



N° d'ordre :

Centre des Etudes Doctorales : Sciences Juridiques, Economiques,
Sociales, Chariaa et de Gestion
Formation Doctorale : Sciences Economique et Gestion.
Discipline : Sciences Economique et Gestion.
Spécialité : Sciences Economique et Gestion.
Laboratoire : Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Economie, Finance
et Management des Organisations.

Thèse pour l'obtention de DOCTORAT

Titre de la thèse :

**Balanced ScoreCard et pilotage de la performance hospitalière : Cas du
Centre Hospitalier Régional AL GHASSANI –Fès-**

Préparée par : Abdelhaq FLILISS Encadrée par : Pr. Tarik JELLOULI

Soutenue le 08 décembre 2023 devant le jury :

Nom et Prénom	Grade	Etablissement	Qualité
Pr. Abderrazak EL HIRI	PES	FSJES Fès	Président
Pr. Tarik JELLOULI	PH	FSJES Fès	Directeur de thèse
Pr. Sabah TRID	PH	FSJES Fès	Rapporteur
Pr. Salim KHRIBECH	PH	FSJES MEKNES	Rapporteur
Pr. Hamid AKDIM	PH	FSJES Fès	Rapporteur

Année Universitaire 2022/2023

Remerciements

En préambule à ce travail doctoral, je souhaiterais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apportée leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail ainsi qu'à la réussite de cette formidable expérience. Cette thèse a été une aventure personnelle et professionnelle riche en enseignement. Sa construction et son aboutissement demeurent le fruit de nombreux échanges avec des personnes que je tiens à remercier avec insistance. Je souhaite tout d'abord exprimer mes remerciements à Professeur JELLOULI Tarik, mon directeur de thèse pour le temps qu'il m'a consacré pour l'élaboration de cette thèse. Je le remercie aussi très chaleureusement pour sa réactivité et son suivi quotidien de l'avancement de cette recherche ainsi que pour ses commentaires et remarques avisés qui m'ont grandement aidée.

J'ai eu de la chance de bénéficier d'un accompagnement tout au long de cette recherche au sein de la structure de recherche : Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Economie, Finance et Management des Organisations (LIREFMO).

C'est un grand honneur pour moi de pouvoir présenter mon travail aux professeurs EL HIRI Abderrazak, TRID Sabah, KHRIBECH Salim, AKDIM Hamid. Je les remercie d'avoir accepté l'évaluation de ce travail et d'être membres du jury de thèse.

Au quotidien de ce travail, nombreux sont ceux qui m'ont soutenu, motivé, aidé et qui ont contribué de loin et de près à la réalisation de cette thèse.

J'adresse également tous mes remerciements à l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier Régional AL GHASSANI qui n'ont ménagé aucun effort pour conduire à bien ce travail doctoral durant toutes ces années de recherche.

J'adresse toute mon affection à ma famille, en particulier ma femme et mes parents. Leur soutien quotidien indéfectible, leur confiance, leur tendresse, leur amour me portent et me guident tous les jours. Je les remercie pour leur soutien incontournable, leur encouragement et leur aide dans la réalisation de ce travail de recherche.

Enfin je tiens à remercier mes amis et proches qui, avec une grande bienveillance, ont toujours été soucieux de l'avancement de mon travail et m'ont encouragé. Leur présence a été précieuse et déterminante.

Dédicaces

À mon père qui n'a pas pu voir mon travail

Je dédie cette thèse à la mémoire de mon père FLILISS DRISS . Bien que vous ne soyez plus physiquement présent, votre influence, votre amour et vos valeurs continuent de guider ma vie et mon parcours académique. Cette thèse est le fruit de votre inspiration, de votre sagesse, et de l'amour que vous m'avez inculqué.

Vous êtes toujours présent dans mon cœur, et cette œuvre est un hommage à la personne extraordinaire que vous étiez. Votre héritage demeure vivant dans chaque page de cette thèse.

Avec une profonde affection et une reconnaissance éternelle,

À ma femme extraordinaire, EL GAROUANI Nawar,

Cette thèse est le résultat de nombreuses heures de travail acharné, de réflexion profonde et d'engagement inébranlable. Cependant, elle n'aurait pas été possible sans toi. Je tiens à te dédier cette thèse en reconnaissance de tes sacrifices, de ton soutien indéfectible, et de ton amour incommensurable.

Pendant toutes ces années, tu as été mon pilier, mon inspiration, et ma source de force. Tu as fait d'innombrables sacrifices pour que je puisse poursuivre mes études, et je n'oublierai jamais les moments où tu as soutenu mes ambitions, parfois au détriment des tiennes.

Chacune des pages de cette thèse porte la trace de ton dévouement et de ta patience. Ton amour et ton soutien ont été ma boussole à travers ce parcours académique.

Avec tout mon amour et une gratitude éternelle.

Résumé

La présente recherche vise à aborder une question qui continue d'être un débat au niveau de la littérature managériale. Elle concerne le pilotage de la performance hospitalière par le Balanced ScoreCard.

Dans un contexte marqué par une insuffisance des études portant sur la construction des tableaux de bord prospectifs en milieu hospitalier et par un manque de données relatives au pilotage de l'activité hospitalière réalisés au niveau du service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI, l'objectif de cette recherche est de proposer une démarche de mise en œuvre d'un tableau de bord prospectif. Ce qui va enrichir les études de pilotage de la performance hospitalière, et ce en l'absence de stratégie spécifique à ce service. Et améliorer la qualité de prise en charge des patients au niveau des services des urgences plus particulièrement.

Compte tenu de ce qui précède, la présente étude mobilise un cadre théorique et conceptuel relatif au pilotage de la performance hospitalière. Nous avons exploité principalement les outils de contrôle de gestion mobilisés dans différents contextes, et plus particulièrement le BSC.

En nous inscrivant dans un cadre épistémologique constructiviste, nous avons mené cette recherche selon une démarche qualitative à travers une étude de cas. Les principales techniques de collecte des données qualitatives qui ont été utilisées sont l'analyse documentaire, l'observation, et les entretiens semi-directifs. L'analyse et le traitement des données recueillies ont été effectués grâce au logiciel Microsoft Office 2019.

L'un des principaux résultats de l'étude est la possible adaptation du BSC, au pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences AL GHASSANI.

La version du TBP proposée pourra servir les gestionnaires hospitaliers et les chercheurs afin d'entreprendre le pilotage de la performance hospitalière. Également, les indicateurs sélectionnés pourront contribuer au pilotage de la performance de chacun des sous processus identifiés au niveau du service des urgences relevant du centre hospitalier régional (CHR) AL GHASSANI.

Mots-clés : Performance hospitalière ; Balanced ScoreCard ; Pilotage ; Urgences ; processus ; CHR AL GHASSANI.

Abstract

The aim of this research is to address an issue that continues to be debated in the management literature. It concerns hospital performance management using the Balanced ScoreCard.

In a context marked by a lack of studies on the construction of balanced scorecards in hospitals and by a lack of data relating to the management of hospital activity carried out in the emergency department of the CHR AL GHASSANI, the objective of this research is to propose an approach to the implementation of a balanced scorecard. This will enhance hospital performance management studies, in the absence of a specific strategy for this department. And improve the quality of patient care in emergency departments in particular.

In view of the above, this study uses a theoretical and conceptual framework relating to hospital performance management. We have mainly used management control tools used in different contexts, and more particularly the BSC.

Using a constructivist epistemological framework, we conducted this research using a qualitative case study approach. The main qualitative data collection techniques used were documentary analysis, observation and semi-structured interviews. The data was analysed and processed using Microsoft Office 2019.

One of the main results of the study is the possible adaptation of the BSC to hospital performance management in the AL GHASSANI emergency department.

The proposed version of the TBP could be used by hospital managers and researchers to undertake hospital performance management. Also, the selected indicators could contribute to the management of the performance of each of the sub-processes identified at the level of the emergency service of the regional hospital centre (CHR) AL GHASSANI.

Key words: Hospital performance; Balanced ScoreCard; Steering; Emergency; process; CHR AL GHASSANI.

Liste des abréviations

ABC	Activity-Based Costing
ABM	Activity-Based Management
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
NPM	New public management
TBP	Tableau de bord prospectif
BSC	Balanced ScoreCard
ROI	Return on Investment
SU	Service des Urgences
PMSI	programme de médicalisation du système d'information
GHM	groupes homogènes de malades
LOLF	Loi Organique de la loi de Finance.
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
T2A	Tarification à l'activité.
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
NMP	Nouveau Management Public
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PMSI	Projet de médicalisation des systèmes d'information
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
SEGMA	établissements gérés de manière autonome
EPH	Etablissements Publics Hospitaliers
SA	Section d'Analyse
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A	Tarification à l'activité
CHU	centres hospitaliers universitaires
CHR	Centre hospitalier régional
NMD	Nouveau modèle de développement
CSMD	Commission spécial du nouveau modèle de développement
AFGI	Association Française de gestion industrielle
SU	Service des Urgences
GRS	Groupements Régionaux de santé
ARS	Agences Régionales de Santé
HL	Hôpital Local

Sommaire

Résumé.....	0
Liste des abréviations	1
Sommaire	3
Liste des figures	6
Liste des tableaux.....	8
Introduction générale.....	11
Contexte	12
Motivation et intérêt de la recherche	13
Objectifs	14
Question de la recherche	14
Posture épistémologique et méthodologie.....	16
Design de la recherche et plan de la thèse.....	18
Premier Chapitre : Contrôle de gestion et performance organisationnelle, Construction d'un repère théorique et conceptuel.....	20
Section 1. Évolution du contrôle de gestion : d'une logique instrumentale à une logique de pilotage.....	21
Sous-section 1 : Les apports de la pensée classique en matière du contrôle de gestion.	21
Sous-section 2 : Le modèle de contrôle de gestion basé sur le pilotage.	35
Sous-section 3 : Le contrôle de gestion : une nécessaire cohabitation entre les deux modèles. ..	52
Conclusion de la première section.....	64
Section 2 : le cadre conceptuel du contrôle de gestion et performance organisationnelle	66
Sous-section 1 : Le contrôle de gestion : un essai de définition.....	66
Sous-section 2 : Le contrôle de gestion comme processus de management de la performance organisationnelle.	80
Conclusion de la deuxième section	99
Conclusion du premier chapitre	99

Deuxième Chapitre. Contrôle de gestion et performance hospitalière.....	101
Section I. Spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier.....	101
Sous-section 1 : les obstacles au développement du contrôle de gestion en milieu hospitalier.	102
Conclusion de la première section.....	128
Section 2. L'apport du BSC au pilotage de la performance hospitalière.	128
Sous-section 1 : Les modèles dominants en matière d'évaluation de la performance hospitalière.	128
Conclusion de la deuxième section	170
Conclusion du deuxième chapitre	171
Troisième chapitre. Présentation du champ de l'étude.....	172
Section I : Le système de santé Marocain : une évolution continue.	173
Sous-section 1 : Description du système de santé Marocain.....	173
Sous-section 2 : La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain.	184
Conclusion de la première section.....	201
Section II : description du service des urgences du Centre Hospitalier Régional EL GHASSANI.	202
Sous-section 1 : Les réseaux intégrés de soins d'urgences médicales au Maroc	202
Sous-section 2 : Présentation de la structure et du service d'accueil : Le CHR EL GHASSANI et le service des urgences	215
Conclusion de la deuxième section	242
Conclusion du troisième chapitre	242
Quatrième chapitre. Proposition d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI.....	243
Section 1. Méthodologique de la recherche	244
Conclusion de la section.....	264
Section 2 : Résultats de la recherche	264
Sous-section 1 : Prérequis à la mise en place des tableaux de bords prospectifs dans le contexte hospitalier marocain	265
Sous-section 2 : Proposition des tableaux de bord pour les sous processus des urgences relevant du CHR AL GHASSANI	279

Conclusion de la deuxième section	330
Conclusion du quatrième chapitre	330
Conclusion générale	331
Contributions théoriques et pratiques	334
Limites et perspectives de la recherche	335
Bibliographie	336
Liste des tableaux	342
Liste des figures	344
Annexes	346
Table des matières	355

Liste des figures

Figure 1 : Design de recherche	19
Figure 2 : Le contrôle de gestion et l'effet de rétroaction	25
Figure 3 : Les leviers de contrôle.	61
Figure 4 : Caractéristiques du modèle classique vs Modèle de pilotage en contrôle de gestion	64
Figure 5 : Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur.....	129
Figure 6 : le cadre de mesure de la performance élaboré par l'OMS, le PATH.	131
Figure 8: le modèle intégrateur de Sicotte.	136
Figure 9: Les critères de choix des indicateurs de performance.....	139
Figure 10: Distinctions et complémentarités avec les tableaux de bord.....	142
Figure 11 : Les quatre axes du balanced scorecard.	147
Figure 12: Les axes du BSC pour les organismes du secteur public	152
Figure 13 : Processus de prise en charge des patients au niveau du service des urgences AL GHASSANI.....	232
Figure 14 : sous-processus -chemin le plus fréquenté.....	234
Figure 15 : sous-processus salle de déchoquage.	236
Figure 16 : sous-processus salle d'observation.	238
Figure 17 : sous-processus le chemin le plus long.	240
Figure 18 : Construction de l'objet dans l'approche constructiviste.....	246
Figure 19 : Modes de raisonnement et connaissance scientifique.....	255

Figure 20 : Modèle du BSC spécifique au service des urgences AL GHASSANI.	278
Figure 21 : processus de production d'un indicateur.....	286

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des apports de la pensée managériale classique et des théories des organisations sur le développement du contrôle de gestion	29
Tableau 2 : La dimension systémique du contrôle de gestion	45
Tableau 3 : Récapitulatif des apports des théories de management sur le développement du modèle de pilotage.	50
Tableau 4 : Orientations possibles du contrôle de gestion.....	57
Tableau 5 : les contours du schéma de pilotage.....	96
Tableau 6 : description des sous-dimensions de la performance	132
Tableau 7 : caractéristiques du BSC utilisé comme système de contrôle diagnostique ou interactif.	153
Tableau 8 : synthèse des études de cas étudiés.	166
Tableau 9 : Evolution des établissements de soins de santé primaires publics.	181
Tableau 10 : Evolution des établissements hospitaliers publics.....	181
Tableau 11 : Evolution des effectifs de personnels exerçant dans les établissements publics.	181
Tableau 12: Evolution de l'offre de soins dans le secteur privé	181
Tableau 13 : comparaison des administrations de type wébérienne et NPG.....	186
Tableau 14 : synthèse des réformes du système de santé marocain.	199
Tableau 15: Orientations stratégiques des différents projets.	222
Tableau 16 : 7ème axe stratégique du projet managérial.....	223
Tableau 17 : fiche signalétique du service des urgences AL GHASSANI.....	225

Tableau 18 : processus constitutifs du service des urgences AL GHASSANI.	229
Tableau 19 : Principes du paradigme constructivisme.	245
Tableau 20 : Cadre intégrateur pour quatre démarches de recherche en sciences de gestion.	247
Tableau 21 : Typologies d'Étude de cas	251
Tableau 22 : Acteurs entrevus et leurs nombres.	260
Tableau 23 : acceptations du concept de la performance par les acteurs internes.	267
Tableau 24 : synthèse de verbatim, sur les indicateurs de mesures de performance utilisés au service des urgences.	270
Tableau 25 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le plus fréquenté.	279
Tableau 26 : objectifs et FCS du sous-processus salle de déchoquage.	280
Tableau 27 : objectifs et FCS du sous-processus salle d'observation.	281
Tableau 28 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le long.	283
Tableau 29 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus-chemin le plus fréquenté	288
Tableau 30 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle d'observation .	291
Tableau 31 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle de déchoquage.	294
Tableau 32 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus long	297
Tableau 33 : Fiche technique des indicateurs utilisés	301
Tableau 34 : tableau de bord prospectif sous processus le plus fréquenté.	316
Tableau 35 : Tableau de bord prospectif salle d'observation.	319
Tableau 36 : Tableau de bord prospectif salle de déchoquage.	322

Tableau 37 : Tableau de bord prospectif processus long	325
---	------------

Introduction générale

L'hôpital est une organisation assez particulière et complexe, dont la mission principale est de fournir des soins aux patients quel que soit leur âge, leur revenu et leur niveau culturel. Ces affirmations peuvent laisser entendre que l'hôpital échappe au champ du contrôle de gestion et ses concepts tels que la performance organisationnelle. Or, la littérature regorge de travaux traitant cette problématique. Toutefois, le sujet reste délicat à traiter, vu la complexité de l'organisation hospitalière.

