



**HAL**  
open science

## Le rôle de la veille stratégique dans l'agilité du processus d'innovation. Application au champ non médical en milieu hospitalier, le cas "Assiette Durable" ".

Sid Ahmed Gozim, Marie-Christine Longe Monnoyer

### ► To cite this version:

Sid Ahmed Gozim, Marie-Christine Longe Monnoyer. Le rôle de la veille stratégique dans l'agilité du processus d'innovation. Application au champ non médical en milieu hospitalier, le cas "Assiette Durable" ". Services and New Societal Challenges: Innovation for Sustainable Growth and Welfare, Sep 2014, Helsinki, Finlande. hal-02548759

**HAL Id: hal-02548759**

**<https://hal.science/hal-02548759>**

Submitted on 20 Apr 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **XXIV. International RESER Conference:**

# Le rôle de la veille stratégique dans l'agilité du processus d'innovation. Application au champ non médical en milieu hospitalier, le cas "Assiette Durable" ».

Sid Ahmed GOZIM<sup>1</sup>, Marie-Christine MONNOYER<sup>2</sup>,...

<sup>1</sup>Université d'Aix Marseille, <sup>2</sup>Université Toulouse 1 Capitole/IAE

## *résumé*

*Si le processus de l'innovation de service a fait l'objet de travaux importants au cours des 20 dernières années, le lien entre veille concurrentielle et stratégique avec la construction de l'innovation a été moins analysé. Cette communication, se propose de confronter un modèle représentatif de ce lien avec une étude de cas réalisée dans le secteur hospitalier sur une innovation non médicale. Celle-ci confirme l'existence d'un lien fort entre veille et innovation, avant et pendant le processus de construction de l'innovation, pour une grande variété d'acteurs impliqués dans le processus, quel que soit leur niveau de responsabilité.*

## *Abstract*

*If researchers have investigated the service innovation process for the last twenty years, one cannot say the same about the link between strategic and competitive watch, and the innovation process. We will focus our attention on this link. In this paper, we will analyse a case study ( non medical innovation in the hospital sector) through our model. It confirms how many people with various responsibilities are involved in the innovation process, and search for information, data and knowledge to participate.*

## **1. Introduction**

Le développement de la réflexion sur le management des activités de service s'est accompagné en parallèle d'une interrogation sur la nature et les modalités de l'innovation dans ces activités. Le modèle de Booz, Allen & Hamilton, construit pour analyser l'innovation dans les activités manufacturières a servi de base de réflexion pour la conception de plusieurs modèles destinés aux services : Shostack (1984) ; Donnelly, Berry & Thompson (1985) ; Bowers (1985, 1987 & 1989) ; Scheuing, Johnson & Gaida (1986) ; Anderson & Pennington (1992) ; Palmer & Cole (1995) ; Edvardson & Olsson (1996), Lovelock & Lapert (1999) ..... Toutefois ces modèles apparaissent fragiles dans leur phase amont, c'est à dire la génération des idées et leur sélection, (Jallat, 2000). Des blocages apparaissent également dans la réalisation du processus d'innovation et semblent avoir plusieurs causes qui affectent là encore l'amont de la procédure, telles les différences d'appréciation entre les individus ou sous-groupes de l'entreprise par rapport à la validité du projet en cours, les hypo-

thèses émises, les méthodes employées, les critères utilisés pour la validation de l'innovation ( De Coninck, 1998). Toutefois, c'est davantage l'analyse de la partie aval de la mise en œuvre du processus d'innovation qui va intéresser les chercheurs, d'autant que le développement des TIC ouvre des opportunités à la transformation des process de production des services qui affecte souvent la partie « visible » du modèle de servuction (Eiglier & Langeard, 1987).

L'émergence de l'idée dans l'étude du processus d'innovation de service nous a semblé mériter des analyses complémentaires. En effet, les travaux de Lesca et son équipe (2006) ont mis en évidence les effets positifs de la veille anticipative sur l'identification des phénomènes intéressants, comme celle de phénomènes potentiellement dangereux en termes de développement de nouveaux produits ou services. La veille qui consiste à identifier des discontinuités ou des ruptures et qui pourraient être sources de menaces ou d'opportunités (exploration de l'environnement) peut par exemple alimenter très en amont des démarches d'anticipation, d'innovation et de créativité. De même les travaux de Simon mettent en exergue, dès 1960, les effets de la veille sur le processus de décision stratégique via la phase d'intelligence de l'environnement.

Dans cette communication qui reprend une partie des travaux de thèse de S.A Gozim, nous avons centré notre réflexion sur les innovations non médicales dans le secteur hospitalier. Ce secteur d'activité a en effet été très précisément investigué (Djellal et Gallouj, 2004, 2007) parce que les innovations de process qu'il suscite combine une réflexion technologique plus ou moins visible par le destinataire du service et un nouveau concept auquel le destinataire peut être sensible. Il présente enfin des caractères similaires à ceux que l'on peut trouver, de façon plus parcellaire, dans des secteurs aussi différents que l'assurance, l'hôtellerie, la restauration....

Dès lors notre question de recherche portera sur la complémentarité entre veille stratégique et processus d'innovation et sera centrée sur la définition des fonctions essentielles d'un dispositif de veille stratégique, pouvant s'articuler dans un tout cohérent et complémentaire à un processus d'innovation applicable aux services.

