

Un des points déterminants dans un modèle économique, et en particulier pour ceux relevant des courants de critique du capitalisme¹³, concerne la destination des profits. Les points de repères de l'EdC énoncent : « *Lorsque l'entreprise réalise des profits, les chefs d'entreprise et les associés s'engagent, dans le respect des règles propres au contexte et à la forme juridique de chaque entreprise, à les partager en les destinant à trois buts (voir principes de l'EdC), auxquels ils accordent la même importance.*

Ce qui me semble intéressant dans la perspective de l'EdC, c'est l'articulation entre ces trois buts, le fait qu'ils sont associés dans un projet plus global visant à renouveler toute l'économie et la société, comme différents moyens ayant la même importance. Ces moyens sont finalisés au projet de société qui sous-tend l'EdC et notons le non pas comme des finalités secondaires ou des instruments au service de la maximisation du profit conçue comme finalité en soi. Le profit est ici remis à sa place de moyen et non de fin. Un moyen qui alors retrouve toute son importance du fait de la finalité qu'il sert.

Autre point distinctif : l'EdC invite à un juste partage de la valeur entre toutes les parties-prenantes, ne sacrifiant aucune d'entre elles. Mais elle a aussi une spécificité : elle invite parmi les parties-prenantes de l'entreprise, qu'elle va même jusqu'à considérer comme prioritaires, les plus pauvres. Non pas seulement le territoire à proximité, avec ses besoins sociaux identifiés, ni même la planète dans son ensemble ou encore les marchés dit BOP (*Base of the Pyramid*, à très bas revenus), mais des personnes, considérées comme des frères, invitées à la table de l'entreprise justement parce qu'elles n'y ont pas accès, parce qu'elles sont exclues de la possibilité d'être acteurs économiques et de contribuer à créer des richesses.

¹² Cf. par exemple Sanze, 2011.

¹³ Cf. Chiapello, 2013.

La pauvreté apparaît dans l'EdC non pas comme le résultat d'une loi de sélection naturelle qui élimine ceux qui ne sont pas capable de survivre, mais comme une maladie des relations entre les hommes, à soigner par la fraternité, par la communion.

Le partage de la valeur, à travers le don de bénéfices, n'est donc pas en soi une finalité de l'EdC mais un moyen, le moyen de redonner à ceux qui en sont privés la possibilité de participer à la création de valeur et au partage qui engendre la communion. Plus que de partage de la valeur, peut-être devrait-on donc parler dans l'EdC de partage de la création de valeur ou encore de création de valeur partagée.

L'EdC vise à redonner à tous la possibilité de créer de la valeur et de pouvoir la partager. Elle entend donner à tous la capacité d'être les acteurs d'une économie de communion. Car elle considère que le don, plutôt que la consommation, est ce qui réalise l'homme et le rend heureux ; les liens sont plus précieux que les biens.

2.4.5. La responsabilité de l'entreprise

De manière significative, le document se termine par trois phrases sur la manière dont les entreprises EdC se constituent en réseau, entre elles et avec tous ceux « *qui désirent sincèrement contribuer à un monde plus juste, plus fraternel et plus uni* », précisant qu'ils « *entretiennent un esprit de soutien réciproque et de solidarité* », « *conscients de l'impact culturel et politique que le succès de leur projet commun peut comporter* ».

La finalité globale du projet économique de l'économie de communion est rappelée. Il ne s'agit pas seulement d'un échange de bonnes pratiques entre entrepreneurs ayant des valeurs communes mais d'un projet de réforme de la société dont ils sentent la responsabilité.

La notion de responsabilité est ici entendue dans un sens beaucoup plus large que celui généralement entendu dans l'expression « *responsabilité sociale ou sociétale de l'entreprise* ». Dans les approches RSE, il est souvent considéré que l'entreprise doit assumer la responsabilité des effets de son activité sur l'environnement dans lequel elle s'inscrit. Il s'agit en quelque sorte de compenser les externalités négatives produites par son activité. Même dans un sens plus proactif, l'idée est en général d'agir positivement sur le développement du territoire (quel qu'en soit l'échelle) dans lequel elle s'inscrit, afin de ne pas épuiser les ressources qui la font vivre, tout comme on cherche à ne pas détruire la planète que l'on habite. Mais seules les grandes utopies ont porté l'ambition hautement politique de

contribuer à transformer le système lui-même, à faire naître une société nouvelle fondée sur une culture propre.

L'EdC fait de l'entreprise, de l'entrepreneur et, plus largement, de la communauté de travail, un des acteurs essentiels d'un « *monde plus juste, plus fraternel et plus uni* », considérant que le projet d'un nouvel humanisme ne pourra se réaliser sans prendre en compte la dimension économique. Elle pointe ainsi l'idée que la capacité d'être un acteur économique qui crée de la valeur et est en mesure de la partager fait partie intégrante de la dignité et du développement de l'homme.

2.5. Témoignages de quelques entreprises de l'EdC

Dans cette partie, nous donnons quelques témoignages des entreprises engagées dans le modèle. Ces témoignages sont en rapport avec la contribution de l'utilisation de ces pratiques au développement et à la croissance de ces entreprises.

2.5.1. Jean Mari Kalasa (RDC),

Patron d'une entreprise d'exploitation forestière et agricole à Lubumbashi en RDC dit ceci :

«... depuis la mise en pratique des principes de l'EdC, mon entreprise a changé et a beaucoup évolué, je n'ai plus des disputes de limite de terrain avec mes voisins, il n'y a plus de vol dans l'entreprise...tous mes concurrents qui étaient mes ennemis sont désormais des frères pour qui je fais de défense en cas de tracasserie...donc mon entreprise a beaucoup gagné»(rapport annuel de la commission de l'EdC en RDC 2013, p.4)

2.5.2. Anastase Ngoy (RDC),

Patron de Bras security, une entreprise leader dans le secteur de gardiennage ayant son siège à Lubumbashi avec extension en Zambie explique comment la pratique de principe de l'EdC a fait grandir son entreprise et a stabilisé le secteur des entreprises de gardiennage à Lubumbashi« *...avant nous vivions la concurrence dans notre secteur avec un esprit de lutte et antagonisme, une fois en contact avec les principes de l'EdC, j'ai initié des rencontres avec les responsables des maisons de gardiennage et avons compris que les relations de qualité entre nous pouvaient améliorer notre travail et aujourd'hui, tout le monde en profite, mon entreprise qui avait 1400 travailleurs compte à ce jour 2600...*»(rapport annuel de la commission de l'EdC en RDC 2013, p.4)

2.5.3. Bangko Kabayan (Philippine)

Cette banque crût de 1300% pour arriver en termes de montant des dépôts au troisième rang des banques rurales du pays, entre 1991 où elle s'inscrivit dans l'Économie de Communion et 1997; elle explique ceci notamment par l'aide d'Ancilla, cabinet philippin de conseil en management et membre pionnier de l'EdC(Dujarier, 2007).

2.5.4. La fonderie brésilienne Femaq

Cette fonderie a rejoint l'EdC en ses débuts, est passée en production par personne et par an de 30 à 70 tonnes entre 1991 et 1998, qui plus est durant une période d'instabilité économique grave. (Dujarier, 2007)

2.6. L'économie de communion : un modèle collectif (Grevin A. 2013)

Enfin, selon Grevin A. 2013, l'économie de communion a une caractéristique essentielle, et c'est le point sur lequel elle conclut que c'est un modèle collectif. Qu'est-ce que cela signifie ? Les acteurs de l'EdC ont compris progressivement qu'aucun d'entre eux ne pourrait jamais refléter parfaitement et intégralement l'EdC.

En revanche, chacun d'entre eux, tout en visant une cohérence sur l'ensemble des dimensions, développe plus particulièrement certains aspects, du fait de sa spécificité, de la forme de son entreprise, du contexte ou de son domaine d'activité. C'est tous ensemble qu'ils constituent la réalisation de l'EdC.

C'est également un modèle collectif au sens où même la totalité des entreprises qui y sont engagées ne saurait suffire à exprimer l'EdC. L'économie de communion n'a de sens qu'avec les plus démunis, qui sont au cœur même du modèle, le sens de toute l'activité de l'entreprise. De même, parce qu'elle porte un projet économique beaucoup plus vaste que ceux qui en sont les acteurs, l'EdC ne peut se concevoir sans ceux qui ont pour rôle de formuler la théorie économique et managériale qu'elle engendre ou d'inventer un nouveau mode de développement et de solidarité entre riches et pauvres.

L'EdC ne pourrait non atteindre son but plus sans tous ceux qui contribuent à la formation à une culture du don, de la communion ; ni sans tous ceux qui vivent et portent cette culture dans les milieux les plus divers de la société. L'entreprise EdC ne pourrait non plus être un espace de communion, remède aux pathologies relationnelles de notre société, sans les multiples partenaires avec lesquelles elle tisse chaque jour des relations de confiance et de don réciproque.

Enfin, l'économie de communion ne pourrait réaliser l'utopie dont elle est porteuse sans l'intervention de l'Associé invisible qui agit au cœur de son activité et ne manque pas, bien souvent, d'apporter les ressources nécessaires au moment où il faut, d'ouvrir des marchés inattendus, de susciter l'implication et de la rémunérer abondamment. Il est aussi celui qui, bien souvent, donne le courage de tenir dans la tourmente, de croire à la potentielle fécondité des épreuves traversées, à la force de la communion, à la vocation d'engendrer une économie nouvelle.

Tout entrepreneur sait qu'il ne doit jamais sa propre réussite seulement à lui-même. Il doit le succès de son entreprise ou de ses produits à une conjonction de facteurs qu'il ne maîtrise pas, parmi lesquels la « chance » a souvent joué un rôle non négligeable. Quelles que soient ses convictions, il perçoit au fond de lui-même qu'il en est redevable à quelque chose qui le dépasse. C'est ce qui le pousse à donner et se donner.