Comme nous l'avons évoqué, la particularité de l'hôpital réside dans son organisation, sa structure et dans les buts qu'il poursuit. C'est pourquoi l'hôpital public est aujourd'hui un sujet problématique en matière de gouvernance et de pilotage de la performance. Son mode de gestion interpelle les pouvoirs publics, pour des interventions rapides afin de revoir les processus de management au sein des établissements hospitaliers.

Nous appréhendons l'hôpital comme une situation de gestion¹ où les participants sont réunis et doivent accomplir dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe. De plus, Baptiste Véronique² a noté que l'activité hospitalière est qualifiée de "boîte noire", d'autant plus que les indicateurs mis en place, tels que la nomenclature des actes, le nombre d'entrées, le nombre de journées d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour (DMS) ou le taux d'occupation (TO) reflètent assez mal la nature qualitative du fonctionnement et des pratiques de contrôle. Ainsi, le pilotage de la performance est orienté vers une optique quantitative, malheureusement vidée de son sens lorsqu'il s'agit de mettre des liens entre les indicateurs financiers et non financiers. Ces indicateurs ne permettent pas de suivre l'activité hospitalière.

Les mesures existantes dans les établissements hospitaliers marocains ne permettent pas de fournir une image fidèle sur l'activité hospitalière en termes de quantité et de qualité. À cet effet, la présente recherche vise à construire un tableau de bord prospectif qui s'adapte le mieux au contexte hospitalier marocain.

¹ Jacques G., (1990) "L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode", in Martinet Alain-Charles [ed] Epistémologies et sciences de gestion, Paris, Economica, pp. 141-182.

² Baptiste V., (2003) « Le statut de l'auto-évaluation dans la démarche de changement : L'accréditation hospitalière », Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, soutenue le 31 mars, Université Jean Moulin – Lyon 3

Dans la foulée des années 1980, les gestionnaires du secteur public se sont intéressés aux outils de gestion qui ont donné leur preuve dans le secteur privé. L'influence du secteur privé s'inscrit dans les orientations du courant Nouveau Management Public (NMP). L'idée principale du NMP est que les méthodes de management du secteur privé, supérieures à celles du secteur public, peuvent lui être transposées. Le secteur public est jugé inefficace, excessivement bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur son propre développement, non innovant et ayant une hiérarchie trop centralisée. Dès lors, pour le perfectionner, il est nécessaire d'accroître les marges de manœuvre des gestionnaires pour leur permettre de mieux répondre, au moindre coût, aux attentes des citoyens.

L'orientation de ce courant est illustrée en pratique par l'introduction progressive de nouvelles fonctions (Audit et Contrôle de gestion...), avec des nouveaux outils de contrôle dans le secteur public (comptabilité générale et analytique, analyse financière, tableaux de bord...). Ces mutations ont été générales, touchant ainsi l'ensemble du secteur public quelle que soit la nature des organisations qui le compose (entreprises publiques, hôpital, collectivités locales, etc.). Dans ce même sens, les réformes hospitalières dans le monde s'orientent vers la maîtrise des processus de gestion, l'amélioration de la performance et la compétitivité entre les hôpitaux publics.

C'est dans cette voie que se dirige le système de santé marocain qui connaît de multiples mutations et réformes. En particulier, les hôpitaux publics marocains sont devant un important chantier de réorganisation et de changement et doivent relever les défis liés à la complexité de l'activité hospitalière et son pilotage. La réponse à la question de la performance des hôpitaux publics se trouve dans les modes de gestion hospitaliers et les mécanismes de contrôle de gestion en vigueur. L'analyse des modes de gestion hospitaliers ainsi que les réformes entreprises par certains pays (francophones et anglo-saxons) renforcent ce constat : les outils de pilotage sont en plein essor et leur appui à la gestion hospitalière est de plus en plus confirmé. Le recours des pays développés au tableau de bord en tant qu'outil de pilotage est expliqué par les avancées réalisées dans le système d'information hospitalier. Toutefois, à l'ère actuelle, le contrôle de gestion au sein des établissements hospitaliers marocain est quasi absent. En effet, en l'absence du système d'information hospitalier intégré, le tableau de bord en milieu hospitalier marocain a une fonction de reporting financier. Les indicateurs qualitatifs produits et collectés au niveau des registres des

différents services, rendent l'information difficilement exploitable. La fonction contrôle de gestion est orientée vers le suivi budgétaire, les hôpitaux ayant des obligations de suivi vis-à-vis des tutelles.

Ce retard d'appropriation des outils de gestion est dû à la complexité de la structure et du système organisationnel, notamment avec la structure bureaucratique professionnelle persistante et aussi aux caractéristiques socio-organisationnelles (plusieurs acteurs et intervenants, présences des coalitions et des pôles "médicales, infirmiers, techniciens, personnel administratifs).

Motivation et intérêt de la recherche

La problématique de pilotage de la performance hospitalière des établissements des soins, suscite un intérêt croissant des chercheurs en domaine de gestion et experts en management hospitalier. La littérature existante témoigne de l'abondance des modèles de pilotage de la performance hospitalière, des outils et modèles répondant aux spécificités des contextes différents. Plusieurs études se sont penchées sur de l'adaptabilité de ces outils au contexte hospitalier.

À cet égard, cette recherche vise à explorer l'utilisation du tableau de bord prospectif pour piloter la performance du service des urgences du centre hospitalier régional EL GHASSANI. L'inexistence d'un outil spécifique au pilotage de la performance en milieu de soin justifie ainsi l'intérêt de mener cette recherche. Le choix du sujet et du terrain de recherche est expliqué principalement par des motivations personnelles : treize ans d'expérience professionnelle au niveau des établissements hospitaliers ne pouvaient que susciter un nombre d'interrogations et d'observations qui concernent le développement des pratiques managériales hospitalières. La première réalité observée est que les réformes entreprises au début des années 2000, en particulier la réforme d'organisation et du financement hospitalier, le projet d'établissement, la couverture médicale de base..., sont insuffisantes pour pallier les dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux marocains. En effet, ces derniers demeurent caractérisés par une organisation bureaucratique rigide, une faible autonomie, un contrôle financier de régularité obsolète, une faible capacité de financement, et un retard dans le développement des outils de pilotage tels que les budgets décentralisés, la comptabilité générale et analytique ainsi que les tableaux de bord de gestion.

La réponse à la question de la performance des hôpitaux publics se trouve donc, dans les modes de gestion hospitaliers et les mécanismes de financement et de contrôle en vigueur. L'analyse des modes de gestion hospitaliers ainsi que les réformes entreprises par certains pays (francophones et anglo-saxonnes) renforcent ce constat : les outils de pilotage sont en plein essor et leur appui à la gestion hospitalière est de plus en plus confirmé. Le recours de nombre croissants des hôpitaux au tableau de bord prospectif en tant qu'outil de pilotage est expliqué par sa capacité de rendre compte sur les différents axes de la performance proposés. Le choix du sujet, trouve également naissance dans le sentiment de responsabilité et de reconnaissance envers l'institution qui m'a accueilli, ainsi qu'un profond désir de voir cette organisation réalise des niveaux satisfaisants de performance.

Objectifs

- ❖ **Objectif général de la recherche** : Le pilotage de la performance permet d'assurer aux différentes parties prenantes un flux informationnel, leur permettant d'évaluer la quantité et la qualité des soins prodigués en milieu hospitalier. En l'absence d'outil capable de piloter la performance hospitalière, cette recherche vise à explorer une démarche de mise en place d'un outil de pilotage de la performance au niveau d'un service des urgences.
- ❖ **Objectifs spécifiques** : À travers l'utilisation d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI, la présente étude manifeste les objectifs secondaires suivants :
 - Présenter les outils de pilotage de la performance utilisés en milieu hospitalier ;
 - Présenter les différentes étapes d'élaboration d'un tableau de bord prospectif au service des urgences ;

Question de la recherche

Les services d'urgence sont des composantes clés des systèmes hospitaliers. Leur mission est de fournir des soins (médicaux et/ou chirurgicaux) immédiats aux patients. Lieu privilégié d'accueil de l'activité non programmée, ils constituent la principale porte d'entrée des patients à l'hôpital. Et c'est l'une des voies de recrutement des patients pour l'activité d'hospitalisation en aval.

Toutefois, ces services rencontrent de plus en plus de difficultés à assurer leurs missions. La prise en charge des flux de patients dans les services d'urgence est ainsi l'un des problèmes les plus importants et difficiles à gérer par les directions hospitalières. Les principales problématiques auxquelles les services d'urgence doivent faire face sont essentiellement :

- ❖ L'augmentation du volume des admissions aux urgences hospitalières ce qui entraîne un engorgement et des pics d'activités,
- ❖ La limitation des ressources (humaines et matérielles),
- ❖ Les contraintes structurelles, financières et organisationnelles,
- ❖ Le manque de formation du personnel médical pour résoudre les problèmes liés à la gestion du flux de patients.

L'ensemble de ces problématiques est la cause de l'apparition de situations de tension au sein d'un service des urgences. Elles induisent des dysfonctionnements importants et un accroissement sensible de la charge de travail du personnel du service. Il est donc primordial, pour les responsables d'un service d'urgence, de disposer d'un système d'aide à la décision. Dès lors, la nécessité de mesurer la performance devient un enjeu central du pilotage de la performance des services des urgences. Ce constat est renforcé par l'exigence de légitimité portée par différentes parties-prenantes qui estiment obtenir des informations abondantes sur les indicateurs de performance des services des urgences.

Dans ce contexte, la spécificité majeure de notre étude est que le service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI ne dispose pas d'outil spécifique au pilotage de la performance, d'où notre question principale de la recherche :

Comment le tableau de bord prospectif peut-il contribuer au pilotage de la performance hospitalière du service des urgences relevant du centre hospitalier régional EL GHASSANI ?

À partir de cette question principale de recherche, d'autres questions secondaires se posent :

- ❖ **Quelle est la relation entre le contrôle de gestion et la performance organisationnelle ? Comment le contrôle de gestion contribue-t-il au processus de management de la performance organisationnelle ?**

A travers ces deux questions on cherche à explorer les différentes relations entre contrôle de gestion et performance organisationnelle, puis examiner ‘‘la boîte à outil’’ du contrôle de gestion et son apport au processus de management de la performance organisationnelle.

- ❖ **Quelles sont les spécificités des établissements hospitaliers ? Comment le contrôle de gestion peut-il remédier aux obstacles de la performance en contexte hospitalier ? Quels sont les modèles de pilotage de la performance hospitalière ?**

L’objectif de ces questions est tout d’abord de connaître les spécificités des établissements hospitaliers et décrire le rôle du contrôle de gestion autant que solution pour atteindre une meilleure performance dans ce contexte. Ensuite on va pouvoir comparer les modèles de pilotage de la performance hospitalière les plus utilisés afin de tirer des conclusions sur les évolutions actuelles en la matière.

- ❖ **Quelles sont les modalités d’application du tableau de bords prospectifs en milieu hospitalier ?**

En procédant à un Benchmarking, cette question vise à tirer les enseignements nécessaires à la mise en place du tableau de bord prospectif comme outil de pilotage de la performance.

- ❖ **Quelles sont les étapes pour la mise en place d’un tableau de bord prospectif au niveau du service des urgences relevant du centre hospitalier régional EL GHASSANI ? Quelles sont les indicateurs pertinents capables de fournir les informations nécessaires à la prise des décisions par les responsables hospitaliers ?**

La première question vise à cerner les différentes étapes nécessaires à l’élaboration d’un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l’hôpital EL GHASSANI. La deuxième question a pour but d’explorer la capacité du système d’information hospitalier à alimenter le tableau de bord élaboré par les indicateurs nécessaires à son fonctionnement.

Posture épistémologique et méthodologie

La méthodologie d’une recherche est définie comme étant les modalités d’acquisition de la connaissance. Elle répond à la question « comment je recherche ? ».

Dans cette partie introductive, nous présentons, sommairement, le statut scientifique de la recherche et le cheminement méthodologique. Nous reviendrons de manière plus détaillée sur la démarche et le positionnement scientifiques et la justification de notre choix dans le quatrième chapitre.

Nous opterons dans cette thèse pour une méthodologie exploratoire basée sur une approche qualitative. En effet, l'objectif de cette recherche ne nous conduit pas à tester des hypothèses, mais à produire des connaissances selon un processus exploratoire. Selon une logique de test, les hypothèses sont le point de départ d'une démarche qui va les confronter à la réalité dans une logique déductive, alors que la voie de l'exploration a pour résultat final de produire des hypothèses, des modèles, des méthodes et des théories qui vont enrichir la connaissance.

La recherche qualitative sert avant tout à décrire et à comprendre un contexte social et complexe. Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». L'objectif final de cette thèse est d'explorer, une démarche pour piloter la performance hospitalière d'un service des urgences. Ce qui justifie la démarche qualitative exploratoire.

Le raisonnement adopté est de nature abductive, car le système de pilotage de la performance s'est construit par des allers-retours entre la littérature et les données recueillies sur le terrain. La littérature managériale est interpellée tout au long de ce travail.

Nous adoptons un paradigme constructiviste qui considère que la réalité n'existe pas et que c'est le rôle du chercheur de la construire. La philosophie constructiviste met en avant l'importance de l'appropriation et de la reconstruction par le chercheur de la réalité des pratiques observées. Cela est d'autant plus prégnant que notre recherche se distingue par son caractère exploratoire.

Parallèlement, nous optons pour l'étude de cas comme méthode de recherche qualitative. En effet, les études de cas sont pertinentes lorsque la recherche porte sur une question descriptive ou une question exploratoire (comment et pourquoi). L'étude de cas permet aussi d'élaborer un modèle descriptif du fonctionnement du système étudié. Le recours à l'étude de cas s'explique aussi par l'originalité et la complexité du sujet ainsi que du terrain d'étude. Nous avons choisi le service des urgences du centre hospitalier régional EL GHASSANI, afin de confronter nos propositions conceptuelles à la réalité du terrain.

À travers la démarche méthodologique citée, nous visons un double objectif :

- Présenter une revue de la littérature autour de notre question de recherche. Pour ce faire, nous analyserons les écrits et travaux existants concernant le contrôle de gestion et les systèmes de pilotage de la performance utilisés en milieu hospitalier.

- Présenter et interpréter la méthode proposée pour piloter la performance au niveau du service des urgences du centre hospitalier régional EL GHASSANI.

Ces deux objets (objet théorique et objet pratique) représentent deux voies complémentaires et en interaction l'une avec l'autre.

Compte tenu de ces objectifs, notre thèse se structure en quatre chapitres. Le premier chapitre aura pour objectif de construire un repère théorique et conceptuel en rapport avec le domaine de contrôle de gestion et pilotage de la performance.

Le deuxième chapitre sera consacré à l'étude du concept de la performance hospitalière, à la présentation des modèles de mesure et du pilotage de la performance utilisés dans certains pays. Aussi, nous allons examiner les effets de l'introduction des systèmes de mesure de la performance sur les hôpitaux publics.