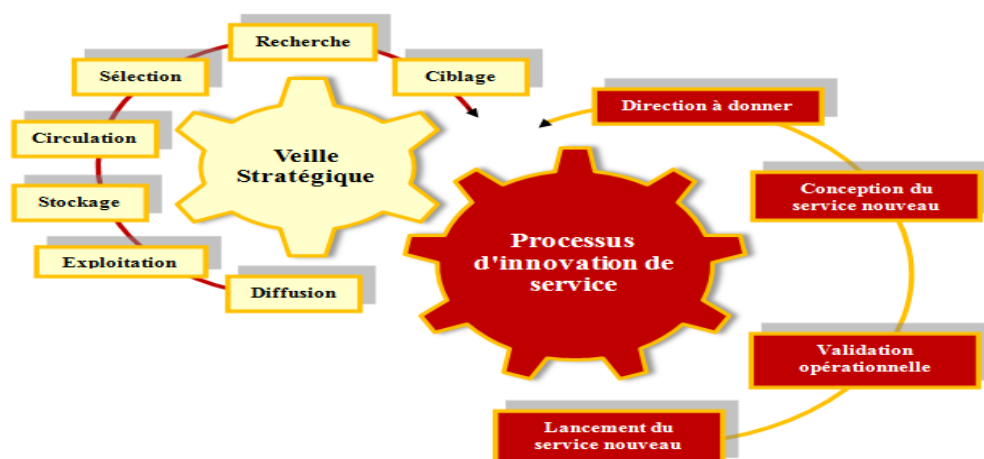


Fig. 1: Graphe 1: Les rouages de la complémentarité de la veille stratégique au processus d'innovation

Etabli par SA Gozim à partir des travaux de Lesca

Dans une première partie, nous nous appuyerons sur les travaux relatifs à l'innovation de services et à la veille stratégique pour construire un modèle mettant en relation veille et process d'innovation. Dans une seconde partie nous confronterons ce modèle à une étude de cas réalisée dans le champ des services hospitaliers non médicaux.

## 2. De la veille à l'innovation de services

### 2.1. Le processus d'innovation dans les services: modèles par étape

Un certain nombre d'auteurs spécialisés dans le champ du management des services (Jougleux, 1993 ; Everaere, 1997a ; Durieux, 2000a ; Flipo, 2001 et Abramovici & Bancel-Charensol, 2002, etc.), et plus particulièrement celui du marketing des services (Shostack, 1984 ; Eiglier & Langeard, 1987 ; Scheuing & Johnson, 1989 ; Jallat, 1992 & 1994 et Lovelock & Lapert, 1999, etc.) ont consacré des investigations aux aspects spécifiques de l'innovation. La plupart ont insisté sur le fait que les processus connus pour les biens matériels nouveaux devaient être revus pour tenir compte des caractéristiques des services et de l'organisation des entreprises du tertiaire. Aussi, l'immatérialité des services doit être en quelque sorte surcompensée par la rationalité et le formalisme de l'approche. La méthode proposée consiste en l'identification d'un certain nombre d'étapes variables selon les auteurs.

Pour illustrer ce courant de recherche, nous avons choisi le modèle de Scheuing & Johnson (1989) dont la complétude n'est pas synonyme de complexité dans l'application.

Ce processus comprend quinze (15) étapes détaillées, que l'on peut aussi regrouper en quatre (4) grandes phases, reproduites dans le tableau ci-dessous :

Phases	Etapes détaillées
<b>La direction à donner</b> I	1. Objectifs et stratégie, cadre de la formulation du nouveau service. 2. Génération d'idées. 3. Tri des idées.
<b>La conception du service nouveau</b> II	4. développement du concept. 5. test de concept. 6. Analyse du potentiel des ventes. 7. Autorisation du projet de lancement.
<b>La validation opérationnelle</b> III	8. Conception de la servuction et test. 9. Mise en œuvre de la servuction et test. 10. Conception du plan marketing. 11. Formation du personnel.
<b>Le lancement du service nouveau.</b> IV	12. Test du service et première expérimentation. 13. Test marketing. 14. Lancement en vraie grandeur. 15. Evaluation post-lancement.

Table 1: Modèle normatif de processus de développement d'un service nouveau (adapté de Scheuing & Johnson, 1989, vol.3, n°2, pp.25-35).

La réalisation des deux premières phases du processus décrit, que nous avons qualifiées de „direction à donner“ et „conception d’un nouveau service“ font l’objet de remarques dans la pratique (Jallat 1992 & 2000) :

- Peu de procédures systématiques de génération d’idées sont mises en place.
- Le processus d’innovation est souvent initié par des facteurs internes.
- Le personnel au contact est le principal percepteur des faiblesses du processus productif existant
- L’impact potentiellement défavorable du lancement d’un nouveau service sur les services existants est largement relayé par les salariés de l’entreprise.

En l’absence d’une concurrence pressante, le processus d’innovation trouve essentiellement sa dynamique créative dans celle des salariés de l’entreprise, en fonction de la liberté d’expression accordée. Si la pratique de la servuction conduit à se focaliser sur la relation et les échanges informationnels entre le personnel en contact et le client (Djellal F. & Gallouj F., 1999), limiter la collecte d’informations et le regard sur la pertinence du service actuel n’apparaît donc pas sans danger, en particulier dans des structures très hiérarchisées.

Mais l’analyse du processus de la prestation de services hospitaliers et des innovations correspondantes réalisée par l’équipe de l’université de Lille permet d’enrichir notre réflexion, dans ce contexte particulier. En effet, l’impact de la prégnance des tutelles sur les organisations prestataires ne peut être sous-estimée quant à ses effets sur la dynamique d’innovation née des interactions entre agents prestataires et client usager.