Dans ce sens, le partage de la valeur créée peut aussi être lu comme la rémunération de cet Associé invisible, représentant symboliquement ce dont l'entreprise a bénéficié et que l'entrepreneur estime juste de rendre à son tour, par reconnaissance et parce que cela ne lui appartient au fond pas totalement. Un chef d'entreprise fait constamment l'expérience du risque et sait qu'il pourrait tout aussi bien faire partie de ceux qui ont tout perdu et se retrouvent sans rien. Il est conscient que la possibilité de créer de la richesse est un don, qui non seulement ne s'épuise pas quand on le partage mais au contraire se multiplie. Il croit en une sorte de « main invisible » qui démultiplie le don et la richesse partagée pour le plus grand bonheur de chacun.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CENTRE MEDICAL MOYI MWA NTONGO ET ANALYSE DE LA SATISFACTION DES SERVICES DES SOINS

Chapitre 3 : PRESENTATION DU CENTRE MEDICAL MOYI MWA NTONGO

Cette présentation va être structurée en 5 points et nous permet de faire l'analyse de l'organisation choisie pour notre recherche.

3.1. Présentation de l'organisation : missions et objectifs

Moyi Mwa Ntongo (soleil du matin, en langue lingala) est un centre médical créé par l'Association pour l'Economie de Communion¹⁴(AECOM) par décision du Conseil d'Administration N° 001/CA/AECOM/2005 du 07 mai 2005. L'AECOM elle-même est liée au Mouvement de FOCOLARI¹⁵ dans son essence. C'est en juillet 2006 qu'ont commencé les activités avec 4 personnes engagées à plein temps et un médecin à temps partiel.

Le CMMMN est situé au cœur de la ville de Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo, sur la 4^{ème} rue, quartier industriel, Commune de Limete avec plusieurs voies d'accès notamment le boulevard Lumumba et la route des Poids Lourds.

Le CMMMN compte à ce jour un personnel composé de 51 personnes dont 29 liées par un contrat de travail, 16 par un contrat de consultance, 3 liées par un contrat de volontariat et 3 autres journaliers. Chaque jour au moins 60 personnes viennent au centre dont

¹⁴ L'Economie de Communion a été pensée en 1991 par Chiara Lubich, fondatrice du mouvement des Focolari, dans le but de faire participer l'économie à l'éradication de la pauvreté en tissant des liens fraternels de confiance et de solidarité. Ce projet veut faire naître la communion entre tous les acteurs économiques, orientés vers l'édification d'une économie au service d'une société humaine unie et juste.

¹⁵ Le mouvement de Focolari, du nom officiel <Œuvre de Marie> est un organisme né dans l'église catholique qui regroupe les personnes de diverses croyances et même celles qui sont sans foi religieuse et son objectif est de faire de l'humanité une famille. Site officiel : www.focolare.org

40 pour les consultations médicales, 12 pour des examens spéciaux et 8 pour un rendez-vous de contrôle.

3.1.1. Mission

Le CMMMN est une œuvre de l'AECOM et elle-même est une création du mouvement de Focolari en RDC, de ce fait, le Centre a la même mission ou mieux il contribue à la mission que poursuit l'organisme dont il est issu mais comme centre médical, sa mission est d'offrir les soins de santé préventifs, curatifs et promotionnels accessibles à toutes les catégories sociales.

3.1.2. Objectifs

Ce centre médical est né dans le cadre de 2 projets initié par l'AECOM, un sur les activités de prise en charge globale de l'infection à VIH/SIDA en République Démocratique du Congo et l'autre sur les activités de lutte contre la cécité infantile ; ces projets prévoyaient chacun la création d'un centre médical pour la prise en charge de soins médicaux.

A cet effet, le premier objectif était celui de résoudre le problème de prise en charge médicale des bénéficiaires de ces 2 projets. Un deuxième objectif est celui d'offrir les soins médicaux de qualité à des prix accessibles à tous pour toutes les infirmités, avec un regard particulier au plus démunis. Enfin, un troisième objectif est celui de s'affirmer comme un grand centre médical dans la ville de Kinshasa¹⁶.

3.1.3. Stratégies de l'organisation

Pour atteindre ses objectifs, le CMMMN a mis sur pied une stratégie qui lui permet de s'insérer progressivement dans le concert des institutions de santé dans la commune de Limete et dans la ville de Kinshasa. Cette stratégie passe par une augmentation de l'offre de service qui amènerait de revenus supplémentaires avec des objectifs précis à court et moyen terme¹⁷.

3.1.4. Objectifs à court et Moyen terme

Le CMMMN s'est fixé à court et moyen terme les objectifs suivants :

- Créer une maternité dans les 2 années qui suivent,

- Introduire d'autres services notamment : la diabétologie, la cardiologie, la radiologie
- Acheter une ambulance,
- Créer un esprit de famille au CMMMNI,
- Augmenter et diversifier des services aux malades car à la création le Centre n'avait que 2 services : les consultations générales et l'ophtalmologie et ne faisaient que les soins ambulatoires.
- Accroître la capacité d'accueil pour abriter de nouveaux services,
- Acquérir de nouveaux équipements, matériels et recruter de nouveaux spécialistes qui ajouteraient de nouveaux actes et amèneraient une valeur ajoutée au Centre,
- Signer de nouvelles conventions médicales avec des sociétés commerciales,
- Signer de nouvelles conventions médicales avec des congrégations religieuses
- Atteindre le nombre de 100 malades par jour,
- Atteindre un chiffre d'affaire de 50 millions de Francs congolais par mois.

3.2. Publics-Services-couverture géographique

Le CMMMNI est né des projets de l'AECOM, c'est ainsi que les premiers destinataires sont les bénéficiaires des différentes activités développées par elle : hommes, femmes, jeunes et vieux de toute catégorie sociale, de toute origine et sans discrimination. En plus, il y a la population de la ville de Kinshasa et ses environs qui bénéficient des services qu'offre le CMMMNI.

En amont, le Centre a :

- Le président de l'AECOM et 2 délégués du mouvement de Focolari dans la zone du Congo,
- 16 médecins spécialistes,

¹⁶ Cet objectif nous a été révélé lors de notre entretien avec Docteur Ngoy Arthur, le médecin Directeur du CMMMNI

¹⁷ Cette stratégie est tirée d'un document interne de 2010 intitulé « plan du développement du CMMMNI »

- 2 sociétés qui offrent leurs services d'entretien et réparation de matériels et équipements,
- 8 firmes qui offrent les produits pharmaceutiques

En aval, le CMMMN offre ses services à tous, dans sa stratégie, il y a 3 types de clients qui se présentent de la manière suivante:

- Les individus qui se présentent au CMMMN et payent cash leur services,

Dans cette catégorie du public, sont classés tous les malades qui se présentent individuellement au centre, soit pour un épisode de soins, soit pour un acte isolé, soit pour un examen spécial de laboratoire ou encore pour un document médical

- Les institutions qui signent une convention médicale et payent un forfait par tête de bénéficiaire par mois,

Dans cette catégorie du public, nous retrouvons les entreprises commerciales et d'autres organisations sans but lucratif

- Les institutions qui payent une caution symbolique et payent à terme leurs factures

Ce groupe de public est composé des familles isolées, des congrégations religieuses, des ONGs, d'autres formations médicales et aussi des entreprises commerciales.

Tableau n°3 : Quelques statistiques du mois de juin 2014 sur la fréquentation du public au CMMMN

Public	Nombre d'organisation	Nombre de personne consulté	Services consommés en FC	Services conso. En %
Malades payant cash	-	314	11.167.083	40,58
Clients conventionnés payant un forfait	3	334	8.913.129	32,39
Clients payant à terme	26	119	7.434.273	27,02
TOTAL	29	767	27.514.465	100

Source : élaboré par nous sur base des infos tirées du rapport d'activités du mois de juin 2014

Le CMMMN a une offre constituée à ce jour de services suivants :

- les soins médicaux qui sont de plusieurs sortes : médecine générale, ophtalmologie, médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, la dentisterie, la chirurgie, la kinésithérapie, la dermatologie, l'orthopédie, l'ORL et la CPN ;
- les analyses de biochimie, d'hématologie et autres examens spéciaux au laboratoire ;
- les examens spéciaux : la réfractométrie automatique, l'échographie, l'électrocardiographie, l'électrophorèse et la radiologie dentaire ;
- les produits pharmaceutiques,
- les documents médico-légaux : rapport médical, aptitude physique
- les actes des infirmiers : injections, prise de tension, perfusion, infusion, seringage

Tableau n°4 : Tableau de revenu par service offert au CMMM en juin 2014

	Services offerts	Montant en Franc congolais
1	Consultation générale	3780000
2	Laboratoire	6886900
3	Pharmacie	8235562
4	Ophtalmologie	1125001
5	Médecine interne	45000
6	Kinésithérapie	9000
7	Séance kinésithérapie	36000
8	ORL	63001
9	Dentisterie	101900
10	Electrocardiographie	438000
11	Réfractométrie	393001
12	Ecographie	1216500
13	Actes infirmiers	1211500
14	Chirurgie	2414500
15	Observation (hospitalisation)	660000
16	Acte dentaire	534100
17	CPN	31500
18	CPS	00
19	Dermatologie	90000
20	Gynécologie	225000
21	Orthopédie	9000
	TOTAL	27514465

Source : élaboré par nous sur base des informations puisées dans le rapport de juin 2014

3.3. Description de l'environnement

Cette description s'appuie sur l'analyse SWOT en regard de chaque élément de PESTEL qui procède de l'extérieur pour connaître les opportunités qui se présentent dans l'environnement ainsi que les menaces qui pèsent sur le CMMMN telle que nous la présentons dans le tableau suivant :