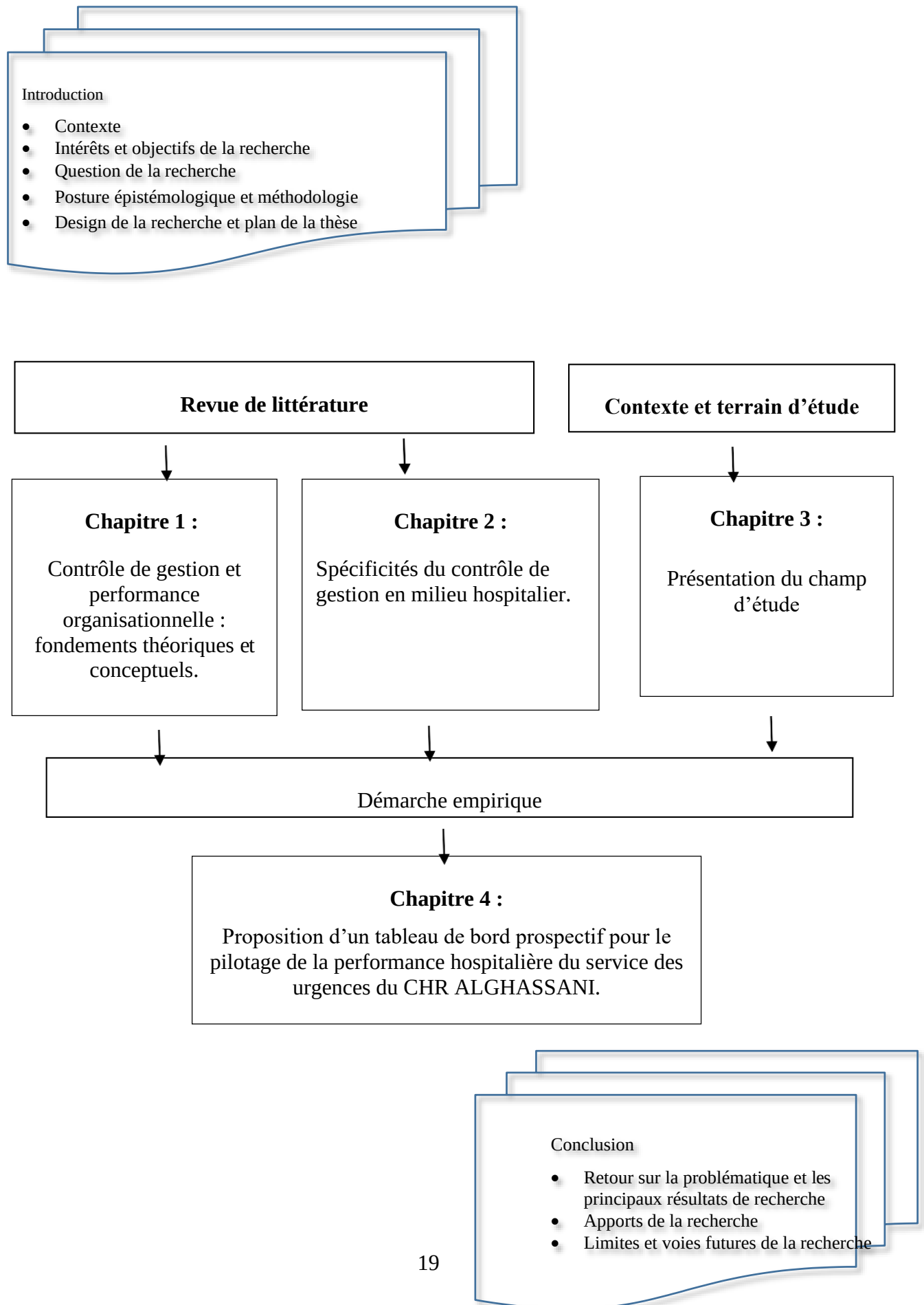
Le troisième chapitre constituera la phase préalable de la démarche empirique. Il présente le champ d'études, et passe en revue les réformes du système de santé marocain.

Le quatrième chapitre sera dédié à la présentation de notre modèle élaboré pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

Au cours de la conclusion générale de la thèse, nous reprendrons, en synthèse, les résultats de la recherche par rapport aux questions principales de la recherche. La conclusion présentera également les apports et les limites de cette recherche ainsi que les voies de continuation.

À l'issue de cette démarche, nous proposons le design de la recherche représenté par la figure suivante :

Figure 1 : Design de recherche



Premier Chapitre : Contrôle de gestion et performance organisationnelle, Construction d'un repère théorique et conceptuel.

Ce premier chapitre a pour objectif l'étude du sens de la relation du contrôle de gestion, et de la performance organisationnelle. Ces deux champs de recherches riches, aux acceptions multiples et aux interactions complexes.

Ce chapitre est scindé en deux sections. La première présente une synthèse de littérature des différentes approches qui ont contribué au développement du contrôle de gestion. Sont traitées les approches qui structurent les deux paradigmes du contrôle de gestion, celles relatives au contrôle de gestion classique, puis celles qui ont contribué au développement du modèle de pilotage. Ce cheminement finira par nous amener vers l'étude de la notion du contrôle de gestion ambidextre qui insiste sur la cohabitation entre les modes d'usage interactif et diagnostique du système contrôle de gestion.

Une deuxième section met en évidence la relation entre le contrôle de gestion et la performance organisationnelle. La notion de la performance est un terme souvent utilisé dans le langage courant qui, du fait de son caractère commun, ne fait généralement pas l'objet d'un essai de définition. Or, ce terme a investi tous les secteurs de la vie économique et sociale et l'absence de définition constitue une des causes des difficultés d'obtention d'une vision partagée de la performance³. Cette absence de définition claire engendre des représentations éclatées du contexte de la performance, mais aussi de ses objectifs, de ses fondements et référentiels, et de ses modalités d'évaluation. Ce concept de la performance demeure largement utilisé dans le domaine du management, où l'on parle beaucoup de « management de la performance ». C'est même un concept de plus en plus utilisé dans les organisations publiques, transposant la logique du secteur privé dans une recherche d'efficacité.

³ Alice teil, (2002), « Défi de la performance et vision partagée des acteurs Application à la gestion hospitalière », thèse de doctorat, es sciences de gestion, Université Jean Moulin – Lyon 3, soutenue le 4 janvier.

Section 1. Évolution du contrôle de gestion : d'une logique instrumentale à une logique de pilotage.

La littérature en science de gestion trace une distinction entre plusieurs courants de pensée où chacun privilégie une approche particulière de l'organisation, contribuant ainsi, de loin ou de près au développement du contrôle de gestion. De la théorie de l'organisation scientifique du travail à la théorie évolutionniste, chaque courant de pensée se développe à partir de la crise, des insuffisances et des limites adressées à son ancêtre.

En outre, plusieurs analyses se sont succédées, complétées, enrichies, conduisant à un ensemble de formalisations regroupées dans la théorie des organisations conduisant au développement de deux modèles génériques du contrôle de gestion : le modèle financier, appelé aussi le modèle classique associé à une logique de surveillance et le modèle stratégique - opérationnel associé à une logique de pilotage par les processus. Cette section porte un regard historique sur le développement du contrôle de gestion à travers son évolution, et ce en s'arrêtant sur les différentes approches théoriques et courants de pensée en management qui l'ont façonné à travers le temps. C'est à travers la présentation de ces approches et courants de pensée que nous montrerons la genèse du modèle classique du contrôle de gestion et ses limites justifiant le recours au modèle de pilotage. Ainsi, la dynamique de l'environnement des affaires et l'apparition des organisations transversales ont eu des conséquences sur l'évolution du contrôle de gestion, et ont débouché à la cohabitation des deux modèles de contrôle déjà examinés.

Sous-section 1 : Les apports de la pensée classique en matière du contrôle de gestion.

Le contrôle de gestion est une discipline qui n'a cessé d'évoluer à travers l'histoire. Il est issu des travaux sur *le management control* des Anglo-saxons au début du XX^e siècle. Depuis cette période jusqu'à la fin des années soixante, il est souvent appréhendé sous un angle instrumental et mécaniste.

En se penchant sur les courants théoriques qui l'ont façonné, Ekoka⁴ a mis l'accent sur les apports de la théorie classique, du management scientifique du travail de Taylor, de la théorie néoclassique, de l'approche cybernétique et du courant néo-institutionnaliste. Ainsi, afin de mettre en évidence l'apport de chacun de ces mouvements théoriques, nous allons articuler notre revue de littérature en fonction de ces différentes approches qui ont contribué le plus à l'émergence et au développement du contrôle de gestion sous son angle instrumental et calculatoire.

1 L'évolution du contrôle de gestion à la lumière de l'école classique et néoclassique.

Nous orientons notre analyse dans le présent paragraphe pour analyser l'apport de l'école classique et néoclassique sur le développement du contrôle de gestion.

1.1 L'école classique et contrôle de gestion

Au regard du contrôle de gestion, les méthodes préconisées par l'école classique de management, notamment celles relatives à la division scientifique du travail, ont permis l'éclosion de la notion du contrôle de gestion à partir de sa fonction contrôle-sanction. En effet, ses premières formes sont apparues avec l'avènement des grandes entreprises industrielles américaines où les méthodes de la comptabilité industrielle et de calcul des coûts ont pris une place importante au sein des entreprises. Toutefois, il a fallu attendre le milieu du 19^e siècle pour voir l'avènement d'une fonction de contrôle de gestion à part entière.

Pour Zimnovitch⁵, les travaux de Taylor marquent une période décisive en comptabilité des coûts dans les industries de fabrication. Dans ses travaux, l'auteur a fait la distinction entre trois temps marquant de l'évolution du contrôle de gestion dans sa perception classique. La période qui correspond à la fixation des coûts standards (1880-1905) vient par la suite la période de concrétisation et de synthèse (1905-1930). Pourtant, la question de calcul des coûts a été l'une des premières posées par les dirigeants des grandes entreprises industrielles. En effet, leur souci c'était de trouver une base pour le calcul des coûts prévisionnels en matière de production.

⁴ Ekoka. B, (2003). Structuration du modèle financier du contrôle de gestion à travers les disciplines à sa source, Cahier de recherche n° 2003-160.

⁵ Zimnovitch. H., (1995). L'émergence des coûts standards aux USA : 1880-1930. Association Française de la Comptabilité, Journée d'étude : Histoire de la Comptabilité.

Le coût préétabli s'est présenté comme un coût évalué à priori pour permettre le contrôle de gestion par la gestion des écarts afin de faciliter la prise de décision. L'introduction des systèmes de calcul des coûts et de la gestion par exception ont permis aux dirigeants de gérer à distance leurs subordonnées en intervenant lorsque la comparaison entre les coûts réels et préétablis dépassent les seuils tolérés.

En somme, la période correspondant aux années 1820-1950 relatives à la phase de la genèse et de l'élaboration des outils du modèle taylorien de contrôle (de gestion) a été marquée par le développement des premières formes de contrôle de gestion. Ce dernier est vu, sous un angle instrumental et mécaniste, comme un ensemble d'actions mises en œuvre par les managers dont l'objectif était d'établir des normes et des standards pour la mesure de la performance dans sa dimension financière. Il s'agit donc d'une première forme du contrôle de gestion dans sa version primitive, le contrôle – sanction, reposant sur une vision instrumentale qui accorde une importance particulière à la question de calcul des standards et d'analyse des écarts.

Toutefois, avec le découpage de l'entreprise en centres de responsabilité et l'émergence de la structure divisionnelle, le contrôle de gestion commence à prendre de nouvelles formes, notamment avec l'apparition des budgets et des tableaux de bord classiques en France vers les années 1930.

1.2 Les apports de l'école néoclassique en matière de développement du contrôle de gestion.

L'école néoclassique représente l'organisation comme une fonction de production. Dans ce cadre, les praticiens du contrôle de gestion la modélisent à l'aide de multiples découpages fonctionnels qui viennent en appui aux analystes et aux stratégies de la direction financière.

Le découpage de l'organisation sous forme de centres de profits permet une meilleure délégation des responsabilités où chacun est responsable de l'activité dont il est en charge ce qui rend insuffisant le contrôle par les seuls coûts de revient. En outre, cette nouvelle représentation de l'organisation autour des centres de profit a donné naissance au contrôle budgétaire qui est apparu comme un instrument de contrôle englobant tous les aspects de l'activité de ces centres.

En plus des méthodes de calcul de coût de revient, les entreprises ont commencé à mettre en place des budgets prévisionnels, standards et réels pour assurer le contrôle des réalisations et la mesure

des écarts de performance. Pour Johnson et Kaplan⁶, la technique budgétaire, le calcul des coûts et les ratios de la rentabilité économique et financière (ROI) constituent les premières pratiques qui ont servi à contrôler la performance financière des grandes entreprises industrielles du début de 19e siècle. Certes, le contrôle budgétaire permet d'effectuer aussi bien le suivi des coûts que le suivi des autres aspects de la performance économique et financière. Il a été mis en place pour assurer la prévision détaillée des indicateurs comptables et pour permettre le contrôle détaillé de la performance des entreprises industrielles.

En somme, le contrôle au sens de l'école néoclassique est réduit à un simple mécanisme de coordination des facteurs de production. Pourtant, il n'a pas joué le rôle de coordination et d'aide à la décision des acteurs puisque la présence de ces derniers n'est pas reconnue à l'organisation. En effet, l'organisation cherche principalement la maximisation de sa fonction utilité. Dans ce sens, la direction financière cherche continuellement à coordonner les plans des différentes divisions à partir d'un taux de rentabilité du capital investi dans chaque division. La méthode d'exception qui est dérivée de celle des coûts standards permet une intervention du contrôleur lorsque les écarts par rapport aux standards sont importants. Elle reste limitée devant l'apparition de structure organisationnelle transversale.

Le modèle « financier » de contrôle et la nouvelle représentation néoclassique de l'organisation se présentent comme des prolongements du modèle taylorien du contrôle de gestion. Au sens large, le contrôle de gestion avait pour finalité d'assurer l'efficacité et l'efficience au sein de l'entreprise.

2 L'approche cybernétique et le contrôle de gestion.

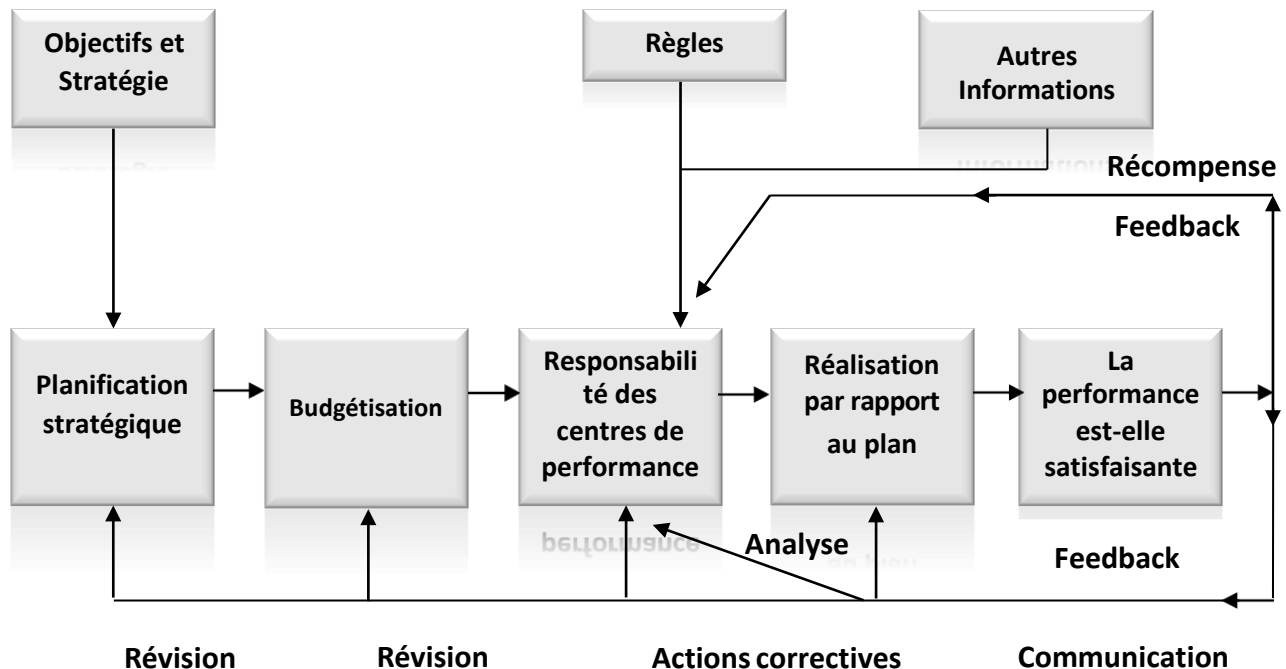
Le contrôle de gestion est une discipline qui a fortement bénéficié des apports de l'approche cybernétique. Personne ne peut nier que le modèle classique taylorien s'est développé avec la transposition des concepts de la cybernétique au contrôle de gestion.