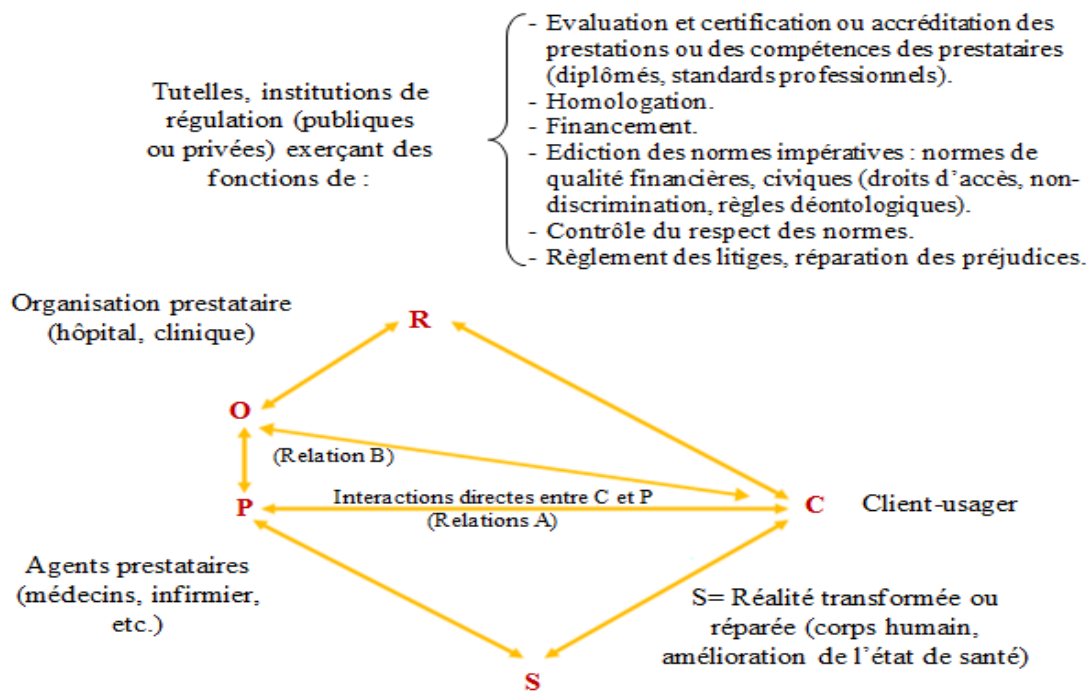


Fig. 2: Pentagone des services hospitaliers

Source : Djellal F., Gallouj C. & Gallouj F., (2002),

Les travaux de l'équipe concernée nous permettent aussi d'affiner l'analyse des relations entre les acteurs de l'innovation dans ce secteur.

## 2.2. Les relations entre acteurs au sein du processus d'innovation dans les services hospitaliers

S'appuyant sur la représentation lancastérienne élargie du produit ou du service F.Gallouj (2002) et Gallouj et al,(2004) rendent compte des nombreuses caractéristiques du service obtenues (Y), par la mobilisation de compétences (C ), de matériel, (M), de méthodologies (K), de relations (R).

Prestations de services élémentaires	Compétences	Support du service, opérations ou fonctions correspondantes et technologies associées				Caractéristiques ou fonctions (« externes ») d'usage finales ou de services
		M	I	K	R	
Si	C Compétences sur les technologies (leur usage) ou compétences mobilisées directement	M Opérations « matérielles » (+ sciences et technologies correspondantes)	I Opérations « informationnelles » (+ sciences et technologies correspondantes)	K Opérations « méthodologiques » (+ sciences et technologies correspondantes)	R Opérations de service en contact relationnelles (+ sciences et technologies correspondantes)	Y Fonctions et caractéristiques de services (+ disciplines correspondantes)
Médecine, soins						
Hôtellerie						
Maintenance						
Accueil, réception						
Transport						
Gestion, administration						
Restauration						
Crèche						
Buanderie						
Loisir						
Commerce						
Funéraire						
Nettoyage, traitement des déchets						
Etc.						

Table 2: Décomposition fonctionnelle du produit ou de la prestation hospitalière.

Source : DJELLAL F., GALLOUJ C., GALLOUJ F. & GALLOUJ K., (2004), *L'hôpital innovateur : de l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson, Paris, p. 77.

Chaque case du tableau ci-dessus peut constituer un gisement d'innovation à l'hôpital. D'autre part, certaines cases peuvent être ajoutées et d'autres supprimées, permettant ainsi d'accroître ou de réduire le périmètre du « produit hospitalier » et le champ de prospection de l'innovation. De la sorte, cette grille peut être utilisée à la fois comme instrument d'audit de l'existant et de prospective, puisqu'il devient possible de mettre en évidence un certain nombre d'axes ou de logiques d'innovation hospitalière.

### 2.3. De la veille au processus d'innovation dans les services hospitaliers

A partir des années 60 le rôle d'une surveillance de l'environnement de l'entreprise sur la qualité de la prise de décision comme sur la dynamique de l'innovation est souligné par des chercheurs comme Simon (déjà cité), Aguilar (1967) et Lesca (1986). Qu'elle soit passive ou active. (Martinet & Ribault, 1989) la veille permet d'explorer l'environnement et de décoder les signaux dont il est porteur. Elle soutient alors l'activité, le métier et les processus clés de l'organisation, la prise de décision des managers et la réalisation d'une stratégie délibérée ou émergente. Son but ultime est de construire un avantage concurrentiel, de contribuer à la création de valeur ou de se protéger contre d'éventuelles menaces, et finalement de pérenniser une activité ou une organisation.

Le choix du secteur d'activité (services hospitaliers) nous conduit à proposer un modèle qui s'appuie à la fois sur les travaux et le modèle de Lesca (exploration de l'environnement et étapes du processus de veille), les travaux de Simon (intelligence de l'environnement) et l'analyse du processus d'innovation de l'équipe Gallouj présenté précédemment (facteurs impliqués et structuration du processus).