Tableau n°5 : Analyse SWOT du centre médical Moyi Mwa Ntongo

OPPORTUNITES	MENACES
-La politique de décentralisation du Ministère de la santé en zone opérationnelle appelée zone de santé accroît la chance du CMMM pour certaines autorisations et témoignages vis-à-vis des partenaires extérieurs dans la mesure où le CMMM évolue dans un réseau international des entreprises de l'EdC -L'économie Congolaise étant en pleine croissance avec ses 9%¹⁸ de taux de croissance donne beaucoup d'opportunité de croissance au CMMM et la stabilité de taux de change - Sur le plan socioculturel, il y a beaucoup de possibilité d'être soutenu par les entreprises sœurs du réseau de l'Economie de Communion, et étant une institution qui a une configuration missionnaire, il attire beaucoup de personnes. Il y a aussi la croissance démographique dans la ville de Kinshasa -Sa position d'ouverture au monde par le fait d'appartenir à l'EdC, donne beaucoup d'opportunité d'être à la page sur les innovations technologiques en matière des appareils et des techniques médicales - Sur le plan légal, il y a une très bonne relation avec la zone de santé¹⁹ et possibilité de développer d'autres activités promues par elle et toujours avoir la maîtrise des règlements et des lois en vigueur	-Sur le plan politique, notre pays est un pays à très haut risque où tout peut arriver à tout moment, les guerres à répétition peuvent toujours faire basculer la politique avec elle toute la vie du pays -Sur le plan économique, en dépit du taux de croissance économique élevé, les populations environnantes demeurent avec un faible niveau de revenu parce que le chômage bat son plein, ainsi donc l'offre du CMMM risque de rencontrer une demande qui ne sera pas solvable -La société Congolaise en pleine mutation, la Commune de Limete étant au centre de la ville de Kinshasa attire beaucoup de concurrents à l'exemple d'un grand hôpital indien en construction à 800 mètres et d'autres qui existent déjà et qui sont plus équipés -Sur le plan de la technologie, la mauvaise qualité de l'électricité qu'offre la Société Nationale de l'Electricité à Kinshasa est une menace sur les appareils médicaux modernes qui sont au CMMM (automate, lampe à fente...) -Le libéralisme, même dans ce domaine (secteur) sensible, occasionne la création des institutions médicales non viables et exacerbe la concurrence et met une pression sur le CMMM et peut perdre une part de son marché à long terme

Source : élaboré par nous sur base des infos du CMMM , 2014

¹⁸ Ce chiffre de 9% a été avancé par le premier ministre de la RDC, Monsieur Matata Mponio, qui répondait aux questions d'un journaliste de la RFI le jeudi 11 septembre 2014 à 8h00'

¹⁹ La zone de santé est la structure décentralisée du ministère de la santé et le médecin responsable représente le ministre de la santé à ce niveau opérationnel

3.4. Description de l'Organisation du travail

3.4.1. Structure Organisationnelle

Le CMMMN est une œuvre de l'AECOMasbl, cette Association qui elle-même est une création du mouvement de FOCOLARI (ŒUVRE DE MARIE). L'AECOM a sa personnalité juridique qui la rend juridiquement indépendante de l'œuvre de Marie mais, son poids moral et son esprit y reste aussi les acteurs clés de l'AECOM sont membres de l'ŒUVRE DE MARIE.

Ce centre a été créé par une décision du conseil d'Administration de l'AECOM. Pour son fonctionnement, un règlement d'Administration a été rédigé par l'AECOM et Ce règlement détermine le niveau d'autonomie et les limites du pouvoir des dirigeants du CMMMN qui sont du reste nommés par les responsables de l'Association.

3.4.2. Organes du Centre

Le CMMMN est une petite organisation, ses organes sont: le comité de gestion, le médecin Directeur, l'Administrateur gestionnaire, les différents services et l'Assemblée de tous les travailleurs. Le comité de gestion est l'instance supérieure, travaille sur la politique générale, les stratégies à adopter, il harmonise les missions assignées par l'Association et les réalités du terrain telles que présentées par les deux acteurs clés (le médecin Directeur et l'Administrateur gestionnaire) et ce comité est composé de :

- Le médecin Directeur,
- L'Administrateur gestionnaire,
- Un représentant du personnel
- Un représentant de l'Association

Il est clair qu'avec sa petite taille, le CMMMN a deux axes opérationnels : la technique et l'Administration –finance :

- La technique : il s'agit de la technique médicale sous la responsabilité du médecin Directeur, elle regroupe tous les services qui ont trait aux activités médicales notamment : l'infirmerie, le laboratoire, la pharmacie, les soins et l'observation (hospitalisation).

- L'Administration et les finances : sous la responsabilité de l'Administrateur Gestionnaire

3.4.3. Acteurs clés

Il y a deux fonctions de commandement et de gestion, donc 2 acteurs clés : le médecin Directeur et l'Administrateur Gestionnaire.

1. Le Médecin Directeur

Il assure les fonctions techniques et administratives mais il est plus focalisé sur les fonctions médicales et techniques. Il vient juste après le comité de gestion, il est suivi de l'Administrateur Gestionnaire, il représente l'institution auprès de tiers, il guide la politique du CMMM, il préside les réunions du comité de gestion et l'assemblée de tout le personnel, il dirige l'équipe médicale, il est le gardien des soins des patients hospitalisés, il anime et oriente la politique médicale du centre et veille au respect de protocole de traitement des maladies.

2. L'Administrateur Gestionnaire(A.G)

Il a la politique de gestion et il assume la gérance du centre dans son ensemble, il fait le choix des procédures qui maximisent le profit et aident à atteindre les objectifs du CMMM, il anime et oriente les activités qui ont trait à l'identification de rôle et la quantification en volume et en valeur de tout le monde et de chacun au sein du centre.

A ce titre, tous les biens matériels et immatériels, les personnes et les finances sont gérés par l'A.G. Mis à part les deux acteurs clés, la structure fonctionnelle comprend : La réception-accueil- facturation, l'infirmierie, les consultations médicales, Le laboratoire, Secrétariat, Pharmacie, maintenance, hospitalisation, stock et gestion des clients (marketing).

3.4.4. Organigramme du CMMM

Figure 1 : Organigramme du CMMM

Source : Elaboré par nous

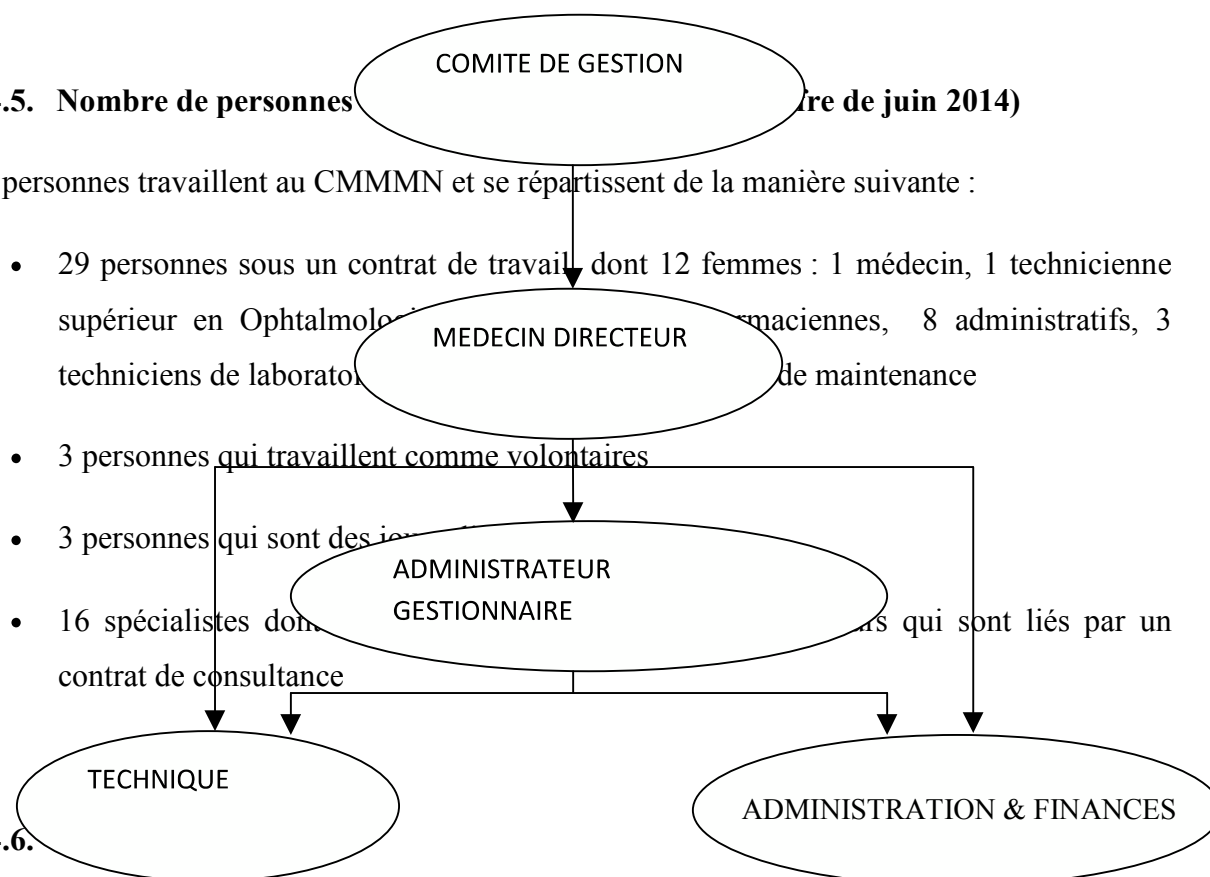


3.4.5. Nombre de personnes (au 1^{er} juin 2014)

51 personnes travaillent au CMMM et se répartissent de la manière suivante :

- 29 personnes sous un contrat de travail dont 12 femmes : 1 médecin, 1 technicienne supérieur en Ophtalmologie, 1 pharmacienne, 8 administratifs, 3 techniciens de laboratoire, 3 de maintenance
- 3 personnes qui travaillent comme volontaires
- 3 personnes qui sont des jeunes
- 16 spécialistes dont 10 sous contrat de consultance

3.4.6.