Considéré comme un système de régulation, le contrôle de gestion permet de mesurer, de gérer et d'introduire les boucles de rétroaction nécessaires pour ajuster les prévisions. La structuration de ces logiques dans le cadre d'un processus de contrôle de gestion nécessite une théorie de l'information cohérente. Dans ce sens, la cybernétique a fourni au modèle financier du contrôle

⁶ Johnson. H, T & Kaplan, R.S, (1987). The rise and fall of management accounting. Management accounting, volume 7, Issue 68, ABI/Inform Global, page 22.

de gestion les informations nécessaires pour prendre la décision de modifier l'action, et ce en introduisant le principe de la rétroaction.

Figure 2 : Le contrôle de gestion et l'effet de rétroaction



Source: Anthony, R. N., & Govindarajan, V, (2007). Management control systems (12th end.). Boston : McGraw-Hall. In Strauss, E. et Zecher, C. (2013). (Traduire et adapter par nos soins).

Le contrôle de gestion apparaît sous forme des sous-systèmes utilisés comme un contrôle de rétroaction et de feedback qui nécessite une bonne connaissance du système contrôlé. Pour Strauss et Zecher⁷, ce modèle se concentre principalement sur les aspects systémiques du processus de contrôle et est privilégié dans un environnement stable nécessitant moins d'informations. De plus, il ne précise pas l'origine des objectifs autour desquels se construit toute la démarche cybernétique.

⁷ Strauss, E. & Zecher, C (2013). Management Control System: A Review. Journal of Management Control, volume 23, issue 4, pp: 133-288.

La prise en considération de ces limites a conduit au prolongement du modèle classique du contrôle de gestion et l'apparition du modèle financier néo-institutionnalisé qui privilégie une vue d'ensemble de l'interaction de l'entreprise avec son environnement.

3 Les approches contractuelles et le contrôle de gestion.

Devant les critiques auxquelles se trouvait confronté le modèle de contrôle de gestion au sens des théories classiques et néoclassiques, une nouvelle approche a succédé pour enrichir les fondements de base du modèle de contrôle existant. Les fondements de cette approche sont fournis par la théorie de la firme. Il s'agit, notamment des questions de l'asymétrie de l'information entre les individus ayant des préférences différentes, de la question des coûts de transaction et celle des droits de propriété. Ainsi, les trois courants de pensée qui apportent un éclairage à l'organisation et à son contrôle sont la théorie de l'agence, la théorie des coûts des transactions et la théorie de droit de propriété.

Certes, la prise en considération des limites des approches classiques qui ne tiennent pas compte de la qualité des contreparties et l'opportunisme des individus, a conduit au développement d'un nouveau dispositif de contrôle de gestion dont les finalités sont la réduction de l'opportunisme des acteurs et l'assurance de la fiabilité de l'information financière.

Pour faire face à l'opportunisme des individus et réduire le pouvoir discrétionnaire entre le principal et l'agent, le contrôleur de gestion intervient à deux niveaux. Le premier, a priori de l'action, il participe à la définition des objectifs que l'agent est susceptible d'atteindre. Dans cette perspective, le contrôleur de gestion est considéré comme un conseiller de l'organisation et une personne de liaison entre le top management et les subordonnés.

S'agissant du deuxième niveau à posteriori de l'action, le contrôle de gestion intervient pour mesurer les performances obtenues par rapport aux objectifs fixés. Son rôle s'inscrit dans une logique de régulation qui consiste à évaluer les écarts, à informer le principal des résultats obtenus et à mener des actions correctives.

Toutefois, la théorie contractuelle ne s'intéresse pas au rôle du contrôleur de gestion dans l'aide à la prise de décision. Selon Paul Langevin⁸, le contrôle de gestion présente les caractéristiques suivantes :

- ❖ Les objectifs de l'organisation sont fixés à priori ;
- ❖ Le système de contrôle de gestion est imposé par le pilote à l'ensemble des acteurs locaux de l'organisation ;
- ❖ La diffusion de l'information se fait d'une manière verticale et descendante pour indiquer aux opérationnels les objectifs selon le contrat, et de façon ascendante pour informer les acteurs centraux des performances réalisées.

En somme, malgré son importance et son intérêt particulier pour la fonction du contrôle de gestion, la théorie contractuelle présente plusieurs insuffisances. Ensuite, elle ne privilégie pas le rôle du contrôleur de gestion dans la prise de décision. En effet, sa mission consiste à assurer la surveillance de la réalisation des objectifs fixés à priori et de fournir les informations sur les performances réalisées localement (les reportings).

Concrètement, il s'agit d'une théorie permettant de développer un contrôle de gestion formel à vocation budgétaire dans la mesure où la fonction de contrôle de gestion se limite seulement à la surveillance de la réalisation des objectifs fixés a priori. En outre, elle ignore l'aspect relationnel du contrôle de gestion. Dans ce sens, Marc Bollecker⁹ affirme que dans le modèle de contrôle classique, les aspects du contrôle de gestion qui sont considérés comme aide au pilotage ne sont pas développés. La focalisation se fait principalement sur l'évaluation des objectifs réalisés (contrôle budgétaire) et le rôle du contrôleur de gestion dans le système de coordination n'est pas véritablement privilégié. Ainsi, cette théorie reste statique, car elle ne se focalise pas sur l'incertitude à laquelle sont confrontés les acteurs-décideurs et donc ne permet pas d'appréhender l'évolution du contrôle de gestion dans les organisations transversales.

⁸ Langevin. P. (1996). Le contrôle dans les théories économiques des organisations. *Cahier de recherche*, Groupe ESC Lyon, France.

⁹ Bollecker. M, (2000). Le contrôleur de gestion : une profession a dimension relationnelle ? *21 ème congrès de l'AFC*, France.

Le tableau ci-dessus présente une synthèse relative à la contribution des différentes théories des organisations et économiques en matière de développement du contrôle de gestion.

Tableau 1 : Récapitulatif des apports de la pensée managériale classique et des théories des organisations sur le développement du contrôle de gestion

Les principales théories de l'organisation	Le contrôle de gestion est vu comme...
La théorie classique	Des mesures quantitatives des écarts entre réalisation et prévision pour sanctionner les exécutants (outil de contrôle - sanction).
La théorie néoclassique	Un moyen pour assurer une meilleure coordination entre les différents centres de profil et pour permettre une délégation des responsabilités où chacun est responsable de l'activité dont il est en charge.
L'approche cybernétique	Un instrument qui permet de corriger la trajectoire dans le cas où l'organisation s'éloigne des objectifs qu'elle est fixé.
Les théories contractuelles	Un moyen qui permet de répondre à la question d'externalisation et d'internalisation des activités et un moyen d'analyser les liens qui régissent les relations entre le principal et l'agent.

Source : Elaboré par nos soins

Il a noté que le contrôle de gestion, basé sur une approche instrumentale, a servi de cadre de référence jusqu'au la fin des années soixante en économie et en management véhiculant aux responsables une image corrective et instrumentale de contrôle. Ce n'est qu'à partir des années 70 et 80 que le contrôle de gestion devienne organisationnel avec un objectif de déploiement de la stratégie en justifiant sa place entre le contrôle opérationnel et la planification stratégique au sein des entreprises.

Un changement qui a comme cause principale un contexte en perpétuel changement, ou le contrôle de gestion basé sur des pratiques normalisées de surveillances plutôt que de pilotage, se trouve davantage incriminé au risque de se tromper de cible. Effectivement, des critiques et insuffisances ont conduit les chercheurs à repenser les fondements et les hypothèses de base du contrôle de gestion.

4 Les limites du modèle classique de contrôle de gestion.

Le contrôle de gestion au sens de la théorie classique, fondé sur une vision instrumentale et calculatoire s'avère inadapté aux mutations actuelles de l'environnement. Un environnement caractérisé par une forte diversification des activités économiques, une demande accrue de l'information financière et non financière pour une nécessité d'amélioration des différentes dimensions de la performance organisationnelle.

4.1 La remise en cause des fondements de base du modèle classique de contrôle de gestion

Le modèle classique s'appuie sur un mode de gestion mécaniste reposant sur un contrôle rigide et une bureaucratie solide. Cela apparaît logique, car ce modèle s'appuie sur la conception taylorienne caractérisée par un cloisonnement et une hiérarchisation de l'entreprise et par la singularité de l'objectif à atteindre : la maîtrise des coûts.

Ce modèle qui repose sur un ensemble d'outils de gestion formels (l'analyse des coûts, les budgets et les tableaux de bord classique) soutenant la réalisation systématique des objectifs et de suivi de la performance financière est fortement contesté. En effet, il repose sur le principe de la stabilité, de l'information parfaite, de la performance productive, du coût global qui est équivalent au coût d'un facteur de production dominant et un mode d'usage diagnostique des pratiques de contrôle.

Limite liée au principe de la stabilité de l'environnement : Selon J. F Henri¹⁰ le modèle de contrôle de gestion classique est conçu au départ selon une approche descendante, comme des systèmes mécanistes, passifs, correctifs et statiques utiles pour répondre aux besoins d'une organisation hiérarchique opérant dans un environnement relativement stable.

¹⁰ Henri, J.F. (2006). Management control systems and strategy. A resource-based perspective. Accounting, Organizations and Society, volume 31, Issue 6, pp. 529-558.

Ce principe part de l'hypothèse selon laquelle les mécanismes de la performance, les savoirs opérationnels qui permettent d'être efficaces, sont stables dans le temps. Cela veut dire que les normes et les plans d'action, une fois établies restent valables pour toujours et ne sont pas remises en cause. Philip Lorino¹¹ défend les mêmes idées en expliquant que ce principe justifie la notion de standard, norme de performance relativement figée dans le temps, et fonde toutes les formes de « gestion au rétroviseur » celles qui font appel à des références au passé.

Les mutations de l'environnement, la concurrence accentuée et la croissance rapide du marché international ne sont pas à même de permettre aux mécanismes de la performance de rester stables sur de longues périodes comme le veut ce principe. Dans le contexte actuel, ce principe ne constitue plus une donnée dans la mesure où l'évolution de l'environnement modifie en permanence les données de la performance.

Au sens de la pensée managériale classique, le contrôle de gestion semble fournir une solution simple et facile au problème de pilotage dans la mesure où la théorie de l'action de l'organisation n'est pas soumise à une incertitude plus élevée de l'environnement.

Limite liée au principe de l'information financière parfaite : Le contrôle de gestion décrit par les classiques n'appréhende qu'une seule et unique dimension de la performance : la dimension financière. Le découpage de l'entreprise en centre de responsabilité induisant seulement des indicateurs d'ordre financiers qui ne permettent pas de couvrir les autres dimensions de la performance. Dans le même ordre d'idées, Modell¹² suggère que ce modèle met l'accent seulement sur des mesures purement financières et par conséquent sur l'évaluation de la performance dans sa dimension financière. Le dirigeant opère selon une rationalité procédurale, parce qu'il a une vision et une compréhension précises de tous les processus opératoires importants à l'œuvre dans son domaine de responsabilité. Le principe de l'information n'est plus fondé dans la mesure où la complexité croissante des technologies, l'incertitude de l'environnement des affaires et la concurrence accrue font que le dirigeant ne pourrait prétendre détenir et maîtriser de façon parfaite l'information de l'entreprise en se limitant à une dimension financière.

¹¹ Lorino, P. (1993). « Le contrôle de gestion par les activités ». Edition DUNOD, Paris, p 40.

¹² Modell, S. (2012). The politics of the Balanced Scorecard. *Journal of Accounting and Organizational change*. Volume 8, Issue 4, pp: 116-138.

Limites liées au principe de la performance productive : Dans l'analyse classique, le couple coût-valeur occupe une place primordiale dans la détermination de la performance productive des entreprises. Cette dernière résulte de l'aptitude des managers à fournir un maximum de valeur en consommant un minimum de ressources. La valeur est une donnée, pour accroître le profit, c'est bien donc sur les coûts qu'il faut concentrer les efforts.

Ainsi, la valorisation du produit sur le marché n'est pas problématique puisqu'on sait à l'avance que tout ce qui est produit est vendu, à un prix prévisible au vu de l'état présent du marché. Toutefois, dans le contexte actuel, il s'avère que la performance des organisations ne peut se réduire à la seule minimisation des coûts. Il y a autres paramètres qui entrent en jeu comme la qualité, le délai, le prix, etc. Le pilotage de l'organisation ne se présume pas par l'unique pilotage des coûts.

Limites relatives au principe de l'existence d'un facteur de production dominant : Selon ce principe, il existe un facteur dominant dans la structure des ressources consommées par l'entreprise. Il s'agit en principe de la main-d'oeuvre directe qui a un poids dans le coût global très important. Toutefois, les coûts indirects étaient très faibles. Aujourd'hui, il s'avère que la performance de l'entreprise ne peut se réduire à la seule minimisation des coûts directs. Il faut désormais couvrir d'autres dimensions pour offrir un aperçu global et général de mesure complet.

Limite liée au mode d'usage diagnostique des outils de contrôle de gestion : La conception classique du système de contrôle de gestion requiert une importance particulière au mode d'usage diagnostique des outils de contrôle. Dans ce sens, Parsons¹³ avance que les managers des entreprises accordent une importance particulière à l'usage diagnostique du système de contrôle de gestion qui consiste à surveiller et corriger les écarts par rapport aux objectifs prédéfinis.

Cependant, dans le contexte actuel marqué par l'évolution de l'environnement des affaires, avec des besoins croissants de l'orientation vers l'apprentissage, l'innovation et l'amélioration continue de la performance, la concentration sur la surveillance des variables critiques de la performance reste insuffisante et ne permet pas de stimuler les activités d'explorations qui sont nécessaires pour la pérennité des entreprises.

¹³ Parsons, J. (2007). Measures to learn whilst learning to measure. *Measuring Business Excellence*. Volume 11, Issue 1, pp: 11-19.

De plus, le mode d'usage diagnostique du contrôle de gestion revêt un caractère instrumental qui limite les interactions sociales entre les différents acteurs de l'organisation. Pour Bollecker et Naro¹⁴, ce mode d'usage réduit le contrôle de gestion aux seuls outils nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie, apporte peu de soutien à d'autres processus stratégiques clés comme la formulation de la stratégie et la prise de décision.

42 L'inadaptation des méthodes classiques d'évaluation des coûts au contexte actuel

Les méthodes classiques de la comptabilité analytique avaient pour objectif ultime de déterminer le prix de revient des produits fabriqués. Ce dernier est composé en charges directes et en charges indirectes. La difficulté de connaître avec précision la part des charges indirectes supportée par chacun des produits explique la multiplicité des méthodes.

Limite liée au découpage de l'organisation en centres d'analyse : Le découpage de l'organisation en centres d'analyse induits par la méthode des coûts complets permet de distinguer entre les « centres principaux » et les « centres auxiliaires ». Les charges de l'exploitation sont réparties par centre sur la base des clés de répartition. On ventile ensuite les charges des centres auxiliaires sur les centres principaux en fonction des unités physiques dénommées « unités d'œuvre ». La dernière étape consiste à calculer les coûts par unité d'œuvre. Ainsi, avec le découpage des fonctions et la complexité des activités des organisations, cette méthode demeure inadaptée aux logiques industrielles actuelles. Car, l'hypothèse de base des méthodes classiques de la comptabilité analytique repose sur la possibilité d'effectuer un découpage clair en centre d'analyse. De plus, le découpage en centre d'analyse pose le problème de la définition des clés de répartition et des unités d'œuvre ce qui nuit à la détermination précise du coût de revient des produits fabriqués.