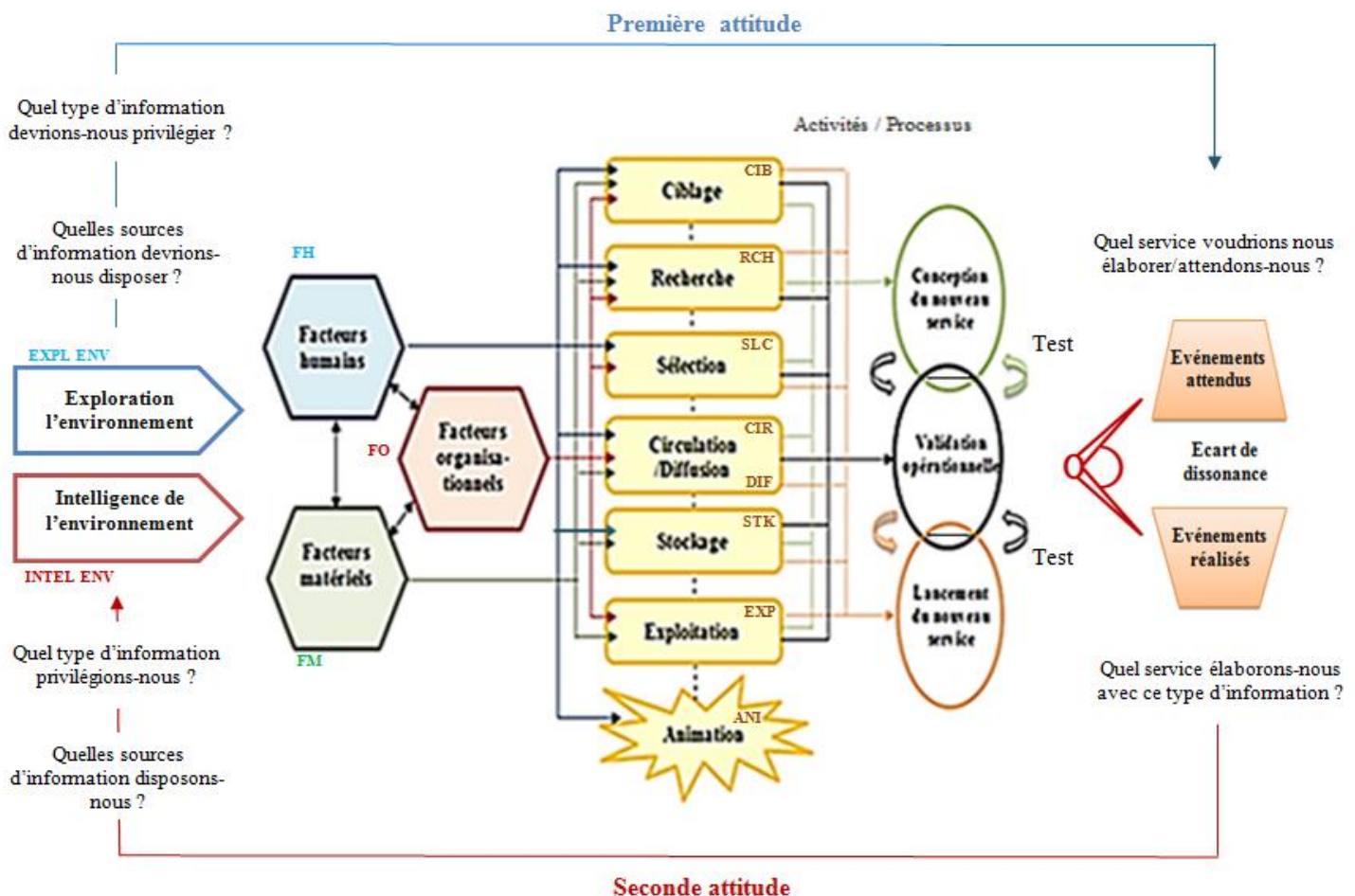


Fig. 3: Modèle d'intégration de la veille dans le processus d'innovation de services



Nous confronterons dans la seconde partie de cette communication ce modèle à une étude de cas réalisée dans une structure hospitalière.

### **3. Le modèle au crible du cas « assiette durable »**

#### **3.1. Le choix méthodologique**

Le choix d'une méthode qualitative s'appuyant sur l'analyse de plusieurs cas nous a paru justifié par Charreire et Durieux (1999) qui rappellent l'intérêt de cette méthode lorsque l'objectif de la recherche est « de créer de nouvelles articulations théoriques entre des concepts et d'intégrer de nouveaux concepts dans un champs théorique donné ». Ici l'objectif est de comprendre et d'analyser le processus d'innovation quant à son déclenchement et son développement en fonction d'une éventuelle attitude à prêter attention à l'environnement, cette attitude étant considérée elle-même comme un processus organisationnel.

Bien que la méthode des cas ait été longtemps critiquée pour son manque de rigueur, sa faible capacité de généralisation scientifique, elle se révèle très adaptée et justifiée pour l'exploration des caractéristiques complexes des phénomènes sociaux, lorsque les théories actuelles n'offrent qu'une vision partielle, ou pour générer de nouvelles conceptions théoriques (Eisenhardt, 1989 ; Yin, 1994 ; David, 2004).

Pour représenter les articulations entre la veille stratégique et l'innovation en milieu hospitalier, il était nécessaire d'observer plusieurs contextes, compte tenu de la richesse des activités périphériques. L'étude de cas multiples a semblé plus appropriée. Dans le cadre de cette communication, une seule, pourtant, sera présentée, choisie au sein des 4 qui sont analysées dans le cadre du travail doctoral et ont permis d'étudier des logiques de métiers, des domaines de compétence hétérogènes des processus d'innovation permettant d'envisager l'identification de régularités et différences dans les pratiques. L'ensemble du travail doctoral ayant mis en évidence les contraintes fortes des structures publiques (sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, quant à la démarche d'innovation, nous avons choisi ici de présenter une des études de cas effectuées dans une clinique privée (SA) de la région toulousaine (France). Le point d'observation de cette étude est la direction technique, informatique et logistique, meneur du processus d'innovation étudié. Une analyse de contenu a été effectuée à partir des entretiens semi directifs réalisés auprès de 13 personnes, en utilisant le logiciel Modalisa qui permet de « faire émerger des codes dits principaux dénommés nœuds puis d'organiser les données sous forme d'arbre hiérarchique ou de réseau conceptuel » (Bournois et al, 2002, p 77)

#### **3.2. Le cas assiette durable**

L'arrivée de la nouvelle direction de la clinique marque l'engagement dans une démarche active en termes de développement durable, qu'elle veut construire autour de 3 piliers : qualité de l'environnement, efficacité économique, équité sociale. « La restauration fait partie des soins » sera une phrase que nous entendrons tout au long des entretiens, et positionne ainsi les objectifs de l'innovation étudiée dans la stratégie de l'entreprise. L'environnement économique se caractérise au moment du lan-

cement de la réflexion par une baisse de l'activité des médecins, une concurrence accrue d'autres établissements de santé, et la baisse du niveau de prise en charge des soins par la sécurité sociale française. Par ailleurs, l'ensemble des enquêtes de sortie des patients met en évidence l'importance accordée aux activités connexes au médical et plus particulièrement l'hôtellerie et la restauration.