Le CMMM a un personnel jeune et dynamique dont le profil est donné dans le tableau ci- après :

Tableau n°6 : Structure fonctionnelle et profil des animateurs

Service	Emploi	Effectif	Sexe	Profil
Direction	Médecin Directeur	1	M	Médecin gynécologue, 12 ans d'expérience.
Administration	Administrateur gestionnaire	1	M	Licencié en économie, 15 ans d'expérience.
Secrétariat	Secrétaire	1	F	Diplômé de graduat, sans expérience
Infirmierie	Infirmier	8	5M&3F	1 diplôme de licence(A0), 5 ans d'expérience. 6 diplômés de graduat(A1) en sciences infirmières sans expérience 1 diplôme du niveau A2 avec 7 ans d'expérience.
Laboratoire	Technicien de laboratoire	3	1 M&2F	1 licence en technique de labo. Et 2 diplômes de graduat en technique de labo
Soins spéciaux	Médecin spécialiste	16	11M&5F	Tous ont un diplôme de spécialisation chacun dans son domaine (6 ont plus de 20 ans et les autres ont plus de 8 ans d'expérience)

Pharmacie	Pharmacien	3	F	1 breveté assistant pharmacien avec 10 ans d'expérience et 2 diplômés gradués en sciences infirmière sans expérience
Réception	Réceptionniste	3	M	2 licenciés en sciences économiques sans expérience, 1 diplômé d'Etat avec une forte expérience
Maintenance-gardiennage	Lavandier, garçon de salle, sentinelle,	5	3M & 2F	1 ingénieur électricien sans expérience et 4 diplômés d'Etat sans expérience

Source : élaboré par nous sur base des infos puisées dans la liste administrative, liste de paie et feuille des honoraires de médecin (juin 2014)

3.4.7. Division du travail et Mécanisme de coordination

Le CMMMN est une institution d'essence religieuse parce que crée par une Association mise en place par l'œuvre de Marie au Congo. De ce fait, c'est une organisation qui a une configuration missionnaire.

La division du travail est horizontale très forte, dans la mesure où il n'y a pas polyvalence, chacun exerce quelques tâches précises même pour les deux acteurs clés qui semblent suivre tout. On remarque que chacun d'eux se focalise sur un seul axe (la technique ou l'Administration)

La division verticale est faible parce que les services qui sont dans telle ou telle autre axe reçoivent directement les instructions de l'acteur clé de son axe opérationnelle.

Tableau n°7 : Tableau de distinction du modèle de GRH

Dimension	Division du travail	Coordination	Centralisation	Buts prioritaires	Configuration
CMMMN	-Horizontale forte, il y a beaucoup de tâches précises -Verticale faible, les décisions sont collégiales	-Supervision directe, avec le MD qui suit la technique -Standardisation de procédé : protocole de traitement, normes de la zone de santé -Standardisation de qualification avec médecin spécialiste	-Ajustement mutuel dans la prise de décision entre MD et AG, -Décentralisation contrôlée	-missionnaire par nature parce qu'une association mais tend vers le système	-Missionnaire, parce qu'une association -Entrepreneurial, de petite taille, un peu informel, prédominance de M.D et AG

Source : élaboré par nous sur base des infos reçues sur terrain et dans les documents du Centre

3.5. Pratiques de GRH / forces et faiblesses (SWOT)

3.5.1. Pratiques de GRH

Dans le cadre de ce programme de master, nous avons appris dans le cours d'Organisation et Gestion des ressources humaines que la gestion de ressources humaines est diversifiée, il n'y a pas une recette, il faudra mieux la concevoir selon le type d'organisation (V. XHAUFLAIR 2014)²⁰.

Il n'est un secret pour personne que les activités de GRH sont nombreuses et variées. Elles varient d'une entreprise à l'autre. Au CMMM, la gestion de ressources humaines n'est pas formalisée, elle est encore intuitive. Il y a un règlement d'ordre intérieur qui a pour objectif d'harmoniser les rapports et les conditions de travail entre le CMMM et son personnel. Pour notre part, nous présenterons ces activités de GRH sur les points suivants :

- Le recrutement

Le CMMM a un sérieux problème de recrutement en commençant par la décision d'embauche (le nombre et la qualité requis du personnel à recruter). Le caractère social du CMMM a beaucoup influencé négativement certaines décisions d'embauche qui fait qu'il y a pléthore des infirmiers(8) et des médecins généralistes(6). Le canal de recrutement est informel car le recrutement se fait par cooptation par réseau de relation. Les acteurs de recrutement ne sont pas clairement définis.

- La rémunération

Nous savons que la rémunération occupe une place de choix parmi les éléments fondamentaux du contrat de travail. Le CMMM recourt à une agence pour gérer cet aspect de ressources humaine. Toutefois cette rémunération se fait en fonction du système d'évaluation que nous qualifions d'intuitive avec la tendance de méthode de comparaison par paires.

La rémunération est variable mais avec une base qui respecte le minimum légal ; ce sont les performances individuelles qui sont les déterminants de la variabilité de salaire.

- L'évaluation

²⁰ V. XHAUFLAIR, Docteur en Gestion, et elle est chargée de cours en philanthropie et investissement social à HEC-ULg

L'évaluation comprise comme un moment important de la rencontre entre le salarié et l'entreprise se fait aussi au CMMMN et elle est directement menée par le Médecin Directeur et l'Administrateur Gestionnaire mais cela d'une manière intuitive car nous n'avons pas vu un document d'évaluation.

- La formation

La formation est organisée dans la mesure où il se passe chaque deuxième samedi du mois de moment de formation sur des thématiques très variées pour renforcer la capacité du personnel. D'autres agents ont été envoyés en formation à l'institut national de préparation professionnelle(INPP). Nous pouvons dire que les deux objectifs d'une politique de formation sont respectés au CMMMN, dans la mesure où il y a aussi de formation planifiée et anticipée pour par exemple la future maternité.

3.5.2. Les Forces et les Faiblesses de la pratique de GRH

Cette critique s'appuie sur l'analyse SWOT qui procède de l'intérieur pour présenter les forces et les faiblesses du mode de gestion de ressources humaines au CMMMN.

Tableau n°8 : Tableau d'analyse des forces et faiblesses de GRH(SWOT)

FORCES	FAIBLESSES
-Documents légaux et réglementaires (contrat de travail légalisé, contrats de consultance, règlement d'ordre intérieur particulier au CMMMN) -Procédures et schéma de traitement de cas de maladie et existence de protocole de traitement des maladies -Obéissance religieuse catholique, son statut juridique d'Association sans but lucratif et son caractère social -La propreté du cadre et l'accueil humanisant du personnel, bref un excellent savoir être du personnel -Appartenance au réseau des entreprises de l'économie de communion qui favorise l'harmonie dans le personnel -Personnel jeune, facile à inculquer une attitude à adopter -Confiance bénéficiée auprès de beaucoup de congrégations religieuses -Contrat de consultance avec des médecins spécialistes (chirurgien, dentiste, interniste,	-Le système d'organisation n'est pas documenté, -Pas un bon processus de recrutement - Pas une gestion professionnelle et prévisionnelle du personnel et des emplois -personnel pléthorique surtout ceux avec une faible valeur ajoutée :6 médecins généralistes -Absence du budget, de comptabilité générale qui rend difficile de planifier les salaires -Absence de stratégie de contrainte pour le recouvrement des dettes des individus surtout les dettes sur le personnel. -Faible marge financière rendant impossible l'augmentation de salaire -Un personnel jeune, moins expérimenté et peu motivé

Source : Elaboré par nous sur base des infos du CMMMN, 201

Comme toute organisation de modèle valoriel, le CMMMN a adopté une gestion des ressources humaines implicites qui est constaté par le recrutement non seulement sur base des compétences des candidats mais surtout sur base des valeurs édictée par le CMMMN.

3.6. Croissance économique du CMMMN

Le tableau ci-dessous présente la croissance économique du CMMMN

Tableau n°9 : Tableau de croissance économique du CMMMN (année de base : 2010)

Année	2010	2011	2012	2013
INDICATEUR				
Lit de malade	15	15	15	15
service offert	17	19	19	20
Taux de croissance(%) Des services offerts		12	12	18
Prix moyen de consultation en FC ²¹	5750	7500	7500	7500
Taux de croissance(%) du prix de consultation (moyenne)		30	30	30
C.A en \$ (moyenne/mois)	10596	15921	23616	27057
Taux de croissance(%) du CA		50	123	155
effectif travailleur décembre	24	28	28	34
Taux de croissance(%)		17	17	42
Effectif de consultant	14	14	16	16

²¹ FC signifie Franc congolais, qui est la monnaie de la RDC.

Taux de croissance(%)		0	14	14
Total fréquentation /mois (moyenne)	388	662	751	804
Taux de croissance(%) fréquentation		71	94	107
Fréquentation/mois Client individuel et payant cash (en moyenne)	94	142	247	341
Taux de croissance(%) de fréquentation client cash		51	163	263
Fréq./mois -Client institutions et sociétés (Moyenne)	294	520	504	450
Masse salariale en \$ (moyenne/mois)	4712	5025	7070	8015
Taux de croissance(%) de la masse salariale		7	43	20

Source : élaboré par nous sur base de données tirées des rapports d'activités du CMMMN

Ce tableau nous montre que certains indicateurs ont connu une croissance négligeable ou presque nulle (le nombre de lit, les services offerts, l'effectif de consultant et l'effectif de travailleur) tandis que le chiffre d'affaires et la fréquentation des clients ont connu une croissance phénoménale atteignant le taux de 155% en 2013 pour le chiffre d'affaires. Ceci veut dire en d'autres termes que la structure n'a pas varié, mais la production a remarquablement augmenté.