Limites liées à l'importance des charges indirectes : L'importance des charges indirectes et leurs parts dans les coûts des produits fabriqués par l'entreprise permettent de remettre en cause leur traitement par la comptabilité analytique. Pour Nicolas Berland¹⁵, l'augmentation des poids des charges indirectes est due à plusieurs facteurs :

¹⁴ Bollecker, M., & Naro, G., (2014). « Contrôle de gestion, débats, controverses et perspectives », Edition Vuibert, France, page 20.

¹⁵ Berland, N. (2009). « Mesurer et piloter la performance ». E-bouk, sur : www.management.free.fr .

- L'importance des fonctions de support (marketing, qualité, logistique...) et leur contribution à la performance de l'entreprise ;
- Le rattachement de ces charges au coût des produits est toutefois plus complexe que pour les coûts de production proprement dits ;
- Les objets de coût sont plus complexes. Ils ne sont plus limités aux seuls produits fabriqués, mais ils doivent intégrer d'autres dimensions (clients, processus, catégories des clients, réseaux de ventes, etc.).

Dans la mesure où les charges indirectes sont devenues de plus en plus majoritaires, leur traitement par la comptabilité analytique doit être remis en cause pour une détermination précise des coûts de revient des produits fabriqués.

Des limites relatives à la gestion budgétaire classique : Le contrôle budgétaire est défini par Michel Gervais¹⁶ comme étant la comparaison permanente des résultats réels et des prévisions chiffrées figurant aux budgets afin de rechercher les causes des écarts, d'informer les différents niveaux hiérarchiques, de prendre des mesures correctives et d'apprécier l'activité des responsables budgétaires. De nos jours, les critiques sont nombreuses à l'encontre du contrôle budgétaire. Ces critiques sont liées toutefois à la difficulté de relier la stratégie aux budgets et à l'incertitude des prévisions.

Limites liées à la difficulté de relier stratégie et budgets : La difficulté à assurer une traduction exacte de la stratégie voulue par l'entreprise en budgets constitue une des principales critiques adressées au contrôle budgétaire classique. Cette difficulté s'exprime en principe par la complexité de traduction financière de la vision stratégique de l'entreprise en plan d'action à court terme. Les décisions stratégiques exprimées en termes financiers peuvent donc être plus ou moins traduites en plans d'action cohérents.

De plus, la traduction de la stratégie en termes d'actions permet d'opposer des préoccupations de court terme à celles de long terme. Ceci amène les responsables de différents centres opérationnels à la recherche continue de la maximisation du résultat à court terme au détriment de celui à long terme. Très concrètement, les plans d'action à court terme permettent de traduire pauvrement la

¹⁶ Gervais. M. (1990). « Contrôle de gestion et planification budgétaire ». *Edition Economica*, p. 60.

vision stratégique de l'organisation pour les opérationnels. Au-delà de cette limite, il existe une grande incertitude quant à la qualité des prévisions alimentant le système de contrôle budgétaire.

Limites liées à l'incertitude des prévisions : Les critiques adressées par les praticiens et les théoriciens au système de contrôle budgétaire sont nombreuses. Elles concernent à la fois la capacité à faire des prévisions justes et pertinentes et la possibilité de réaliser un contrôle objectif et équitable. L'incertitude de l'environnement des affaires et la complexité des processus de production ont rendu la qualité des prévisions incertaines. En effet, lorsque ces dernières deviennent rapidement obsolètes, soit du fait d'une turbulence accrue ou d'une complexité des processus, le contrôle budgétaire devient de plus en plus inadapté.

En somme, pour surmonter les différentes limites exposées au niveau de ce paragraphe, le contrôle de gestion au sens de la théorie classique doit être complété et développé pour répondre effectivement aux exigences d'un environnement en perpétuelle mutation. Il convient désormais de recourir à un système de contrôle de gestion qui :

- Ne gère pas seulement le coût, mais assure le pilotage de la performance, à travers les indicateurs financiers et non financiers ;
- Gère le changement et non pas la stabilité ;
- Assure de façon permanente l'adéquation des actions et des comportements aux objectifs de l'organisation ;
- Garantir la cohérence organisationnelle en facilitant le dialogue et l'interactivité avec les parties prenantes et transversales.

La prise en compte de ces constats a conduit à relativiser les principes directeurs et les fondements de base du modèle classique en contrôle de gestion ce qui a donné naissance à des pratiques sophistiquées avec une finalité organisationnelle et stratégique et pas seulement une finalité comptable et économique. Il s'agit d'une vision élargie du contrôle de gestion, basée sur les processus, intégrant la dimension relationnelle du contrôle et prenant en considération la complexité et le dynamisme de l'environnement des affaires.

Sous-section 2 : Le modèle de contrôle de gestion basé sur le pilotage.

Le contexte actuel marqué par la complexité de l'environnement des affaires interpelle les organisations à évoluer leurs pratiques de gestion en l'occurrence leurs systèmes de contrôle de gestion pour s'adapter en permanence aux changements internes et externes. De surcroît, un

simple mécanisme de suivi et de l'évaluation déployé pour opérationnaliser et cristalliser un management par objectif légitimant la maîtrise, l'optimisation des ressources et des processus de production demeure inadapté aux challenges et aux spécificités d'un environnement en perpétuelle mutation. Ce constat légitime la nécessité d'un système de contrôle de gestion « capacitant » basé sur le pilotage global de l'organisation qui aide à la planification stratégique, à la prise de décision, à l'innovation et à l'apprentissage.

Cette réflexion nous a conduits aux axes de ruptures avec le contrôle de gestion à vocation instrumentale qui s'appuient principalement sur les apports de la démarche de Lean management, de la théorie systémique, de l'intégration des apports des théories psychologiques, de la théorie de décision, de la régulation sociale et de la théorie évolutionniste.

1 La contribution de la démarche du Lean management pour le dépassement du contrôle de gestion instrumental.

L'émergence des nouveaux modes de management dans les firmes japonaises a permis de doter le modèle classique d'une variété des principes génériques ce qui a conduit à l'apparition des nouveaux modes de management dans le paysage économique actuel.

Le pouvoir explicatif de la pensée managériale classique du contrôle de gestion qui repose sur le principe de la rationalité limitée, l'image corrective et la dimension technique et calculatoire du contrôle se trouve limité face à cette philosophie de management qui a permis de nouvelles démarches de gestion dont le modèle de pilotage fait partie. Parmi les démarches qui ont contribué à remettre en cause les fondements du modèle classique, on trouve la démarche du Lean Management qui met l'accent sur les processus, l'apprentissage continu et l'organisation transversale.

1.1 Le Lean management : quel apport pour le contrôle de gestion ?

Le modèle classique du contrôle de gestion qui a servi le cadre de référence jusqu'à la fin des années soixante en économie et management est fortement contesté par l'émergence de la concurrence des firmes japonaises¹⁷. En effet, l'exacerbation de la concurrence a pour

¹⁷ Ekoka, B. E. (2006). Cohérence logique entre le modèle stratégique-opérationnel en contrôle de gestion et la théorie de la firme-compétence foncière des économistes évolutionnistes : une lecture historique, Comptabilité, Contrôle et Audit. Tome 12. 2006/3, pp : 139-161.

conséquence de nouvelle règle de compétitivité qui appréhende la question de la performance à partir de la satisfaction des clients et non pas au niveau de la maîtrise des coûts. Cela conduit à la prise en compte de nouveaux paramètres dans le management tels que la qualité totale, l'amélioration continue, l'apprentissage organisationnel, le juste à temps, etc.

Ainsi, ces règles de jeu concurrentiel s'appuient sur la combinaison des critères de qualité, de délais et de prix. Dans ce sens, Mévellec¹⁸ avance que le marché de la concurrence parfait, considéré comme le référent des dirigeants d'entreprises dans les économies occidentales, résumant la concurrence en une véritable de prix. Ce modèle a commencé à perdre sa pertinence dans le nouvel environnement concurrentiel. Le critère de délais met en évidence la tension des flux pour une plus grande créativité qui invite les managers à doter d'une vision nouvelle de fonctionnement de l'entreprise qui s'appuie sur les principes du management agile.

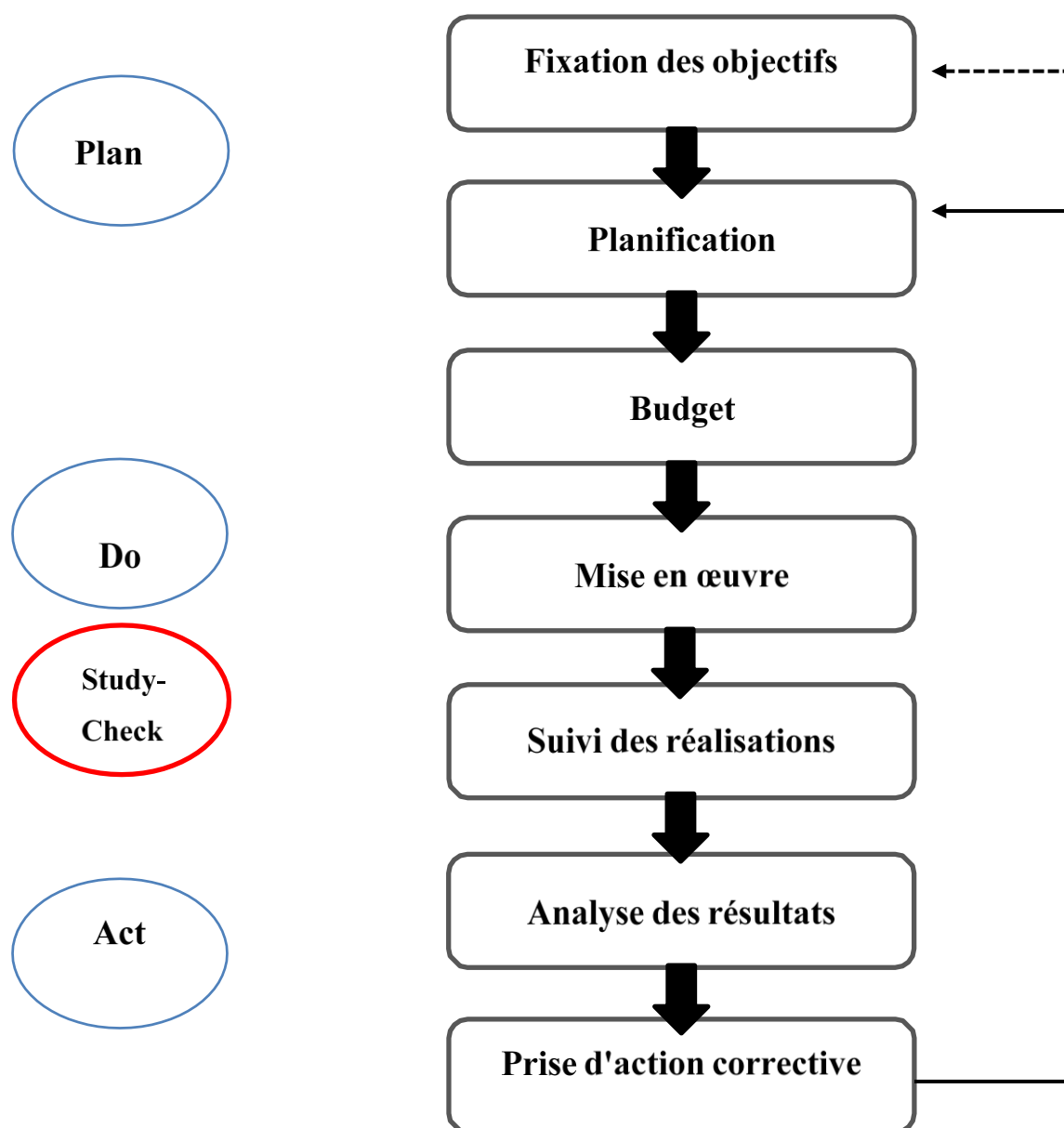
La philosophie de management qui est née dans les firmes japonaises comme Toyota conduit les managers de ces entreprises à développer de nouveaux outils de contrôle statique aux différentes étapes de processus de production. Ce processus basé sur le Lean production, la qualité totale, le système d'établissement des coûts cible et l'introduction de boucle Plan, Do, Study-Check, Act, constituant le point de départ de la construction du modèle alternatif du contrôle de gestion que Philip Lorino le qualifie de « pilotage ». Pour saisir une des sources principales de ces alternatives, il s'avère pertinent de faire une brève présentation de l'un des outils qui ont contribué au développement du modèle de pilotage en contrôle de gestion.

12 Le Plan Do Study-Check Act : quel apport pour le modèle de pilotage en contrôle de gestion

La méthode de gestion de la qualité introduite par Deming vers les années 80 a fortement contribué au développement du modèle de pilotage en contrôle de gestion. Pour Philip Lorino, cette démarche du management de la qualité constitue la pierre angulaire de développement du modèle de pilotage en contrôle de gestion.

¹⁸ Mévellec, P. (1995). La comptabilité à base d'activités : une double question de sens, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, n°1, tome 1, pp : 63-79.

Figure 1 : Processus du contrôle de gestion adapté au cycle de Deming (1980)



Ce modèle qui a inspiré ses fondements de cette nouvelle philosophie de management, orienté vers l'apprentissage organisationnel et la gestion de changement organisationnel, permet de favoriser en plus des activités d'exploitations, les activités d'explorations.

La première étape du modèle consiste à préparer un changement ou une amélioration. Ensuite, la deuxième consiste à réaliser un essai comparatif, de préférence à petite échelle et ce, en respectant

les dispositions de la première étape et d'étudier la pertinence de la planification sur la base de cet essai comparatif. La troisième étape consiste à comprendre et à étudier les résultats obtenus et de savoir si ces résultats répondent effectivement aux attentes de l'organisation et si le cas contraire, il convient à l'organisation d'étudier les causes des échecs. Enfin, la dernière étape, c'est d'agir en fonction des résultats obtenus.

Selon Philip Lorino¹⁹, pouvoir critiquer et remettre en cause la pertinence des plans d'action fixés par les managers nécessite un système de contrôle de gestion basé sur une démarche « bottom-up », releva l'importance dans l'amélioration des performances et d'une autonomie des acteurs (part des connaissances pour agir) que de leur part de pouvoir. Ce sont les capacités de représentation et d'interprétation des managers qui vont lui permettre de décider et d'agir. Ceci nécessite en effet la prise en compte des aspects sociaux et psychologiques du contrôle.

2 L'approche psychosociologique de l'organisation et contrôle de gestion.

Le contrôle de gestion est généralement appréhendé au travers des aspects les plus tangibles. Il se matérialise généralement par des méthodes, des dispositifs et des outils de gestion comme des budgets, des écarts de reporting, des tableaux de bord, des systèmes de calcul des coûts, etc. Sous cet angle instrumental, il est envisagé dans sa dimension fonctionnaliste et économique en tant qu'un instrument d'analyse et d'aide à la décision, assurant la maîtrise de l'efficacité et de l'efficacité dans l'accomplissement des buts organisationnels.

À l'instar de cette dimension économique, le contrôle de gestion possède également une dimension relationnelle en ce que sa pratique et les discours qui l'environnent et la légitiment s'inscrivent dans des finalités plus larges à caractère sociales, psychologiques et cognitives des acteurs. Dans ce sens, l'étude de la dimension sociologique du contrôle de gestion par l'analyse des relations entre le contrôleur de gestion, les acteurs opérationnels et les pairs s'avère importante. Pour ce faire, nous mettons l'accent sur les théories qui ont tenté de repenser le contrôle de gestion classique.