### 3.2.1. La direction à donner

Pour la diabétologue que nous avons interrogée, membre du conseil d'administration de la clinique P, présidente du CLAN (comité de liaison de l'alimentation et de la nutrition) et de l'association « *Diabète Ensemble* », tout a commencé par un ouvrage qui a pour titre : « *Tous gros demain ? : 40 ans de mensonges, 10 kilos de surpoids* » du chercheur et agronome Pierre Weill<sup>1</sup>. Celle-ci a tenu à faire partager la vision de l'auteur à ses plus proches collaborateurs, ainsi qu'à sa hiérarchie, en prêtant l'ouvrage au président directeur général de la clinique, au directeur de l'établissement ainsi qu'au directeur technique, informatique et logistique, sans oublier les diététiciennes dont elle en a la charge. L'auteur a été invité à animer une conférence, basée sur son nouvel ouvrage intitulé : « *Mon assiette, ma santé, ma planète* », qui à l'époque n'était pas encore commercialisé. Les idées de l'auteur, qualifiées de révolutionnaires, suscitent une réflexion approfondie, une participation au salon Dietecom<sup>2</sup>, des contacts avec les responsables de SIIN (Scientific Institute for intelligent Nutrition) ainsi qu'avec l'association et le label Bleu-Blanc-Cœur<sup>3</sup>.

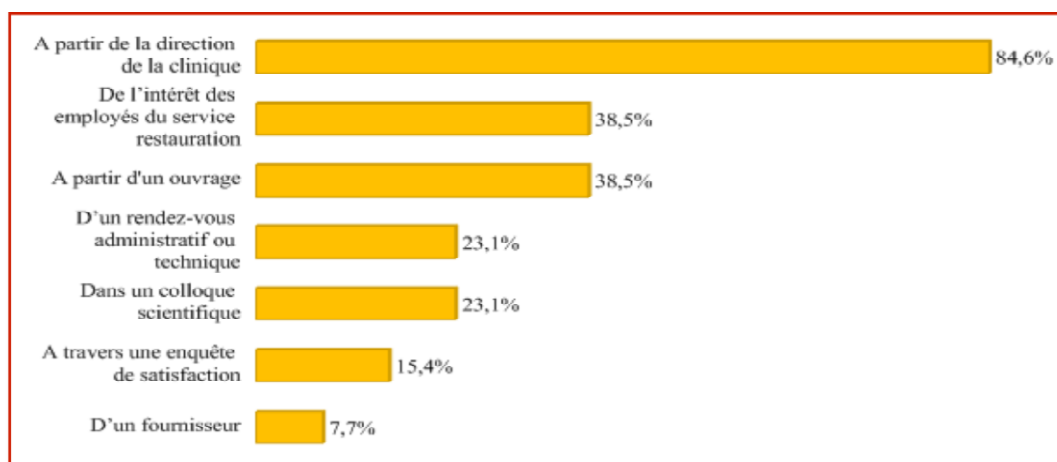


Fig. 4: Emergence de l'idée de la refonte des menus.

Interrogés : 13 / Répondants : 13., Pourcentages calculés sur la base des répondants

Source : Etabli par l'auteur

L'approche choisie requiert une prise en compte de la préparation du repas dans son ensemble. Une analyse complète du processus de restauration est dès lors été ef-

<sup>1</sup> Weill P. travaille depuis quinze (15) ans sur le lien entre modes de production agricole et santé. Il a signé de nombreux articles scientifiques sur le sujet.

<sup>2</sup> Le 1<sup>er</sup> salon de la nutrition destiné aux professionnels de la santé.

<sup>3</sup> Label du ministère de la santé français relatif à la qualité nutritionnelle.

fectuée afin d'en faire un véritable axe de différenciation pour la clinique. Dès lors, les composantes suivantes du processus sont analysées : approvisionnements et logistique, transformation et le contenu de la prestation, service au client. La rénovation antérieure (5 ans plus tôt des installations de cuisine) et la décision prise à l'époque de maintenir *in situ* la fabrication des repas, facilitent la mise en place du processus d'innovation.

### 3.2.2. La conception du nouveau service

Une « *commission menu* », est créée, dont le but est le recueil des besoins informationnels de l'ensemble des professionnels de la clinique considérés comme impactés par cette innovation. Elle comprend un membre du CLAN<sup>4</sup>, des médecins de différentes spécialités, des chefs cuisiniers et une personne chargée des menus, des diététiciennes, des aides soignants, une gouvernante, un membre du service qualité, un informaticien. Ce groupe de travail pluridisciplinaire rédige un cahier des charges, définissant les règles à utiliser pour constituer une nouvelle carte.

La gestion d'une carte sous entend la gestion des cycles (nombre, saisonnalité, durée), les caractères des menus déjeuner et diner (composantes du menu normal, définition des déclinaisons et / ou des régimes), la définition des petits déjeuners et collations (composantes de base, définition des déclinaisons et / ou des régimes). Elle doit aussi intégrer les cartes de remplacement, la gestion de la présentation et le traitement des odeurs, dans le respect de l'équilibre économique.

Parallèlement à cette commission, les diététiciennes ont en charge la confection d'un plan alimentaire, et les chefs ont la responsabilité d'élaborer une liste des produits disponibles et de leurs coûts. Les conclusions sont transmises à la commission pour que, le cas échéant, elle puisse émettre des avis.

Un second groupe de travail restreint est alors constitué, faisant étroitement collaborer les chefs cuisiniers avec les diététiciennes pour construire les menus, les agrémenter, les écrire dissolvant ainsi le manque habituel de communication et les cloisonnements latéraux habituels les deux (2) services.