Chapitre 4 : ANALYSE DE LA SATISFACTION DES CLIENTS DU CENTRE MEDICAL MOYI MWA NTONGO

Ce chapitre concerne exclusivement la partie empirique de notre recherche. Il compte en son sein la méthodologie utilisée pour collecter les données, la présentation et la discussion des données.

4.1. Méthodologie de la recherche

4.1.1. Objectif de l'étude

L'enquête menée auprès des clients du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo avait pour objectif d'évaluer les motivations qui poussent les uns et les autres au choix de ce Centre.

4.1.2. Echantillonnage

Les données de cette étude proviennent essentiellement de l'enquête menée auprès de 90 personnes échantillonnées fréquentant ou se faisant soigner dans le Centre Médical Moyi Mwa Ntongo. Sur une population de 800 personnes dénombrées comme étant clients du centre médical par mois, nous avons segmenté cette population en 3 strates : la première strate est constituée des entreprises privées, la deuxième des congrégations religieuses et la troisième des personnes privées. Pour tirer notre échantillon, nous avons utilisé la méthode stratifiée à plusieurs niveaux.

- Au premier niveau au sein de la strate 1, nous avons tiré 5 entreprises au tirage aléatoire simple et systématique et à la strate 2, cinq congrégations.
- A l'intérieur de chaque strate retenue, après dénombrements de personnes qui le composent, il a été tiré 25 personnes. Soit un taux de sondage de 1/10.
- Au sein de la strate 3, constituée des personnes privées, deux sous strates ont été constituées ; notamment la sous strate personnes qui ont un emploi et la sous strate chômeur. A l'intérieur de la strate employée, nous avons échantillonné 25 personnes et 15 personnes pour les chômeurs.

4.1.3. Outils de collecte

Le questionnaire utilisé dans cette enquête est constituée de 3 modules :

- Le module 1 présente le choix de l'évaluation des services du centre médical Moyi Mwa Ntongo ;
- Le module 2 traite des critères d'appréciation du choix du CMMM
- Le module 3 identifie les personnes enquêtées.

4.1.4. Taux de couverture

Sur un total de 90 personnes échantillonnées, seules 78 ont été interviewées soit un taux de couverture de 87%. Bien que le taux de non couverture étant supérieur à 10%, l'interview n'a pas posé de problème et la qualité des données n'a pas été entamée, étant donné que notre étude était non seulement qualitative mais aussi quantitative.

4.1.5. Traitement des données

Les données récoltées ont été codifiées et saisies sur un fichier électronique à l'aide du logiciel EPI DATA, et transférées pour traitement au logiciel SPSS17, à l'aide du logiciel STATA TRANSFERT.

4.1.6. Méthodes d'analyse

Dans le cadre de cette étude, deux types de méthodes ont été utilisées, à savoir :

- La méthode univariée avec le tri à plat
- La méthode bivariée avec le test de Chi Carré.

4.2. Présentation des données de la recherche

4.2.1. Motivation et Evaluation des enquêtés sur le CMMM

L'étude sur l'évaluation des motivations des clients du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo, a été faite en rapport avec certaines caractéristiques, notamment les caractéristiques liées à la motivation du choix du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo, les caractéristiques liées à l'appréciation du centre médical et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

1. Caractéristiques liées à la motivation du choix du centre Moyi mwa Ntongo

Le tableau ci-dessous identifie les différentes caractéristiques de la motivation des clients qui fréquentent le CMMM.

Tableau n°10 : Caractéristiques liées à la motivation du choix du centre Moyi mwa Ntongo(%)

Caractéristiques	Effectif	%
Temps de fréquentation au CMM		
Moins d'un mois	16	20,8
D'un mois à un an	20	26,0
D'un an à 5 ans	27	35,1
Plus de 5ans	14	18,2
Total	77	100,0
Qualité de la personne		
Client (malade)	59	77,6
Aide malade	16	21,1
Autre	1	1,3
Total	76	100,0
1er choix à venir au CMMM		
Qualité de service	49	68,1
Le prix de service	7	9,7
Le savoir être, l'amour du personnel	10	13,9
Esprit de famille que je trouve	1	1,4
La proximité	3	4,2
Qualité de médecin	2	2,8
Total	72	100,0
2eme choix à venir au CMMM		
Qualité de service	3	6,0
Le prix de service	10	20,0
Le savoir être, l'amour du personnel	12	24,0
Esprit de famille que je trouve	4	8,0
Qualité de dirigeant	2	4,0
La proximité	6	12,0
Respect des horaires	1	2,0
Les batiments	3	6,0
Qualité de médicament	5	10,0
Qualité de médecin	4	8,0
Total	50	100,0
3ème choix à venir au CMMM		

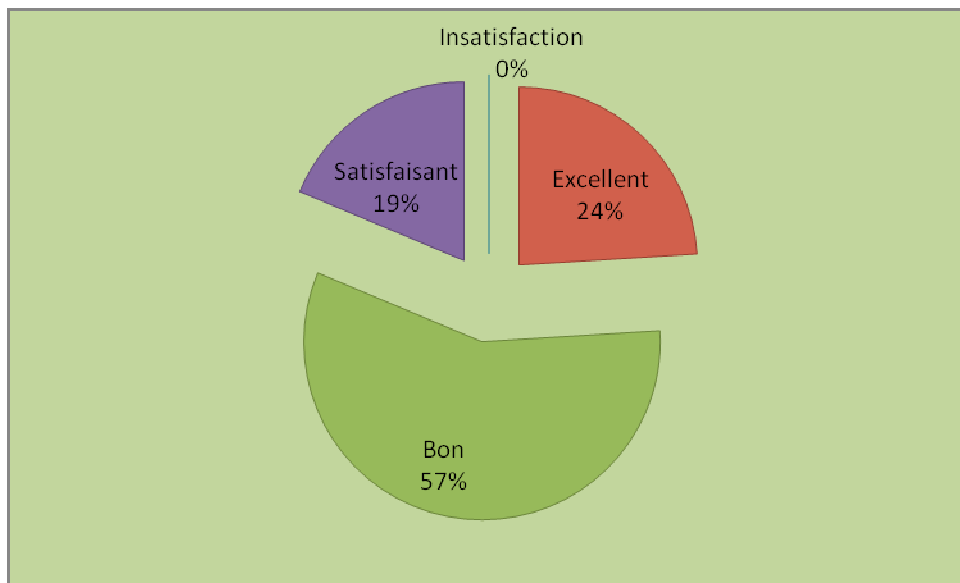
Qualité de service	1	2,2
Le prix de service	2	4,3
Le savoir être, l'amour du personnel	12	26,1
Esprit de famille que je trouve	6	13,0
Qualité de dirigeant	3	6,5
Respect des horaires	3	6,5
Les batiments	2	4,3
Qualité de médicament	3	6,5
Qualité de médecin	14	30,4
Total	46	100,0
Evaluation à la satisfaction		
Excellent	18	24,0
Bon	43	57,3
Satisfaisant	14	18,7
Insatisfaction	0	0
Total	75	100,0
Accueil dans un autre l'hôpital		
Oui	63	81,8
Non	14	18,2
Total	77	100,0
Choix de Moyi mwa ntongo par rapport à d'autres hôpitaux		
La vie d'une spiritualité	2	4
La propreté et l'accueil	20	41
Bonne organisation et qualité de service	25	51
Rien de spécial	1	2
Sans objet	1	2
Total	49	100

Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

Les données de l'enquête sur l'évaluation du CMMM montrent que le niveau de satisfaction quant au choix du CMMM est appréciable. Les analyses faites attestent que près de 80% des clients ont une ancienneté de plus d'un mois et dont le premier choix de se faire soigner se résume à la qualité de service (68%), le deuxième c'est les savoir être et l'amour du personnel (24%) et enfin la qualité des médecins (30%).

Quant à ce qui concerne l'évaluation, il se dégage que presque toutes les personnes enquêtées apprécient favorablement le centre médical Moyi mwa Ntongo soit 100% comme le montre la figure ci-dessous.

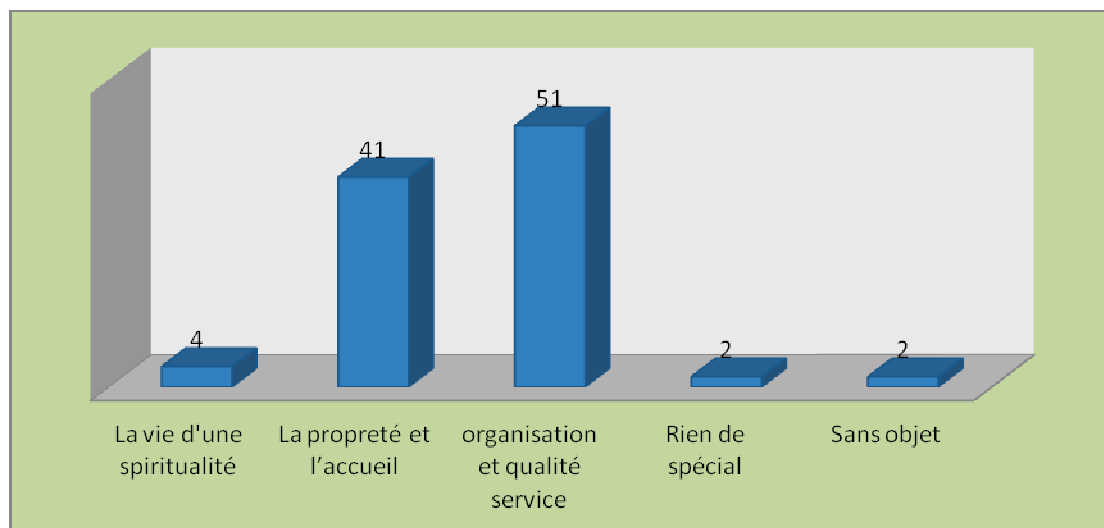
Figure 2 : Niveau de satisfaction des clients du CMMM



Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

Au sujet du choix du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo, l'on constate que la bonne organisation et la qualité de service influencent positivement cette évaluation (51%), suivi de la propreté et l'accueil (41%) contre seulement respectivement 2% pour ceux qui disent qu'il n'y a rien de spécial ou ne trouvent aucun objet tel que illustré dans la figure ci dessous.