¹⁹ Lorino P. (1997), « Méthodes et pratiques de la performance », Éd. d'Organisation.

Seront discutés successivement les apports de l'école des relations humaines, notamment les travaux de Crozier et Friedberg et leur apport en matière de contrôle de gestion, ainsi que ceux de la théorie de la régulation sociale.

21 Le contrôle de gestion à l'épreuve des jeux de pouvoir et des stratégies d'acteurs : les apports de Crozier et Friedberg

Les travaux de Crozier et Friedberg s'intéressent à l'étude et l'analyse des relations de pouvoir et les zones d'incertitudes qui font l'objet de pouvoir entre les membres de l'organisation. Selon cette approche, face au contrôle, les acteurs disposent des zones d'incertitudes. Ces zones sont largement décrites en sociologie des organisations et dans certains travaux relevant du contrôle de gestion pour ne plus l'appréhender seulement comme un colonisateur des sphères organisationnelles susceptibles de réifier la complexité du réel.

Pour Crozier²⁰, l'entreprise est considérée comme un lieu de négociation qui ne peut être vue exclusivement comme le réceptacle de technique et d'instruments à visée dominatrice. Malgré l'existence des règles contraignantes déployées pour faire converger les membres de l'organisation vers les buts communs, la limitation de leur liberté ni complète ni figer. Certes, les acteurs jouent avec ces règles, les exploitent dans un rapport de force qu'ils entretiennent avec les autres membres.

Dans leur ouvrage célèbre, « l'acteur et le système » Crozier et Friedberg en 1997 stipulent que les acteurs exploitent leurs imperfections. Ces jeux sont susceptibles de rendre leurs comportements imprévisibles, de générer de l'incertitude et de zones de liberté pour satisfaire leurs intérêts et pour négocier leur participation à l'action collective. Ils modifient ainsi les règles de l'organisation qui deviennent de leurs intérêts. Dès lors, le contrôle de gestion ne peut être caractérisé par sa seule dimension économique et instrumentale susceptible d'influencer les individus impassibles, mais également comme un ensemble des règles qu'ils s'approprient et qu'ils se modifient.

²⁰ Crozier, M. (1970). La société bloquée. Paris seuil. Cité par, Bollecker, M et Gerald, N. (2014). Le contrôle de gestion d'aujourd'hui : débats, controverses et perspectives. Edition Vuibert, page 17.

Dans le sillage de ces travaux, plusieurs études ont mobilisé les approches sociologiques du contrôle de gestion. S'inscrivant dans cette lignée, Justin²¹ a constaté dans une recherche intervention que les dispositifs du contrôle de gestion ne sont ni de simple objet technique autorisant une conduite rationnelle des organisations, ni de simples instruments neutres, totalement indépendants des acteurs qui les utilisent.

Dans la même lignée des travaux, Zawadzki et Nobre²², dans une recherche-action menée dans une PME souhaitant formaliser et instrumentaliser sa gestion interne, expliquent l'échec de la mise en place du contrôle de gestion par les stratégies d'acteurs. Trois tentatives ont révélé une résistance paradoxale de la direction générale et de l'expert-comptable, portant à l'origine de la démarche. Le changement s'est avéré comme une menace pour le maintien des zones d'incertitude et donc de pouvoirs respectifs : la perte d'un contrôle de panoptique et clanique de l'entreprise par le dirigeant, la perte de la rentabilité économique pour l'expert-comptable au profit d'un directeur administratif et financier chargé de déployer le système de contrôle de gestion.

La résistance des dirigeants, les réactions modérées des acteurs et les stratégies individuelles peuvent conduire à l'inverse de l'appropriation des outils de contrôle de gestion. Selon Crozier et Friedberg, ces résistances peuvent être l'expression d'une évaluation rationnelle menée par l'individu, le conduisant à n'accepter le changement que si les avantages lui apparaissent supérieurs aux inconvénients. D'où l'intérêt de la mise en place, pour les cadres, d'un système de motivation accompagnant la mise en place du système de contrôle de gestion.

En somme, les travaux de recherche en contrôle de gestion qui ont mobilisé les approches sociologiques permettent de l'appréhender sous l'angle des relations des pouvoirs entre l'acteur et le système et des résistances des comportements individuels aux changements. Très clairement, ces études appuient l'idée selon laquelle le système de contrôle de gestion a suscité une grande méfiance de la part des responsables opérationnels dont la mesure où son mode d'usage par le top management permet de véhiculer une image de surveillant des animateurs de ce système.

²¹ Justin, J (2004). Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle. *Comptabilité Contrôle Audit, numéro thématique*. Tome 10, pp. 213-236.

²² Zawadzki, C. & Nobre, T. (2013). Stratégie d'acteurs et processus d'introduction d'outils de contrôle de gestion en PME. *Comptabilité, Contrôle et Audit*, Tome 19, volume 1, pp. 91-116.

Pourtant, la prise en compte de la dimension comportementale et cognitive en contrôle de gestion permet la distinction entre les systèmes de pilotage basés sur le paradigme de l'interprétation des indicateurs de performance (Performance Management Systems) et ceux de contrôle basés sur sa mesure (Performance Measurement Systems)²³.

22 Le contrôle de gestion dans le processus de régulation : de la régulation forcée à la régulation autonome

Dans la même traduction sociologique que l'analyse stratégique, la théorie de la régulation sociale se caractérise par une confrontation entre l'implicite et l'explicite et par la structuration des jeux d'acteurs. Elle est entendue comme la formation et le maintien des règles, décrit les processus d'appropriation et de développement des règles sociales.

Dans son ouvrage « Le conflit, la négociation et la règle », le sociologue français Reynaud²⁴ fait la distinction entre deux modes de régulation : la régulation de contrôle imposée par le top Down et la régulation autonome, règles construites par les acteurs du Bottom — up.

S'agissant du premier mode de régulation qui se réfère à des directions d'organisation, la direction tente de limiter les risques de déviations inhérents à toute activité, par la contrainte particulièrement décrite par les tenants de l'approche critique de contrôle. Cependant, le deuxième mode se fonde sur la logique de l'exécutant qui cherche à échapper à la première régulation par la création d'une référence autonome.

Dans ces travaux, Reynaud²⁵ insiste sur la particularité de la régulation autonome qui ne doit pas être exclusivement assimilée à un rempli de groupe sur lui-même, mais aussi à une réaction aux insuffisances de règle formelles. La confrontation entre les deux modes de régulation donne lieu à une régulation qualifiée conjointe. C'est bien une telle orientation que prennent les spécialistes

²³ Il convient de noter que dès la fin des 90 la littérature anglo-saxonne, notamment les travaux de David Otley (1999), Kloot et Martin, (2000) se sont intéressés au système de pilotage de la performance (Performance Management System) qui le distingue des systèmes de mesure de la performance (Performance Measurement System).

²⁴ Reynaud, J.D. (1995). « Le conflit, la négociation et la règle ». *Paris Octares*.

²⁵ Ibid.

du contrôle de gestion sous l'angle des pratiques effectives et non seulement par des normes prescrites²⁶.

Très peu de travaux en contrôle de gestion qui ont mobilisé l'approche de régulation sociale. Dans ce sens, Bourguignon²⁷ a évoqué clairement l'utilité de cette approche pour comprendre les processus sociaux à l'œuvre au sein des pratiques. Pour lui, une des règles fondamentales, créant l'action collective, est l'alignement des comportements individuels aux objectifs organisationnels. Cette règle sert les stratégies individuelles dans la mesure où son application est contrôlée par les processus d'évaluation des performances et de sanctions.

Cependant, pour Bourguignon²⁸ les processus de planification et de budgétisation liés au management par objectif sont considérés comme des zones de négociation où les règles de contrôle et les règles autonomes s'affrontent les intérêts locaux et globaux étant en jeu. Le contrôle de gestion est donc appréhendé comme un système de règle de contrôle susceptible de maîtriser les comportements déviants, mais paradoxalement renforce la régulation autonome.

En somme, envisager le contrôle de gestion sous l'angle programmatique c'est-à-dire comme une pratique sociale, permet d'appréhender les outils de contrôle à partir des aspects informels assurant la communication et la coordination entre les acteurs. Le contrôle de gestion classique revêt une dimension instrumentale qui participe à l'édification d'une personne calculable. L'obsession du contrôle et l'illusion de la mesure portent à édifier des espaces de calcul et donc de visibilité à la fois sur les actions et les résultats des personnes des responsables contrôlables. Cet éclairage que nous donnent les approches critiques y est appréhendé comme si insérant dans des dispositifs de gouvernementabilité.

En dépit de cette vision, le contrôle de gestion d'aujourd'hui basé sur le pilotage global de la performance apparaît comme un puissant producteur du sens de représentation qui participe à la construction de la réalité et qui oriente la prise de décision des acteurs. Cependant, ces acteurs ne

²⁶ Lorino, P. (2008). Méthodes de recherche en contrôle de gestion : une approche critique, *Finance, Contrôle Stratégie*, 11 hors-série, pp.149-175.

²⁷ Bourguignon, A. (2004). Performance Management and Management Control: Evaluated Manager's Point of View. *European Accounting Review*, Vol. 13, n° 4, pp. 659-687.

²⁸ Bourguignon, A. (2004). Performance Management and Management Control: Evaluated Manager's Point of View. *European Accounting Review*, Vol. 13, n° 4, pp. 659-687.

sont jamais démunis face aux discours que véhicule le contrôle de gestion. Ils disposent des zones d'incertitudes qui leur confèrent des marges de liberté.

L'étude des interactions complexes entre les éléments disruptifs, socio matérialiste des instruments de contrôle de gestion et jeu d'acteurs constituent en définitive un terrain de recherche peu exploré, si ce n'est pas de manière encore trop partielle, qui mérite désormais une attention particulière.

3 L'approche systémique et son apport en matière du contrôle de gestion

L'étude du système joue un rôle primordial dans de nombreuses branches depuis l'entreprise industrielle. Cette dernière a été considérée par les théoriciens du management comme un système fermé et indépendant de son milieu socioéconomique.

Selon Le Moigne²⁹, un système est un ensemble d'éléments identifiables disposant d'attributs et de leur interaction. Il repose sur quatre concepts majeurs :

- ❖ L'intégration qui renvoie à l'idée d'une causalité non linéaire : une forme particulière d'interaction et de feedback dont l'étude est au centre de la cybernétique ;
- ❖ La globalité ou la totalité : le système est un ensemble d'éléments ;
- ❖ L'organisation : constitue le concept central pour comprendre ce qui est un système ; c'est l'agencement d'une totalité en fonction de la répartition de ses éléments en niveaux hiérarchiques ;
- ❖ La complexité : elle tient au degré élevé d'organisation, à l'incertitude de son environnement et à la difficulté d'identifier tous les éléments et de comparer toutes les relations en jeu. L'apparition de la notion de complexité est due en principe à l'intégration de toutes les variables.

De cette définition, le système se caractérise par les éléments qui le composent, les relations entre ces éléments, la frontière avec son environnement, un but et un feedback assurant la survie d'un système. L'entreprise se présente comme un système qui la définit comme un ensemble des parties reliées les uns aux autres en interaction entre eux. Ces éléments et parties hétérogènes entretiennent de nombreuses relations et forment ce que nous appelons « système ».

²⁹ Le Moigne J-L (1973). « Analyse des systèmes ». Editions des organisations.

L'approche systémique se présente ainsi comme une approche dynamique de l'environnement et constitue un rejet de la démarche analytique qui ne s'adapte plus au contexte actuel caractérisé par une complexité accrue.

Certes, la systématique se présente comme la conjonction des deux paradigmes : cybernétique et structuraliste. Le premier se fonde sur un environnement actif et sur la capacité d'un système à suivre un objectif fixé, voir définir de nouvelles finalités. Ce paradigme se base sur deux concepts connexes tels que l'environnement et la finalité. Tandis que le second porte sur les concepts croisés de fonctionnement et de transformation.

La prise en compte de ces quatre concepts (l'environnement, la finalité, le fonctionnement et la transformation) conduit Le Moigne³⁰ à définir le système comme un objet actif, évoluant dans un environnement et par rapport à une finalité. Il convient de signaler que cette approche ne tient pas en compte l'évolution de l'environnement et elle propose seulement des réactions de changement pour faire face à l'incertitude.

Ainsi, l'approche systémique a été retenue dans plusieurs travaux de recherche en contrôle de gestion dont les travaux pionniers de J. Melese, J-L Le Moigne, P. Tabatoni, H. Bouquin et de C. Grenier. Avec ces travaux, le contrôle de gestion est fondé sur la science des systèmes.

Les avancées théoriques de Le Moigne sur le passage de la cybernétique à la systématique permettent de confronter les dimensions système de contrôle de gestion. En effet, les quatre dimensions dégagées du paradigme cybernétique et structuraliste permettent d'appréhender le contrôle de gestion comme un système.

Tableau 2 : La dimension systémique du contrôle de gestion.

Dimension du système	Application au contrôle
Finalités	❖ Missions d'efficacité (cohérence des comportements avec les objectifs ; ❖ Missions d'efficience et d'économie (inciter à gérer les ressources d'une manière productive).

³⁰ Le Moigne J-L. (1977). Théorie du Système général, théorie de la modélisation. *Puf, France*, page 62.

Environnement	❖ Le contrôle s'exprime sur un environnement ouvert, susceptible d'être modifié ;
Fonctions	❖ Fonction de mesure ; ❖ Fonction de pilotage au sens des travaux d'Henri Bouquin;
Transformations	❖ Le contrôle évolue en fonction des outputs de l'organisation.

Source : Lacroux. F. (1999). Fonder le contrôle de gestion sur la science des systèmes. *Faire de la recherche en contrôle de gestion*, page 225.

L'organisation est constituée par un ensemble d'activités assurées par un système ouvert sur l'extérieur, comportant trois sous-systèmes : le système opérationnel (services, départements, usines), le système de pilotage (unité de direction) et le système d'information³¹. Cette représentation dépasse la vision de la firme comme un noeud des contrats ou encore comme une fonction de production. Désormais, elle est représentée à partir de ses activités qui sont regroupées en processus. Le processus constitue un système qui consiste à relier les activités de l'entreprise à leurs objectifs prédéfinies.

Le contrôle de gestion intervient au niveau de l'analyse de l'output du processus. Ces outputs sont relatifs en principe aux écarts des performances entre les finalités définies par l'entreprise et les objectifs réalisés. Cette démarche d'analyse des causes et des problèmes consiste à rechercher des leviers d'actions correctives ou d'alternatives pour ajuster le processus³².

En somme, il est important de souligner que les apports de l'approche systémique du contrôle de gestion sont considérables. Cette approche est présentée comme une conjonction des deux paradigmes cybernétique et structuraliste. Primo, la cybernétique constitue un fondement théorique majeur pour le modèle classique de contrôle de gestion qui repose sur une vision de

³¹ Bouquin, H. (2004). « Le contrôle de gestion », 6 ème édition, PUF Paris, page 60.

³² Demeestère, R. (1995). La transversalité : gestions des processus et projets. *Revue française de gestion*, Issue 104, pp: 52-54.

fonctionnement ignorant complètement l'existence d'un pilotage interne non modélisable par un acteur. Secundo, l'approche par processus — application de l'approche systémique — se présente comme une innovation organisationnelle permettant aux entreprises de bâtir des structures transversales adaptées aux nouvelles contraintes de fonctionnement imposées par leurs environnements, notamment, le passage de la cybernétique à la systématique va permettre à l'organisation de construire son modèle de pilotage qui se présente comme une réponse à la crise du modèle financier.

En se référant aux fondements de l'approche systémique, le contrôle de gestion se présente comme un système qui relie les différentes activités du processus organisationnel. Il apparaît comme des sous-systèmes permettant d'organiser l'effet de rétroaction nécessaire et permet de provoquer des actions correctrices, mesurer les résultats, l'efficacité des ressources allouées et de fournir les informations nécessaires à la prise de décision.