La validation des menus par la commission clôt le processus. Chaque membre de la commission doit valider le fait que les nouveaux menus soient conformes aux exigences de son activité et de ses responsabilités (diètes, équilibre des repas, satisfaction des patients, coûts...). Le service auprès du patient doit être optimisé, ainsi que le processus de fonctionnement de la chaîne « *approvisionnement - commande - préparation - livraison* ».

Les nombreuses déclinaisons du menu normal liées aux besoins spécifiques des patients supposaient l'intégration de ceux-ci sur des tablettes utilisables par les hôtelières et l'adjonction d'une documentation permettant à ces personnes de répondre en cas d'interrogation du patient.

Au cours de ce processus de conception, la clinique signe un partenariat avec un maraicher local, l'ESAT (établissement de service et d'aide par le travail), grâce à l'un des responsables de la cuisine qui connaissait personnellement cette structure,

<sup>4</sup> Le CLAN est un organe technique, collégial, spécifique créé pour une durée indéterminée. Il participe à la définition et à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation - nutrition au sein de la clinique.

en a référé à sa hiérarchie qui a estimé que la qualité des produits frais se ferait sentir sur le plan gustatif et aurait un impact positif sur la santé du patient. La commission s'est fait accompagner par le C2DS pour vérifier que la dimension durable était bien prise en considération tout au long du processus (achats, consommation d'énergie, d'eau, traitement des déchets...).

La durée de cette phase a paru longue aux membres de l'équipe projet qui ont considéré ne pas avoir suffisamment de temps, du fait de leurs autres activités, pour effectuer les recherches nécessaires, contacter les patients et intégrer les observations et critiques émises par les membres de la commission. Par ailleurs, les différences de sensibilité entre diététiciens et chefs cuisiniers (équilibre alimentaire versus processus de fabrication), ou entre l'hôtesse intégrée à la commission et les patients ont rendu les échanges difficiles, en particulier avec l'avancée du projet et la fatigue correspondante.

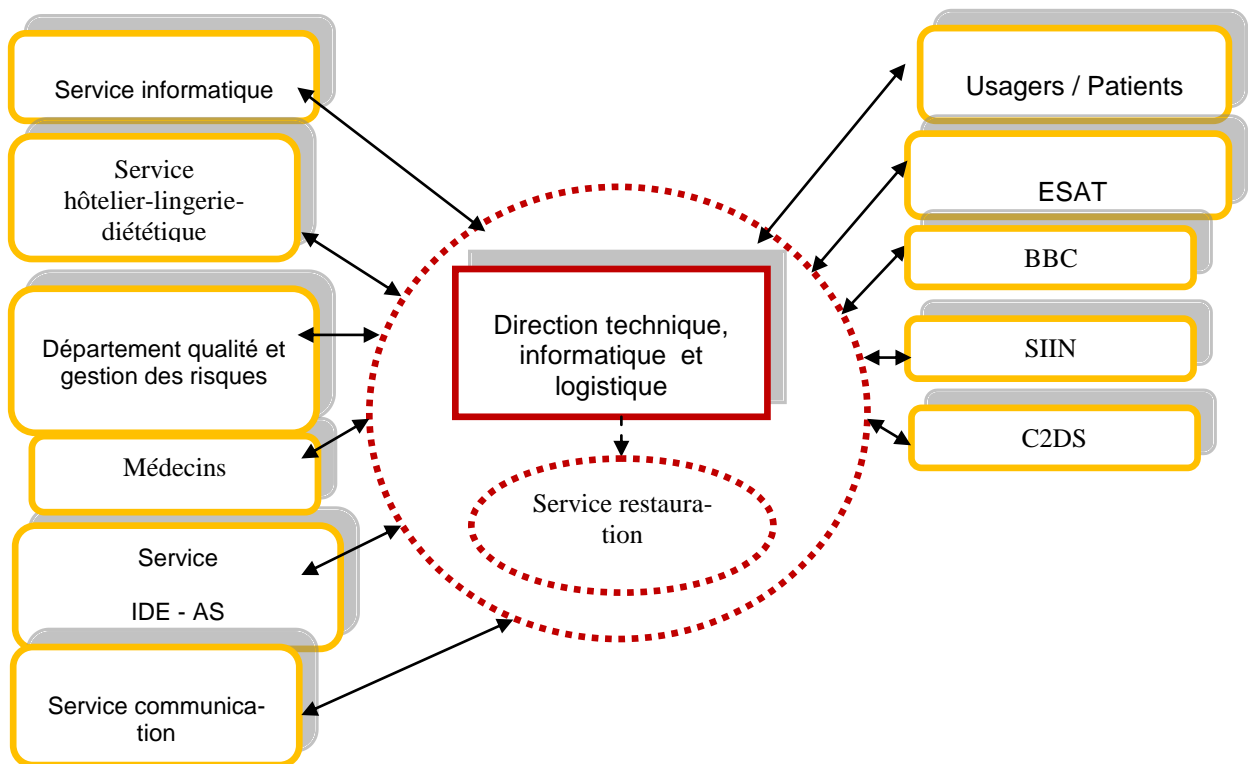


Fig. 5: Les acteurs impliqués - Cas « Assiette durable ».

### 3.2.3. Lancement du nouveau service

La mise en place du nouveau service a conduit à réviser à plusieurs reprises les caractéristiques des repas qui étaient proposés tant aux patients qu'au self service de la clinique. Si un plat ne passait pas ou était jugé trop lourd, l'hôtesse transmettait l'information aux diététiciennes et au chef de projet. Le chef cuisinier s'est rendu souvent auprès des patients pour recueillir une information qu'il trouvait trop parcelaire.

Une fois la proposition des menus été /hiver réalisée, une prolongation du projet a abouti à celle des menus automne/printemps dans le même souci du respect de l'ensemble des contraintes « développement durable ».