Figure 3 : Raisons du choix du CMMM par rapport à d'autres centres(%)



Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

2. Caractéristiques liées à l'appréciation de Moyi Mwa Ntongo

Tableau n°11 : Niveau d'appréciation du choix du centre médical Moyi mwa Ntongo(%)

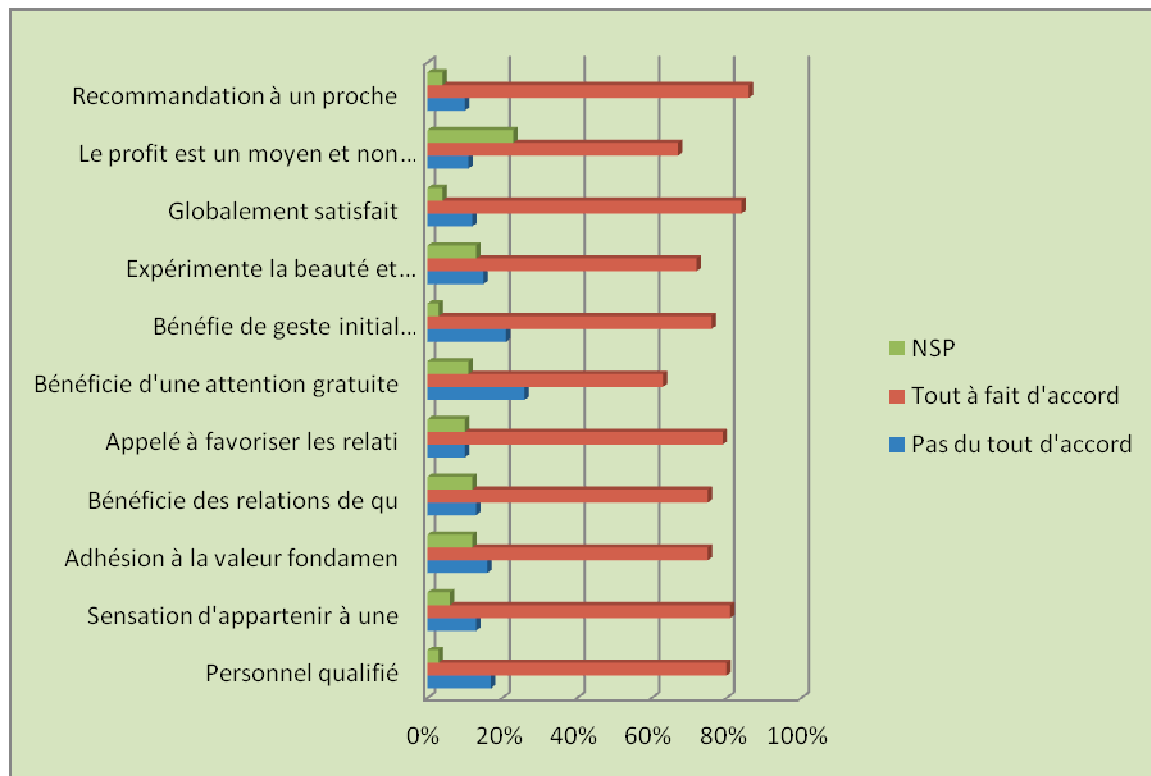
Appréciation	Modalités d'appréciation			
	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	NSP	Total
Qualité du Personnel	12(17%)	55(80%)	2(3%)	69(100%)
Sensation d'appartenir à une grande famille	9(13%)	55(81%)	4(6%)	68(100%)
Adhésion à la valeur fondamentale de l'amour	11(16%)	52(75%)	6(9%)	69(100%)
Bénéficie des relations de qualité	9(13%)	51(75%)	8(12%)	68(100%)
Appelé à favoriser les relations de qualité	7(10%)	53(79%)	7(10%)	67(100%)
Bénéficie d'une attention gratuite	18(26%)	44(63%)	8(11%)	70(100%)
Bénéficie de geste initial susceptible d'amorcer la dynamique	13(21%)	48(76%)	2(3%)	63(100%)
Expérimente la beauté et l'harmonie des locaux et de l'environnement	10(15%)	50(72%)	9(13%)	69(100%)
Globalement satisfait de ce centre	8(12%)	57(84%)	3(4%)	68(100%)
Le profit est un moyen et non une fin	7(11%)	44(67%)	15(23%)	66(100%)
Recommandation du centre à un proche	7(10%)	61(86%)	3(4%)	71(100%)

Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

Comme on peut le constater, plus de 80% apprécient favorablement le Centre Médical Moyi Mwa Ntongo. En effet, 86% des répondants pensent qu'il faille recommander ce centre à un proche, 84% sont globalement satisfaits du centre, 81% ont un sentiment d'appartenir à une famille, 80% estiment que le personnel est qualifié, 79% estime que ce centre favorise une relation de qualité comme le montre la figure... ci après.

En ce qui concerne le niveau d'insatisfaction, 26% des enquêtés estiment qu'ils ne bénéficient pas d'une attention gratuite, suivis de ceux qui croient qu'ils ne bénéficient pas de geste initial susceptible d'amorcer la dynamique de la réciprocité comme le montre la figure 4 de la présente étude.

Figure 4 : Niveau d'appréciation des clients du CSMMN (%)



Source : Données de l'enquête menée au CMMMN, 2014

3. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau n°12 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées (%)

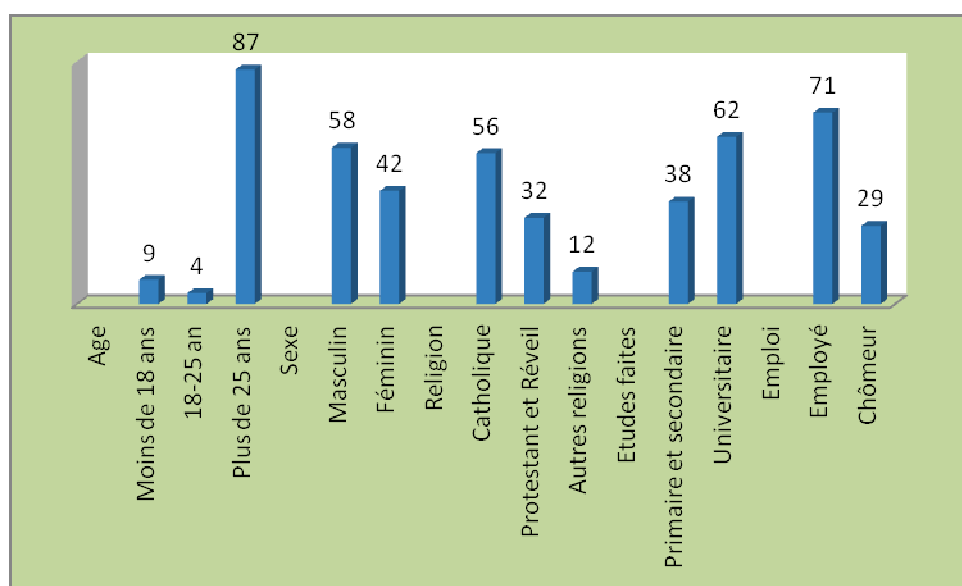
Caractéristiques	Effectif	%
Age		
Moins de 18 ans	7	9
18-25 an	3	4
Plus de 25 ans	67	87
Total	77	100,0
Sexe		
Masculin	45	58
Féminin	32	42
Total	77	100,0
Etat civil		
Célibataire	30	40
Marié	35	47
Avec enfants	9	12
Sans enfants	1	1
Total	75	100
Religion		
Catholique	39	56
Protestant et Réveil	22	32
Autres religions	8	12
Total	69	100
Etudes faites		
Primaire et secondaire	28	38
Universitaire	45	62
Total	73	100
Emploi		
Employé	51	71
Chômeur	21	29
Total	72	100
Nationalité		
Congolaise	71	96
Etrangère	3	4
Total	74	100
Si Congolais, quelle province		
Kinshasa	1	1,4
Bas Congo	20	28,2
Bandundu	21	29,6
Equateur	8	11,3

Nord kivu	2	2,8
Maniema	1	1,4
Sud kivu	3	4,2
Katanga	2	2,8
Kasai Occidental	2	2,8
Kasai Oriental	11	15,5
Total	71	100,0
Commune de résidence		
Ngaliema	5	6,8
Masina	11	14,9
Ngiri ngiri	3	4,1
Limete	18	24,3
Matete	3	4,1
Nsele	1	1,4
Kimbanseke	2	2,7
Ngaba	6	8,1
Lemba	10	13,5
Ndjili	5	6,8
Kasa vubu	1	1,4
Mont Ngafula	1	1,4
Makala	2	2,7
Kinshasa	1	1,4
Kalamu	1	1,4
Kisenso	1	1,4
Gombe	1	1,4
Bandalungwa	1	1,4
Selembao	1	1,4
Total	74	100,0

Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

En rapport avec l'identification sociodémographique des enquêtés, il se dégage que 87% des enquêtés sont âgés de plus de 25 ans, spécialement du sexe masculin (58%), dont 47% sont de mariés et de religion catholique (57%), de niveau supérieur et universitaire (62%), travaillant quelque part (71%), de nationalité Congolaise (96%), originaire de la province de Bandundu (30%) et résidant dans la commune de LIMETE (24%) comme illustré dans notre figure 5.