Ceci nous a conduits à analyser l'apport de l'approche décisionnelle au modèle de pilotage en contrôle de gestion.

4 L'approche décisionnelle de l'organisation et contrôle de gestion.

À l'instar des théories classiques qui présentent l'organisation comme une structure hiérarchique et unique au service de l'efficacité économique voire comme un ensemble d'activités composées de processus stables, la théorie de décision l'envisage comme un lieu de problèmes et de décisions individuelles.

Certes, l'individu n'occupe pas une fonction accessoire, il se trouve désormais au cœur du processus décisionnel. Pour Simons, H. A³³, toute analyse de l'organisation passe par l'étude des choix individuels. L'homme ne dispose pas d'une rationalité parfaite, mais il s'efforce d'analyser les décisions dans leurs adaptations aux plans, aux hypothèses et aux objectifs fixés.

Toutefois, l'hypothèse selon laquelle la rationalité de décider est parfaite est rejetée. L'idée est que la solution retenue n'est pas optimale, mais juste satisfaisante et le décideur ne dispose pas de

³³ Simons, H. A. (1994). How organizations can be understood in terms of decision processes. Edition Springer, page 67.

l'information parfaite se trouvant donc dans l'incapacité d'appréhender toutes les dimensions de la situation à laquelle il se trouve confronté.

Les dirigeants disposent une rationalité limitée pour exprimer une opinion sur les problèmes affectant le processus décisionnel. Pour cela, les systèmes de contrôle de gestion via les systèmes d'information sont conçus pour aider les acteurs à prendre des décisions.

Les développements théoriques relatifs à la théorie de décision ont fortement influencé la place et l'optique données au contrôle en général et au contrôle de gestion en particulier. Pour Bescos, et Mendoza³⁴, la contribution de la théorie de décision au développement du contrôle de gestion peut être située au niveau de maintien et de facilitation de l'existence des coalitions comme il peut agir sur la qualité de l'information fournie.

S'agissant du premier niveau, le contrôle de gestion intervient comme outil de coordination entre les acteurs et de cohérence de leurs décisions. L'organisation se présente comme un ensemble d'acteurs ayant des intérêts et des objectifs divergents qui, en les négociants, peuvent prendre des décisions communes. Par ailleurs, le contrôle de gestion joue un rôle considérable en animant, en arbitrant les conflits, en facilitant les échanges entre les acteurs et en explicitant leurs objectifs et leurs niveaux de satisfactions³⁵.

Concernant le deuxième niveau, le contrôle de gestion intervient sur le plan de la production de l'information nécessaire pour la prise de décision. En particulier, le système de contrôle de gestion permet de collecter les informations sur les rétributions et la contribution observable même en dehors de l'organisation. L'information fournie en moyen sous diverses formes (reporting financier, revues budgétaires, etc.) permet d'alimenter la prise de décision des acteurs qui disposent une rationalité limitée et restreint leur choix des actions.

Dans le sillage de la théorie de décision, l'approche évolutionniste va enrichir le champ du modèle de pilotage en contrôle de gestion.

³⁴ Bescos, P. L., & Mendoza. C. (2011). Contrôle de gestion, qualité des informations pour la prise de décision et facteurs de contingence. 20^{ème} congrès de l'AFC, France.

³⁵ Langevin, P. (1999). Contrôle de gestion et théories économiques de l'organisation. *Séminaire GEFAG-SFA, Faire de la recherche en contrôle de gestion.*

5 L'approche évolutionniste : le contrôle de gestion comme levier de développement des capacités organisationnelles

L'approche de la firme adoptée par les économistes évolutionnistes trouve son origine dans les travaux de Nelson et Winter en 1982, notamment avec la publication de l'ouvrage célèbre « An Evolutionary Theory of Economic Change ». Pour ces deux économistes, le fait de représenter la firme comme un noeud des contrats, comme il est suggéré par l'approche contractuelle, annule le poids des capacités organisationnelles des membres de l'entreprise, tandis que le fait de la représenter comme une fonction de production suppose l'existence des capacités organisationnelles.

L'approche évolutionniste accorde une attention particulière au processus d'innovation et au développement des capacités organisationnelles. Elle s'intéresse également à la question de la cohérence de la firme diversifiée et transversale en se basant sur les concepts d'apprentissage organisationnel, des routines organisationnelles statiques et dynamique.

En outre, cette approche s'intéresse à la structure interne des organisations et se base sur les hypothèses d'imperfection de l'information et de rationalité limitée des individus, qui utilisent donc le principe de la satisfaction plutôt que de la maximisation.

L'une des caractéristiques essentielles de la firme évolutionniste est que son fonctionnement repose sur les routines organisationnelles. Ces dernières se construisent par l'apprentissage et constituent une véritable particularité de l'organisation. L'existence de ces routines est considérée comme une source de la performance organisationnelle permettant de favoriser l'innovation et de réduire les conflits d'intérêts. Par ces routines, la firme renforce et sauvegarde des actifs immatériels spécifiques qui lui ont permis d'obtenir un avantage concurrentiel durable.

En matière de contrôle de gestion, il est possible de considérer que l'existence des routines est un moyen de coordination et une source de réduction des conflits. Ce mode de contrôle de gestion est principalement émergent et s'accompagne par des outils facilitant l'apprentissage organisationnel. Le système de contrôle à son tour peut favoriser les échanges, le dialogue et la communication entre les individus.

Les constats que nous avons présentés tout au long de ce paragraphe permettent de structurer le sens du développement du modèle de pilotage en contrôle de gestion. Ces constats sont synthétisés dans le tableau ci-dessus :

Tableau 3 : Récapitulatif des apports des théories de management sur le développement du modèle de pilotage.

Théories de management	Apport pour le contrôle de gestion
Lean Management	– Le contrôle de gestion n'est pas vu comme un mécanisme de maîtrise des coûts et la performance de l'entreprise ne se limite pas à la maximisation de la valeur ; – Le contrôle de gestion est un processus de pilotage des activités et la performance est appréhendée à partir de la satisfaction des clients (délais, prix, qualités, etc.).
Théorie des relations humaines	– Le contrôle de gestion est moyen pour stimuler les acteurs de l'organisation autour de l'objectif fixé.
L'approche de régulation sociale	– Le contrôle de gestion est appréhendé comme un mécanisme de structuration des jeux d'acteurs permettant de stimuler les processus d'appropriation et de développement des règles sociales.
L'approche systémique	– Le contrôle de gestion se présente comme un système qui relie les différentes activités du processus organisationnel ; – Le contrôle de gestion est constitué par des sous-systèmes permettant d'organiser l'effet de rétroaction nécessaire et permet de provoquer des actions correctrices, mesurer les résultats, l'efficacité des ressources allouées et de fournir les informations nécessaires à la prise de décision.
L'approche décisionnelle	– Le contrôle de gestion est envisagé comme un outil de coordination entre les acteurs et de cohérence de leurs décisions ;

	– Le contrôle de gestion intervient sur le plan de la production de l'information nécessaire pour la prise de décision.
Théorie évolutionniste	– Le contrôle de gestion est un moyen de développement des nouvelles capacités organisationnelles.

Source : Auteur.

En somme, la recherche de l'amélioration continue de la performance organisationnelle, la maîtrise des coûts ainsi que les critiques adressées au déploiement des dispositifs du contrôle de gestion classique ont conduit à appréhender le contrôle de gestion comme processus global de pilotage de la performance. Cela a donné naissance au développement de nouvelles pratiques plus sophistiquées normalisées de pilotage plutôt que de surveillance qui répondent pleinement aux exigences de l'environnement actuel des affaires et aux ceux des managers.

De surcroît, la dynamique de l'environnement des affaires interpelle les organisations à assurer un équilibre entre les activités de l'exploitation et de l'exploration. Le premier niveau d'activité repose sur un management de type « top down » alors que le deuxième insiste sur un type de management participatif dit « Bottom up ». La prise en compte de la complexité liée à la gestion de ces deux niveaux d'activités suppose un contrôle de gestion qualifié « ambidextre » qui combine les deux niveaux d'activité.

Sous-section 3 : Le contrôle de gestion : une nécessaire cohabitation entre les deux modèles.

La dynamique de l'environnement des affaires interpelle les organisations à gérer le dilemme qui concerne à la fois l'équilibre entre la flexibilité opérationnelle et stratégique. Selon Kasperskaya et Tayles³⁶, aucune organisation ne peut être considérée comme représentant purement des valeurs de contrôle ou de flexibilité, mais elle est plutôt positionnée entre le continuum (ensemble homogène) de contrôle-flexibilité. De ce fait, la question de l'équilibre entre les activités d'exploitation et d'exploration se pose fortement.

Les organisations dominées par les valeurs de contrôle se caractérisent, en principe, par la stabilité et la bureaucratie, mettent l'accent sur la productivité et l'efficacité. Elles assurent un contrôle strict des opérations, des canaux de communication structurés et des flux d'information restreints (modèle classique de contrôle).

Concrètement, les dirigeants de ces organisations exploitent leur système de contrôle de gestion en se focalisant sur la dimension technique et calculatoire du contrôle dont la finalité est la régulation. Toutefois, les organisations qui font recours au modèle de pilotage, basé sur une approche par les processus, favorisent la flexibilité, l'ouverture et l'adaptation aux changements. Dans ce sens, Henri³⁷, stipule que ces organisations emploient des dispositifs pour favoriser l'innovation, le travail d'équipe, l'engagement vers l'action, le développement des nouvelles synergies, le dialogue et l'interactivité.

Les apports de la théorie de la contingence sont également importants pour notre problématique. Le contrôle de gestion est contingent selon le contexte où il se situe. Il doit faire face à des facteurs de contingence pour s'adapter au contexte et se perfectionner. Sa mise en place nécessite des analyses préalables de l'organisation (diagnostic de l'organisation). Le choix entre les deux modèles de contrôle de gestion dépend d'un diagnostic initial de la situation de l'entreprise et d'un pronostic sur les ressources en interne. La cohabitation entre les deux modèles génériques en contrôle de gestion s'impose en dernier ressort.

Il incombe au préalable d'analyser les principes et l'intérêt de la théorie contingente. Ensuite, nous aborderons ses conséquences sur l'évolution du contrôle de gestion ainsi que les arguments justifiant la

³⁶ Kasperskaya, Y., & Tayles, M., (2013). The role of causal links in performance measurement models. *Managerial Auditing Journal*, volume 28, pp: 426–443.

³⁷ Henri, J.-F., (2006). Op. Cit, pp: 529 –558.

cohabitation entre les deux modèles génériques de contrôle. Finalement, nous orientons notre réflexion vers la question du contrôle de gestion « ambidextrie ». À cette fin, nous nous appuyons sur les travaux de Simons publiés en 1995 et portant sur la mobilisation simultanée des différents leviers de contrôle, opposant notamment les systèmes de contrôle diagnostique et les systèmes de contrôle interactif.

1 La théorie de la contingence et contrôle de gestion : principes et intérêt

Dans un premier temps nous analyserons l'apport théorique de l'approche contingente pour évoquer en suite son intérêt pour le contrôle de gestion.

1.1 Les principes de la théorie contingente et contrôle de gestion

Les théories contingentes, insistent sur l'incidence des variables liées à l'environnement sur le comportement des organisations. Elles recherchent une solution satisfaisante pour une entreprise spécifique dans un contexte particulier. Elles abandonnent ainsi l'idée d'une bonne et unique solution. La solution peut varier selon la situation.

L'organisation est soumise à des facteurs de contingence, c'est à dire des éléments propres à une entreprise, qui évoluent avec elle et qui influencent ses choix et ses actions.

Plusieurs facteurs de contingence sont repérables. Mais les facteurs les plus fréquemment relevés dans la littérature sont la technologie, l'incertitude liée à l'environnement, la taille, l'activité, la structure et l'âge.

Les théories contingentes apportent un éclairage nouveau aux théories des organisations en cherchant à comprendre les raisons des correspondances entre le type d'environnement et la forme de la structure et le lien avec la performance. Sur ce dernier point, elles présentent un caractère normatif évident.

Les relations entre l'environnement et le contrôle ne sont pas toujours clairement établies même si la majorité des études semblent montrer une utilisation des budgets dans des environnements prévisibles et stables. Aucune de ces études ne montrent clairement pourquoi les budgets sont utilisés dans des environnements stables. L'étude de la relation environnement -contrôle n'est donc pas été poussée à son term

Il n'est plus possible donc de considérer le contrôle de gestion comme un outil standard³⁸ pour toutes les organisations.

Le contrôle de gestion doit s'adapter aux besoins d'information de l'organisation et ne doit pas être appliqué de la même manière dans toutes les organisations.

H .Bouquin souligne « qu'à l'idée de contingence, c'est-à-dire d'un caractère conditionnel et relatif de l'organisation, il faut peut-être substituer aujourd'hui un caractère conditionnel et relatif du contrôle par rapport aux types d'organisation ». ³⁹ L'apport théorique de l'approche contingente étant explicité, quel est son intérêt pour le contrôle de gestion ?

1.2 L'intérêt des approches contingentes pour le contrôle de gestion

L'intérêt des approches contingentes est de manifester la capacité du contrôle à s'adapter à des situations plus incertaines et plus complexes et à se renouveler. Le modèle du contrôle de gestion taylorien⁴⁰ s'adaptait au contexte de l'époque où le problème majeur était la maîtrise d'organisations simples et assez semblables. Or la complexité est manifeste dans les organisations de nos jours.

D'autre part, les approches contingentes présentent un autre intérêt : elles permettent de procéder à des analyses de l'organisation préalables à la mise en place du contrôle, souligne P. Pariente.⁴¹ Le contrôle peut ainsi mieux s'adapter et ne pas apparaître comme un modèle rigide qui sera forcément rejeté par l'environnement et les acteurs de l'organisation.

Il convient de faire une analyse du fonctionnement concret de l'organisation, d'où la nécessité de bien connaître les priorités, le réseau des équilibres des pouvoirs, les contraintes, les projets et aussi les facteurs clés de succès.

A partir de cette analyse, on pourra construire des outils adaptés aux problèmes posés et éviter que le contrôle ne soit, comme il l'a été autrefois en entreprises et comme il l'est encore parfois, une collecte des données inutile en l'absence d'une sélection des informations pertinentes. La première étape de la

³⁸ JELLOULI Tarik. (2011) « Contrôle de gestion et pilotage dans le secteur public : cas des établissements publics marocains ». Thèse de Doctorat, Thèse université Mohamed V-Agdal.

³⁹ BOUQUIN H, « le contrôle de gestion », PUF, 1997

⁴⁰ Il s'agit d'une approche mécaniste se basant sur les normes comptables notamment.

⁴¹ PARIENTE P : « les approches contingentes en contrôle de gestion ». Faire de la recherche en contrôle de gestion, 1999, ENEGE, p 83

mise en place d'un contrôle de gestion consiste dans la réalisation d'un diagnostic. Il s'agit de l'analyse de fonctionnement de l'organisation, une analyse des priorités et des intentions qui poussent éventuellement à l'évolution du mode de gestion.

Ce diagnostic vise à définir les responsabilités de chacun et en particulier des principaux dirigeants ; et à analyser les pratiques actuelles en matière de fixation des objectifs et de distribution de responsabilités. Ce diagnostic doit permettre de mettre en avant les facteurs clés de succès ou d'échec et les réalités des mécanismes de pouvoir au sein de l'organisation publique. Il permet de faire émerger des représentations qui aident ensuite à l'adaptation du système de contrôle de gestion.

La deuxième étape porte sur la formation des principaux agents aidant à cette mise en place et leur implication dans un projet global. Mais auparavant, le contrôle de gestion a besoin d'une orientation⁴² :

- ❖ Fixer des objectifs clairs (missions essentielles) ; il s'agit de s'assurer que les objectifs, les plans et programmes, les budgets sont bien sous contrôle et que chaque responsable peut se rendre compte qu'il va vers la direction qu'il s'est fixée, dans des conditions favorables.
- ❖ A partir de la fixation des objectifs et grâce au diagnostic, mettre en évidence les facteurs clés de succès. L'existence et l'efficacité du contrôle de gestion seront les fruits d'une bonne analyse du processus de transformation qui permet, par la mise en œuvre de moyens, d'atteindre les buts que l'on s'est fixés.