Pour diffuser l'information et motiver l'ensemble du personnel et particulièrement ceux qui n'étaient pas représentés dans la commission projet, le service communication (facturation, pharmacie..). Une chaîne télévision restauration a été ajoutée à la chaîne institutionnelle avec l'annonce du menu du jour, de ses déclinaisons et caractéristiques, des articles dans le journal de la clinique ont été publiés avec diffusion d'interviews des patients.... Des soirées ont été organisées avec le personnel médical pour expliquer les choix. Pourtant la communication est jugée insuffisante par un grand nombre de répondants.

### **3.3. Le modèle et la pratique**

#### **3.3.1. Les différentes formes de l'innovation étudiée**

La perception de l'innovation par les patients et le personnel de la clinique est rendue visible par l'évolution des menus (saisonnalité, régionalisation, diversité). En affirmant „la restauration fait partie des soins“, la direction de la clinique choisissait de modifier le positionnement de la restauration vis à vis tant du personnel médical que des patients. L'intégration de choix de plats et d'un renouvellement de la vaisselle utilisée apportait aussi une dimension « plaisir » susceptible d'exercer une influence sur la psychologie du patient. Enfin, en élargissant l'utilisation des menus à la restauration du personnel, la direction affichait l'intégration d'une dimension développement durable dans le quotidien des acteurs de la clinique. Nous pouvons donc parler d'une innovation de service.

Derrière cette innovation transparaissent aussi des innovations organisationnelles. La diète des malades n'est plus considérée comme une contrainte qui affecte l'organisation des repas, mais comme une information qui enrichit le processus de construction du service de restauration.

- Le diététicien n'intervient plus en aval du chef cuisinier mais en partenariat avec lui. Le responsable des achats est intégré à ce binôme car susceptible de proposer des produits ou des producteurs compétitifs dans l'instant ou dans le temps.

- Le choix de l'utilisation plus importante de produits frais supposait une modification importante de la logistique nécessaire au traitement des matières premières consommables (contrôle à réception, stockage, refroidissement).

- les fonctions de l'hôtelière ne se limitent plus à la vérification de l'adéquation repas-destinataire, elle doit proposer, en fonction de la diète du patient, les plats proposés avant leur réalisation. Si le contact fait partie de l'évolution visible du service, la collecte de l'information et son transfert vers la cuisine constitue une innovation organisationnelle, d'autant qu'elle se traduit par une transmission sous forme numérique.

Les innovations organisationnelles dans leur dimension technologique, humaine et partenariale s'ajoutent donc à l'innovation servicielle apparente.



Fig. 6: Changements produits ou éléments de nouveauté significatifs engendrés par la refonte des menus.

Source : enquête SA Gozim

### 3.3.2. Les différentes compétences et supports utilisés

La grille d'analyse de l'innovation de service proposée par l'équipe de Lille (Djellal et al, 2004) permet de mettre en valeur les différentes fonctions utilisées et la variété des compétences nécessaires pour réaliser l'innovation étudiée.

Prestations de services élémentaires	Compétences	Support du service, opérations ou fonctions correspondantes et technologies associées				Caractéristiques ou fonctions (« externes ») d'usage finales ou de services
		M	I	K	R	
Si	C	M	I	K	R	Y
	Compétences sur les technologies (leur usage) ou compétences mobilisées directement	Opérations « matérielles » (+ sciences et technologies correspondantes)	Opérations « informationnelles » (+ sciences et technologies correspondantes)	Opérations « méthodologiques » (+ sciences et technologies correspondantes)	Opérations de service en contact relationnelles (+ sciences et technologies correspondantes)	Fonctions et caractéristiques de services (+ disciplines correspondantes)
Médecine, soins						
Hôtellerie-Lingerie-Diététique.						
Maintenance						
Accueil, réception						
Transport						
Gestion, administration						
Restauration						
Crèche						
Buanderie						
Loisir						
Commerce						
Funéraire						
Nettoyage, traitement des déchets						
Etc.						

Table 3: Le projet « Assiette Durable » dans la grille d'analyse de l'innovation.

Le concept d'élargissement vertical et horizontal des acteurs du projet (tels que définis par l'équipe de Lille) appliqué à l'innovation étudiée met l'accent sur leurs besoins informationnels.

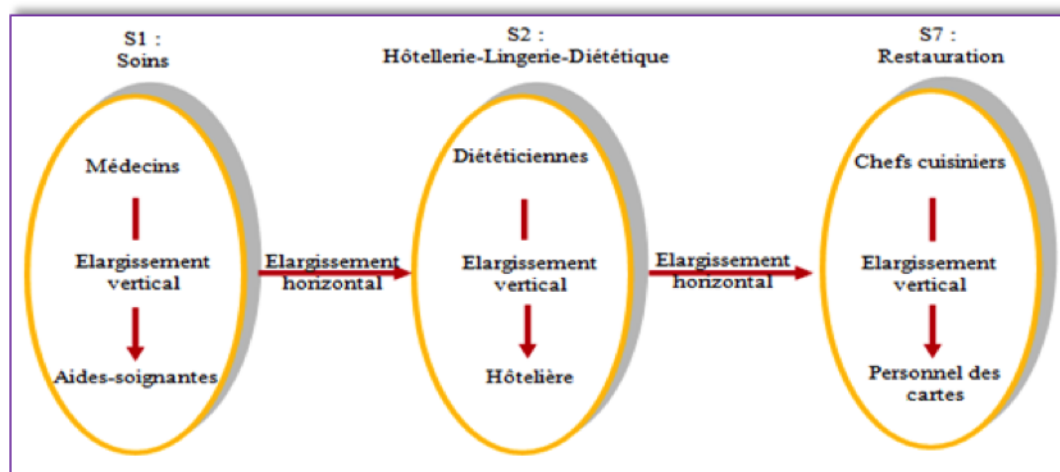


Fig. 7: Elargissement vertical et horizontal des acteurs du projet « Assiette Durable ».

### 3.3.3. Les sources et formes de veille.

L'orientation de la direction de la clinique vers une politique de développement durable, s'est appuyée, sur une exploration de l'environnement concurrentiel et une évolution des attentes de la clientèle. Exploration dont le caractère actif n'est pas certain, puisque la sensibilité aux problèmes environnementaux en général est largement présente dans les medias. Pourtant elle apparaît suffisamment partagée par l'équipe de direction pour qu'elle soit réceptive à la proposition de réflexion lancée par la diabétologue, membre du conseil d'administration.