Figure 5 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés



Source : Données de l'enquête menée au CSMMN, 2014

4.2.2. Critères d'Appréciation et Evaluation de la satisfaction des services

Les données de l'enquête ont montré que le choix du CMMM est apprécié favorablement par les personnes enquêtées. Cependant, le niveau d'appréciation n'est pas clairement déterminant quant à celui qui motive positivement l'évaluation de la satisfaction. Le tableau ci-dessous présente l'impact de quelques facteurs qui correspondent le mieux à cette appréciation.

Tableau n°13 : Critères d'appréciation des enquêtés en rapport avec l'évaluation de la satisfaction des services (%)

Caractéristiques	Evaluation à la satisfaction				signification
	Excellent	Bon	Satisfaisant	Total	
Qualité du personnel					
Total	17(25%)	39(58%)	11(16%)	67(100%)	$\chi^2=11,201$ $p=0,024$

Expérimente la beauté et l'harmonie des locaux					
Total	17(25%)	39(57%)	12(18%)	68(100%)	$\chi^2=9,358$ $p=0,05$

Source : Données de l'enquête menée au CMMM, 2014

Il ressort du tableau ci-dessus, que l'appréciation sur la qualification du personnel et l'expérimentation de la beauté et l'harmonie des locaux, influencent positivement l'évaluation des services du CMMM. En ce qui concerne la qualité du personnel, les analyses montrent que cette variable est statistiquement significative à 90% ($X^2=11,201$; $p=0,024$) au seuil de 10%. L'analyse de la qualification du personnel a une relation positive sur les critères d'évaluation de services. Il se dégage que tout ceux qui, estiment être en accord avec ce critère, 25% évalue excellente les services du CMMM, 58% disent bonnes et 16% sont satisfaits.

En ce qui concerne l'expérimentation de la beauté et l'harmonie des locaux, il se dégage que cette variable est en relation avec l'évaluation des services et est statistiquement significative à 90% ($X^2=9,358$; $p=0,05$). Les résultats montrent que de tous ceux qui soutiennent cette thèse, 25% pensent que les services sont excellents, 57% disent qu'ils sont bons et 18% sont satisfaits.

En ce qui concerne l'évaluation à la satisfaction faite par les clients du CMMM de part leurs caractéristiques socio démographiques, il se dégage que ces dernières n'expliquent pas statistiquement cette relation. Les analyses faites présentent une relation négative pour toutes les variables sociodémographiques dites explicatives par rapport à l'évaluation à satisfaction. Les variables sociodémographiques n'ont pas d'influencent sur l'évaluation à la satisfaction faite par les clients du CMMM.

De ce qui précède, il sied à signaler que l'analyse du test de X^2 qui venait d'être fait, montre à suffisance le niveau d'appréciation qui détermine l'évaluation des services opérées par les enquêteurs. Si de manière générale, la totalité des enquêtés, soit 100% apprécient et évaluent positivement les services du CMMM, les autres variables sur l'appréciation ne l'expliquent pas et ne présentent aucune signification statistique quant à cette étude.

4.3. Discussion des résultats

Les recherches faites auprès des enquêtés (clients du CMMM) ont montré qu'il y avait une appréciation positive des personnes enquêtées où près de 75 % étaient tout à fait

d'accord avec les critères édités. En d'autres termes, les pratiques managériales de l'EdC présentées dans le questionnaire sous forme de comportement du personnel du CMMMNI ont été approuvées par 75% des clients et tous sont satisfaits des services offerts par le CMMMNI. Ces critères soumis aux clients sont les principes promus par l'EdC, intériorisés par le personnel et se traduisent en acte par leurs comportements au CMMMNI. Ceci se confirme à travers l'évaluation à la satisfaction des services du CMMMNI où la totalité des personnes enquêtées (soit 100%) sont favorables. En rapport avec notre hypothèse 1, nous pouvons donc dire que l'affluence de la clientèle est le résultat de la politique managériale adoptée par les gestionnaires du CMMMNI. Cela se confirme par le niveau de satisfaction de service tel qu'exprimé par les clients du CMMMNI.

A propos des facteurs qui concourent à cette évaluation, les analyses faites viennent de confirmer la relation entre le critère du personnel qualifié du CMMMNI, l'expérimentation de l'harmonie et la beauté des bâtiments avec l'évaluation à la satisfaction des clients du CMMMNI. En effet, ces variables sont statistiquement significatives 90 % de part et d'autres soit ($X^2=11,201$; $p=0,024$) pour la première variable et ($X^2=9,358$; $p=0,05$) pour la deuxième variable.

Cependant, il sied de signaler que le test de X^2 montre à suffisance le niveau d'appréciation qui détermine l'évaluation faite par les enquêteurs. Si de manière générale, 100% des enquêtés apprécient et évaluent positivement les services du CMMMNI, les autres variables sur l'appréciation ne l'expliquent pas et ne présentent aucune signification statistique quant à cette étude.

CONCLUSION

L'Analyse de la satisfaction des clients du Centre Médical Moyi Mwa Ntongo de l'Economie de Communion à Kinshasa est un sujet très actuel qui nécessite une attention soutenue. La

présente étude avait pour but de voir si les pratiques managériales appliquées dans le Centre Médical Moyi Mwa Ntongo qui appartient au réseau de l'EdC influencent-t-elles la satisfaction de ses clients.

Dans la perspective d'examiner ce paradoxe, nous nous sommes proposé d'évaluer la satisfaction des services dans les aspects de gestion (sans prendre en compte les aspects médico-techniques). Deux questions principales ont guidé cette recherche :

- Les bonnes pratiques managériales de l'EdC appliquées au CMMM, sont-elles à la base de la croissance constatée ?
- Cette croissance serait-elle liée à ces pratiques ou influencée par d'autres facteurs exogènes ?

Pour répondre à ces questions, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Les bonnes pratiques managériales favorisent l'afflux des clients et entraînent ainsi la croissance du CMMM ;
- Les facteurs autres que les pratiques endogènes ont un impact significatif sur l'organisation du CMMM ;

La littérature faite dans cette étude, a montré que l'EdC est un modèle collectif. L'ensemble des personnes enquêtées évaluent positivement les services offerts au CMMM alors que 26 % ne perçoivent pas certaines dimensions de l'EdC. Ceci confirme ce que Pichault et Nizet ont appelé «position intermédiaire», (voir point 1.1.2.) : c'est à dire, le manager ne porte pas seulement le regard sur les individus et leurs motivations au CMMM, ni sur les phénomènes globaux qui sont ici comme des facteurs de contingences. Le regard du manager est orienté vers cet ensemble des pratiques sus évoquées (les individus - leurs motivations et les phénomènes globaux). Ainsi, les pratiques de l'EdC se révèlent généralement positives bien que peu connues mais pourtant porteuses de beaucoup d'espoir.

Des résultats préliminaires sur l'organisation administrative et technique du CMMM, nous avons constaté qu'avec l'application de l'EdC entre 2010 et 2013, le nombre des clients et le chiffre d'affaires ont connus une croissance respectivement de 155% et de 263% par rapport à l'année 2010.

Les analyses faites ont montré que les bonnes pratiques managériales adoptées dans une organisation sont génératrices des résultats positifs, notamment l'afflux des clients et la croissance de gain recherchée. Le choix du CMMM pour la plupart des enquêtés était dû à la qualité des services (68%) comme choix primordial, au savoir être et l'amour du personnel

comme deuxième choix (26%) et enfin à la qualité de médecin (30%). Comparativement à d'autres centres médicaux, ce choix s'est justifié par la bonne organisation et la qualité des services (51%) d'une part et d'autre part la beauté et l'accueil leur réservé (41%).

En rapport avec le niveau d'appréciation des enquêtés sur le CMMMn, il s'est dégagé que ces derniers sont globalement satisfaits de ce Centre (84%), ont eu un sentiment d'appartenir à une famille (81%) et ont adhéré à la valeur fondamentale de l'amour (75%) et bénéficier des relations de qualité (75%).

A propos des facteurs qui concourent à l'évaluation des services, les analyses faites ont confirmé la relation entre le critère de la qualité du personnel du CMMMn, l'expérimentation de l'harmonie et la beauté des bâtiments avec l'évaluation à la satisfaction des clients du CMMMn. En effet, ces variables étaient statistiquement significatives au seuil de 10% de part et d'autre, soit ($X^2=11,201$; $p=0,024$) pour l'analyse bi variée entre le critère qualité du personnel (variable indépendante) et l'évaluation à la satisfaction des services d'une part (variable dépendante) et d'autre part entre l'harmonie – la beauté des bâtiments (variable indépendante) et l'évaluation à la satisfaction des services ($X^2=9,358$; $p=0,05$).

Certes, les analyses faites ont confirmé implicitement notre hypothèse numéro un où les bonnes pratiques managériales, notamment la qualité du personnel et l'harmonie – la beauté des bâtiments favoriseraient la croissance et le climat des affaires. Cette thèse peut être aussi confirmée par les analyses univariées où le sentiment d'appartenir à une famille, l'adhésion à la valeur fondamentale de l'amour et le bénéfice des relations de qualité constituent des facteurs non négligeables dans l'explication de l'EdC au sein du CMMMn. Cependant, le test de contingence appliqué (Chi carré) n'a pas permis d'attester cette relation positive outre les caractéristiques relatives à la qualité du personnel et à l'harmonie et à la beauté des bâtiments. Statistiquement parlant, il y a certaines variables exogènes non reprises à la présente étude, qui élucideraient davantage la croissance remarquable dans une EdC appliquée au CMMMn. Cette situation confirme notre hypothèse n°2.

Partant des résultats obtenus dans cette étude, voici les recommandations que nous proposons au CMMMn :

- De continuer à utiliser les principes de l'EdC dans leur gestion et les renforcer surtout en ce qui concerne les ingrédients qu'elle propose notamment, le pacte autour des valeurs et le moment de correction fraternelle ;

- De veiller lors de recrutement des candidats à la qualité du personnel dans tous les aspects notamment les aspects techniques médicaux et non seulement l'aspect de l'adhésion aux valeurs de l'EdC,
- D'organiser des formations sur les valeurs de l'EdC parce qu'il ya 75% des clients qui perçoivent ces comportements et 25 % des clients ne les perçoivent pas alors que les 100% sont satisfaits des services.
- De concentrer beaucoup d'efforts sur la beauté des installations du CMMMN car cet aspect fait à première vue la différence avec d'autres centres hospitaliers.
- D'incarner les valeurs de l'Edc qui du reste s'approchent aux valeurs promues par les cultures Africaines (UBUNTU)²².

²² UBUNTU : Philosophie africaine dont le principe fondamentale est : « je suis ce que je suis grâce à ce que nous sommes».

BIBLIOGRAPHIE

I. MANUELS

2. ALTER Norbert (2009), *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions la découverte / M.A.U.S.S., Paris, 231 p
3. Anderson, Sweeney et Williams, (2010). *Statistiques pour l'économie et la gestion*, traduction française 3^{ème} Edition, de Boeck, Bruxelles
4. Anouk GREVIN(2013). *Qu'est-ce qu'une entreprise d'EdC et quelles sont les pratiques qui la caractérisent ?*, colloque « L'économie de communion, une utopie ? » Université de Fribourg, 15/05/2013
5. Association Internationale Économie de Communion (2013). *Rapport économie de Communion 2011-2012*.
6. BESSIRE Dominique & MESURE Hervé (2009), Penser l'entreprise comme communauté : fondements, définition et implications, *Revue Management & Avenir*, octobre, n°30, p. 30-50.
7. BRUNI Luigino & ZAMAGNI Stefano (2004), « The Economy of Communion: Inspirations and Achievements », *Revue Finance & The Common Good / Finance & Bien Commun*, n° 20, mars, p. 91-97.
8. Bruni, L., & Zamagni, S. (2004). The « Economy of Communion » : Inspirations and Achievements. *Finance & Bien commun*, 3(20), 91-97
9. CHIAPELLO Eve (2013), « Capitalism and its criticisms », in Morgan G. & Du Gay P. (Eds), *New Spirits of Capitalism? Crises, Justifications, and Dynamics*, Oxford U.P.
10. Cornet A., (2014). *Management- GRH et management des organisations*
<http://lola.hec.ulg.ac.be>

11. DEJOURS Christophe (2008), *Travail, usure mentale*, Bayard Editions, 299 p
12. DETCHESSAHAR Mathieu (2013), Faire face aux risques psycho-sociaux, quelques elements d'un management par la discussion, *Revue Négociations*, à paraître.
13. Don Hellriegel et John W. Slocum, (2004). *Management des organisations*, 2^{ème} Edition, de Boeck, Bruxelles
14. GOULDNER Alvin (2008), « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS*, n° 32, p. 65-86.
15. Lopez, K. J., Martinez, Z. L., & Specht, L. B. (2013). The Economy of Communion Model : a spiritual-based view of global sustainability and its application to management éducation. *Journal of Management for Global sustainability*, 1(1), 71-91.
16. MINTZBERG Henry (2009), « Rebuilding Companies as Communities », *Harvard Business Review*, July-August, p. 140-143
17. Mouvement des Focolari (2007). *Économie de Communion, Des entreprises osent le partagent*. Bruyères-le-Châtel, Nouvelle Cité.
18. OUELLET F., MAYER, R. Francine(1991). *Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin/ BIBLIO GRH
19. PICHAULT F. et NIZET J. (2000), *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Paris, édition du seuil.
20. Rondeaux G. et Pichault F. (2011). dans leur article *Managers en quête de sens : l'identité Organisationnelle comme boussole* <http://hdl.handle.net/2268/114259>
21. SANZE Geneviève (2011), « Le défi du développement et de la pauvreté », Colloque EdC pour les 20 ans de l'économie de communion, Sao Paolo, 29 mai.
22. SISODIA Raj, WOLFE, David B. & SHETH Jag (2011), *Firms of Endearment. How World-Class Companies Profit from Passion and Purpose*, Prentice-Hall.

23. TILLEMENT Stéphanie, CHOLEZ Céline & REVERDY Thomas (2009), « Assessing organizational resilience: an interactionist approach », *M@n@gement*, vol. 12 n° 4, p. 230-265.
24. YUNUS Muhammad (2007), *Vers un nouveau capitalisme*, Le Livre de Poche, 372 p.

II. INTERNET

1. <http://www.edc-online.org/it/impresa/linee-per-condurre-un-impresa.html>,
<http://www.focolare.org/fr/news/2011/10/06/lunedì-avrà-il-cemento-storia-di-impreditori/>
2. http://www.mintzberg.org/sites/default/files/article/download/managing_the_myths_of_health_care.pdf
3. <http://www.solidar.be/documenten/Rapport%20français%202011-2012.pdf>, consulté le 08/10/14.

A N N E X E

Annexe 1.

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Bonjour Monsieur/ Madame,

Dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de master en Management, Je réalise actuellement une étude auprès des clients et d'autres témoins (aides malades) du Centre médical Moyi mwa Ntongo, dont l'objectif est d'évaluer les motivations qui poussent les uns et les autres à choisir le Centre médical Moyi mwa Ntongo. Votre participation est très importante car elle permettra une meilleure évaluation de la satisfaction qui motive les gens à choisir le Centre Moyi mwa Ntongo.

Merci de répondre en cliquant sur les cases correspondantes. Je vous remercie vivement du temps que vous me consacrez en répondant à cette vingtaine de questions (environ deux minutes) tout en sachant que ce questionnaire restera strictement anonyme.

Il est possible d'obtenir les résultats de l'étude au Centre Médical Moyi mwa Ntongo.

IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

1. SEXE : 1°. Homme 2°. Femme
2. AGE : 1°. Moins de 18 ans 2°. 18 à 25 ans 3°. Plus de 25 ans
3. ETAT CIVIL : 1°. Célibataire 2°. Marié 3°. Avec enfants 4°. Sans enfants
4. Confession religieuse : 1°. Catholique 2°. Protestants 3°. Musulman 4°. Eglise de réveil 4°. Kimbanguiste
5. Etudes : 1°. Primaires 2°. Secondaires 3°. Universitaires 4°. Aucune
6. Situation professionnelle : 1°. Employé 2°. Chômeur
7. Nationalité : 1°. Congolaise 2°. Etrangère
8. Province d'origine :
9. Commune de résidence :

EVALUATION DES ENQUETES

10. Depuis combien de temps fréquentez-vous le CMMM ? 1° ☐ Moins d'un mois
2° ☐ d'un mois à un an 3° ☐ d'un an à 5 ans 4° ☐ plus de 5ans

11. Vous êtes ? 1° ☐ Client (malade) 2° ☐ Aide malade

12. Que ce qui vous a incité à venir dans ce centre médical, choisir en ordre utile (1°, 2°, 3°, 4°. ..) ?

☐ Qualité de service ☐ le prix de service ☐ le savoir être, l'amour du personnel

☐ l'esprit de famille que je trouve ☐ qualité de dirigeant ☐ la proximité

☐ Respect des horaires ☐ les bâtiments ☐ qualité de médicament ☐ qualité de médecin

☐ Autres à préciser.....

13. Quelle est votre évaluation de la satisfaction des services ?

1° ☐ Excellent 2° ☐ Bon 3° ☐ Satisfaisant 4° ☐ Insatisfaisant

APPRECIATION DU CMMMN

14. Avez-vous déjà été accueilli(e) dans un autre hôpital (autre clinique) ? 1° ☐ Oui
2° ☐ Non

Nous vous présentons ci-dessous une série de propositions qui correspondent à différentes pratiques de gestion au Centre Moyi mwa Ntongo . En fonction de votre expérience à Moyi mwa Ntongo, nous vous demandons d'entourer, pour chaque proposition, le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation, sur les 2 possibilités 1 et 2. Si vous n'avez pas été Confronté (e) à la pratique considérée, vous pouvez entourer les lettres NSP (= Ne sait pas)

		1°=pas du tout d'accord 2°=tout à fait d'accord,	3°=NSP
15	Le personnel est de qualité	1° 2°	3°
16	J'ai la Sensation d'appartenir à une grande famille dans le centre	1° 2°	3°
17	J'adhère à la valeur fondamentale de l'amour réciproque à Moyi mwa Ntongo	1° 2°	3°
18	Je bénéficie des relations de qualité à Moyi mwa ntongo	1° 2°	3°
19	Je me sens appeler à favoriser les relations de qualité	1° 2°	3°
20	Je bénéficie d'une attention gratuite	1° 2°	3°
21	Je bénéficie de geste initial susceptible d'amorcer la dynamique de la réciprocité	1° 2°	3°
22	J'expérimente la beauté et l'harmonie des locaux et de l'environnement	1° 2°	3°
23	Je suis globalement satisfait(e) de ce centre	1° 2°	3°
24	Je sens ici que le profit est un moyen et non une fin.	1° 2°	3°
25	Je recommanderai ce centre à un proche	1° 2°	3°

26. Par rapport à d'autres hôpitaux, pourquoi Moyi mwa ntongo ?qu'est ce qui vous attire ici à Moyi mwa ntongo ?

Réponse

.....
.....

.....
.....