La politique de veille menée alors par la diabétologue prend un caractère très actif et même proactif par ses actions de « lobbying », auprès des autres membres du conseil d'administration, et de nombreux médecins et diététiciens.

Pour que l'idée de révision des formes de la restauration prenne corps, il apparaît nécessaire à la diabétologue et sans doute à la direction de s'appuyer sur un médiateur, l'auteur des ouvrages sur la nutrition, pour que les acteurs de la clinique, puissent envisager leur rôle dans un projet innovant. Il s'agit en effet de nourrir leur propre discipline et responsabilité de cette réflexion sur la nutrition. Nous pouvons évoquer une intelligence de l'environnement qui vient compléter la démarche d'exploration de l'environnement.

A partir de la mise en place du processus de construction de l'innovation (commission pluridisciplinaire et commission des menus), le processus de veille est porté par de nombreux membres de ces commissions (veille concurrentielle, veille logistique, para médicale...), voir leurs adjoint ou collègues travaillant dans leur service. Nombreux seront les acteurs qui se plaindront de ne pouvoir mener cette veille avec le sérieux nécessaire. Des retours permanents seront effectués devant les commissions ad hoc qui conduiront à un élargissement du projet initial. Ils permettront aux animateurs des commissions et au responsable du projet de valider son opérationnalité et de le lancer.

## 4. Conclusion

En proposant de passer une étude de cas au crible d'un modèle d'analyse du rôle de la veille sur le processus d'innovation d'un service, nous prenons évidemment un risque, puisque celle-ci ne peut être jugée représentative de toutes les situations d'innovation, même si nous nous limitons aux services non médicaux dans le domaine hospitalier. Toutefois, celle-ci et les autres menées dans le cadre d'un travail doctoral, fait apparaître les modalités de l'émergence d'une idée, dans une structure de production complexe, et les apports des différentes formes de veille pour chaque acteur qu'il se sente concerné et impliqué dans le projet ou qu'on lui demande de s'impliquer.

Si le dynamisme de la structure, du conseil d'administration aux équipes productives transparaît dans ce cas, les freins et les réticences ne manquent pas dans cette structure privée, en particulier après la première phase d'enthousiasme.

Les autres études de cas réalisées dans le travail doctoral ont permis de faire apparaître l'influence de la structure juridique sur le processus d'innovation et la mise en place de la veille. Elles seront présentées dans le travail final.

## 5. Bibliographie

Aguilar FJ, (1967), *Scanning the business environment*, Macmillan New York, 239p

Bournois F & Romani PJ, (2002), *L'intelligence économique et stratégique dans les entreprises françaises*, Economica, Paris

Bowers M R, (1985), *New product development in service industries*, PHD dissertation, Texas A&M University, College Station

Charreire S et Durieux F (1999) , « Explorer et tester », in Thietart R A (éditeur), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris

David A, (2004), « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », Actes de la XIII<sup>ème</sup> conférence annuelle de l'Association Internationale de Management Stratégique

Djellal F. & Gallouj F., (1999), *L'innovation dans les services : premiers résultats d'une enquête postale exploratoire*, in ANRT, L'innovation dans les services : une invitation à l'insurrection intellectuelle, Economica, Paris.

Djellal F., Gallouj C. & Gallouj F., (2002), « L'hôpital : de l'innovation médicale à l'innovation de service », 12<sup>ème</sup> conférence internationale du RESER : « Services and Innovation », Manchester, 26-27 Septembre, 2002.

Djellal F., Gallouj C., Gallouj F. & Gallouj K., (2004), *L'hôpital innovateur : de l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson,



Donnelly J H, Berry LL @ Thomson TW, (1985), *Marketing Financial services*, Homewood, Down Jones Irwin, Illinois

Edvardson B & Olsson J, (1996), »Key concepts for new service development », *Journal of services marketing* , vol 8, n°3, p 40-49

Eiglier P & Langeard E, (1987), *Servuction, le marketing des services*, McGraw-Hill, Paris.

Eisenhardt KM, (1989), « Building théories from case studies research », *Academy of management review*, vol14, n°4, p 532-550

Everaere C, (1997), « L'innovation de service : dérivée de l'innovation technologique ou produit à part ? », *Annales des mines, Série Gérer et Comprendre*, n°47, mars, p37-47

Flipo JP, (2001), *L'innovation dans les activités de services, une démarche à rationaliser, un outil de travail pour les entreprises de services, industrielles ou autres organisations*, Editions d'organisation, Paris

Jallat F., (2000), « Le management de l'innovation dans les entreprises de services : spécificités des processus et facteurs de performance », in Bloch A. & Manceau D. (éditeurs), *De l'idée au marché, innovation et lancement de produits*, Paris, Vuibert.

Jougleux M, (1993), *La création de nouveaux produits dans les services publics : vers un service public prospecteur ?*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Ecole des Mines, Paris

Lovelock C et Lappert D, (1989), *Marketing des services*, Publi-Union éditions, Paris

Martinet B & Ribault JM, (1989), *La veille technologique, concurrentielle et commerciale*, Editions d'organisation, Paris

Scheuing & Johnson, (1989), « A proposed model for new service development », *The Journal of Services Marketing*, vol.3.

Simon H A, (1986), « Decision making and problem solving research briefings », Report of the research briefing panel on decision making and problem solving, National Academy of Sciences, published by National Academy press, Washington

Yin RK, (2009), *Case study research, Design and methods*, 4° édition, Sage publishing Inc

**Author(s):**

**Gozim, Sid Ahmed,**

Doctorant,

Université d'Aix Marseille

[sidahmed.gozim@gmail.com](mailto:sidahmed.gozim@gmail.com)

**Monnoyer, Marie-Christine**

Professeur en sciences de gestion

IAE Toulouse, Université Toulouse Capitole

Marie-christine.monnoyer@univ-tlse1.fr