A cette phase-là, la mise en œuvre d'outils adaptés paraît indispensable. Il est question que les responsables veillent sur les facteurs clés que l'on désire mesurer. A titre d'exemple, les indicateurs rassemblés dans des tableaux de bord permettent au responsable de suivre la poursuite de l'objectif fixé. L'adaptation des outils est donc un corollaire des analyses menées.

2 Les approches contingentes et l'évolution du contrôle de gestion.

Les conséquences des approches contingentes sur l'évolution du contrôle de gestion peuvent être résumées dans :

- ❖ L'adaptation de l'outil de contrôle de gestion au contexte ;
- ❖ La nécessité d'une cohabitation entre les deux modèles génériques de contrôle de gestion.

⁴² PARIENTE P. Op Cit. p 85

2.1 L'adaptation de l'outil au contexte

Face à la contingence, le contrôle de gestion est conduit à une évolution en adaptant ses outils aux nouveaux contextes auxquels il est confronté. Certaines organisations complexes ont admis la neutralité des outils de contrôle de gestion. Toutefois, cette neutralité des outils est contestable : On peut chercher les outils qui s'adaptent le mieux au contexte que l'on analyse⁴³ Il s'agit de chercher les explications sur les choix effectués quant aux outils. Exemple : pour les établissements publics marocains les tableaux de bord s'avèrent mieux adaptés et plus favorables à l'apprentissage du contrôle par les acteurs.

Relativement au contrôle transposé aux organisations publiques, deux éléments sont confondus, à savoir la préoccupation du contrôle et ses outils. La préoccupation de contrôle ou, en d'autres termes, la maîtrise de sa gestion doit être commune à toutes les formes d'organisation, que ce soient des entreprises, des collectivités publiques ou d'autres. En revanche, les outils du contrôle de gestion tels qu'ils se sont développés dans les entreprises sont cohérents avec la finalité de l'entreprise, plus particulièrement le profit et la rentabilité, mais ne sont pas nécessairement adaptés aux établissements publics. Il ne faut donc pas confondre la préoccupation de contrôle, incontestable, avec les outils du contrôle, qui sont eux contingents.

L'adaptation du système de contrôle de gestion aux besoins des utilisateurs favorise l'adhésion de ces derniers à la logique de résultat.

La recherche des outils qui s'adaptent au contexte crée une difficulté pour situer les modes de représentation du contrôle de gestion, préalables à son adoption : la mesure de la performance ou le pilotage. C'est la deuxième conséquence des approches contingentes en contrôle de gestion : « les fondements du contrôle de gestion subissent une transformation, et l'émergence de nouveaux concepts ne peut résulter que de nouvelles méthodologies d'analyse »⁴⁴souligne Pariente.

2.2 La cohabitation entre les deux modèles génériques de contrôle de gestion

Selon Meyssonier, le contrôle de gestion peut prendre deux orientations : une orientation organisationnelle et une orientation économique.

⁴³ PARIENTE P : Op. Cit. p 87

⁴⁴ PARIENTE P : Op. Cit. p 87

Tableau 4 : Orientations possibles du contrôle de gestion.

	Orientation organisationnelle	Orientation économique
Objectif	Convergence des comportements sur la durée	Mise à plat des procédures, des processus et reconfiguration optimale
Moyen principal	Apprentissage, comémorisation, implication	Mesure comparée des performances, des coûts, des délais, etc.
Outils fondamentaux	Sociologie des organisations, cartes cognitives, etc.	Modèles économiques, outils d'analyse des coûts, et de gestion, etc.
Nature du contrôle de gestion	Langage managérial commun fondant l'identité de l'organisation (l'être)	Assurance-qualité des décisions de gestion (le faire)
Exemples d'actions	Actions sur la qualité, Projet d'entreprise, groupes de projet, gestion des carrières	Analyse de la valeur, benchmarking, target costing

Source : F. Meysonnier⁴⁵(1996).

L’auteur ajoute que le passage du contrôle de gestion axé sur la mesure à un pilotage de gestion fondé d’abord sur les représentations des agents mérite probablement d’être nuancé.⁴⁶

D’abord, le contrôle de gestion peut être conçu comme le moyen d’assurer la convergence des comportements des acteurs afin d’atteindre les buts fixés par l’organisation. Il s’agit de faire évoluer les personnes actuelles pour améliorer les méthodes de gestion par un mécanisme d’apprentissage : actions

⁴⁵MEYSSONNIER.F :« Au cœur du contrôle de gestion : la mesure ». Faire de la recherche en contrôle de gestion-FNEGE.1996, p 53.

⁴⁶ MEYSSONNIER.F .Op Cit . p 56.

de qualité, groupes de progrès, utilisation des budgets. Ensuite, le contrôle de gestion a pour question primordiale la mesure comparée de la performance.

Pour l'auteur, le choix entre les deux axes dépend d'un diagnostic initial de la situation de l'entreprise (son histoire, son contexte, ses problèmes. etc) et d'un pronostic sur les ressources disponibles en interne⁴⁷. A partir de là, on peut décider d'améliorer une situation existante en s'appuyant sur les acteurs actuels ou on peut préférer une stratégie de rupture qui consiste à reconfigurer les processus de l'entreprise parfois en se passant des acteurs en place.

Dans le premier cas, la convergence des représentations des acteurs est le problème central du pilotage, dans le second cas, la question primordiale étant celle de la mesure comparée des performances.

Toutefois, peut-on contrôler s'il n'existe pas une modélisation de référence acceptée de tous ?

Selon F. Meyssonier⁴⁸ il est possible de piloter sans forcément avoir une représentation réellement partagée par tous de l'organisation.

Alain Burlaud dans ses écrits sur le contrôle de gestion dans les organisations publiques soulève le problème des difficultés de modélisation dans les entités à fonctionnement complexes et à finalités multiples. Un certain nombre de grandes organisations publiques sont dans une situation telle qu'il semble illusoire d'essayer d'établir une vision unique acceptable par tous de leur mission et de leur fonctionnement.

Il ne semble pas que l'absence d'image unique et partagée de l'organisation empêche le contrôle de cette organisation. Pour l'auteur, il suffit d'avoir un ensemble d'éléments communs sur lesquels les approches différentes des acteurs de l'organisation vont se recouper. Cette zone d'intersection permettra un minimum de consensus et justifiera l'utilisation d'outils et la construction de système d'information sur lesquels les acteurs accepteront de rendre compte.

Pour Lorino, le pilotage ne s'exerce pas directement sur l'action mais sur l'interprétation des membres de l'organisation afin d'orienter leur comportement. Estimant qu'il faut comprendre et connaître les activités de l'organisation, la mesure n'étant qu'un élément du pilotage parmi d'autres, Lorino est amené à insister sur le fait que le pilotage porte sur une chaîne de jugements individuels et collectifs sans

⁴⁷ Prendre en considération les acteurs ou se passer de ces acteurs.

⁴⁸ MEYSSONNIER F .Op. Cit. . p56-58.

concepteur d'ensemble⁴⁹. Du coup, l'auteur n'aborde pas les moyens d'évaluer la qualité des représentations, ce qui peut diluer les responsabilités individuelles dans les choix effectués par l'entreprise.

Pour lui, la représentation est collective, l'évaluation du succès et de l'échec du processus se fait dans une perspective d'apprentissage et non de jugement individuel, ce qui néglige la responsabilité individuelle des acteurs (pratique de reporting) et intègre d'autres pratiques.

Selon F. Meyssonier, il est possible d'adhérer totalement au point de vue de Lorino lorsqu'il aborde le pilotage par processus (qu'il propose de substituer au contrôle de gestion traditionnel), que la responsabilisation est collective et que l'évaluation du succès et de l'échec du processus se fait dans une perspective d'apprentissage et non de jugement individuel. Mais l'auteur regrette que cette analyse ne met pas l'accent sur la responsabilité individuelle des acteurs (et les pratiques de reporting) et intègre difficilement certaines pratiques actuelles de type reengineering ou benchmarking (ou la mesure comparée des performances est centrale).

Selon P. Pariente, « le contrôle de gestion dans les établissements publics apparaît ainsi à la recherche d'une légitimité qui dépasse la phase première de l'utilisation des outils. En même temps, en faire un système de communication et d'animation n'est pas une façon de lui donner cette légitimité ».⁵⁰

L'approche de P. Besson semble pour F. Meyssonier la plus satisfaisante : « L'organisation est un champ d'action structuré par un système de représentation. Ce système de représentations se compose d'un ensemble de schémas de performance exprimant des théories du processus de production et de schémas de responsabilité structurant le territoire de l'acteur. ».⁵¹

Ainsi, les deux aspects du contrôle sont importants : les représentations et les responsabilités. Le deuxième aspect du contrôle (la responsabilité) est aussi important que le premier (la représentation). Si l'accent mis sur les processus est nécessaire, il ne doit pas conduire à sous-estimer l'aspect mesure (financière, physique, de qualité..). Il est réducteur selon Meyssonier, de cantonner le contrôle de

⁴⁹ MEYSSONNIER F .Op. Cit.

⁵⁰ PARIENTE P. Op Cit. p 84

⁵¹ BESSON. P, « Les opérations de contrôle, contribution à la théorie et à l'ingénierie du contrôle d'organisation », thèse, université Lyon II, 1989.

gestion au partage des représentations entre les membres de l'organisation dans le cadre d'un pilotage des processus.⁵²

Par ailleurs, le contrôle de gestion est fondé sur la mesure et qu'il ne peut être qu'analytique. L'avenir du contrôle de gestion n'est pas l'abandon de la mesure mais dans son application à des champs différents⁵³ (temps, qualité, etc.).

3 Les leviers de contrôle de Simons : un modèle de contrôle de gestion ambidextre.

Les mécanismes des deux archétypes culturels de contrôle associés aux deux modèles de contrôle de gestion sont nécessaires pour gérer efficacement une organisation dont l'activité est basée à la fois sur l'exploitation et l'exploration. Force est de constater que trop de contrôle supprimera l'apprentissage et l'adaptation aux changements, rendant impossible la survie d'une organisation dans un environnement dynamique, alors qu'une grande flexibilité permettra à l'organisation de perdre son orientation stratégique et ne parviendra pas à mettre en œuvre des innovations dues à la distraction.

Le contrôle de gestion « ambidextre » peut être employé pour gérer la tension entre ces deux dimensions à savoir la flexibilité stratégique favorisant l'innovation, l'apprentissage organisationnel et la flexibilité opérationnelle permettant de suivre la réalisation des objectifs de la stratégie délibérée. Ce

constat est confirmé par Olivier⁵⁴ en stipulant que le système de contrôle de gestion est utilisé non seulement pour assurer un contrôle restrictif strict, mais également pour planifier, prendre des décisions, motiver, coordonner, communiquer, apprendre, donner des opinions et s'adapter aux changements environnementaux.

Fortement ancré dans les travaux portant sur l'ambidextrie, Robert Simons distingue quatre leviers de contrôle qui, loin d'être anoniques, peuvent au contraire utiliser de manière complémentaire et faire système au sein d'un dispositif global de contrôle de gestion :

- ❖ **Les systèmes de croyances**, portant sur un ensemble explicite de valeurs organisationnelles que les dirigeants communiquent formellement et renforcent de manière systémique, en vue de

⁵² MEYSSONNIER F .Op.Cit .

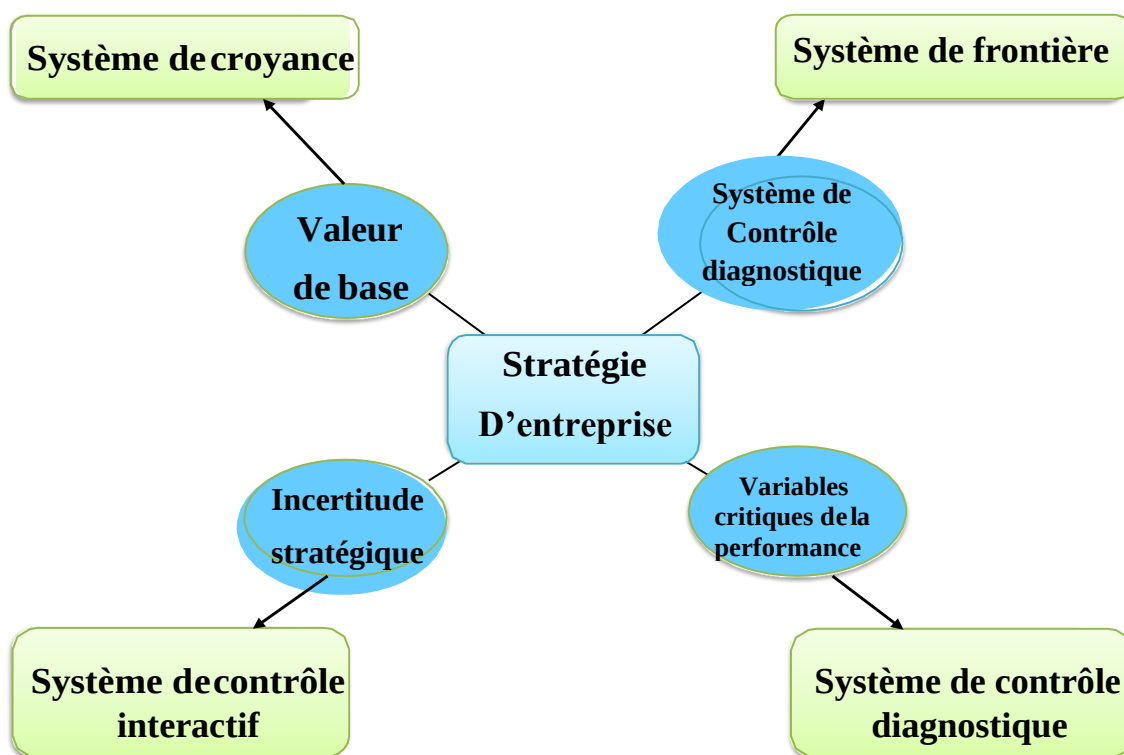
⁵³ JELLOULI Tarik. (2011)« Contrôle de gestion et pilotage dans le secteur public :cas des établissements publics marocains ». Thèse de Doctorat, Thèse université Mohamed V-Agdal.

⁵⁴ Oliver, J., (2009). Continuous improvement: role of organizational learning mechanisms. *International Journal of Quality & Reliability Management*, volume 26, pp: 546–563.

fournir et de développer une culture et des buts organisationnels susceptibles de fournir une orientation commune ;

- ❖ **Les systèmes de limites**, qui portent sur la délimitation des frontières d'activités stratégiques et focalisent l'attention des gestionnaires sur les risques à éviter ;
- ❖ **Les systèmes de contrôle diagnostique**, qui portent sur la maîtrise des variables critiques et présente la forme la plus classique du contrôle de gestion, fondé sur le contrôle a posteriori des résultats leur comparaison à des standards, l'adoption des mesures correctrices ;
- ❖ **Les systèmes de contrôle interactifs**, centrés sur les incertitudes stratégiques et orientés vers la recherche d'opportunités et l'émergence de nouvelles stratégies.

Figure 3 : Les leviers de contrôle.



Source: Simons. R (2000). Performance measurement and control systems for implementing strategy. Upper Saddle River. Pearson. (Traduction libre).

Au-delà des systèmes de croyances et des limites, c'est plus particulièrement sur l'opposition entre le système de contrôle diagnostique et interactif que se construit une dialectique entre une logique de régulation et celle de l'apprentissage. Cette distinction entre le contrôle diagnostique et interactif traduit désormais l'opposition entre les deux modèles de représentation du contrôle de gestion : **le modèle classique** de contrôle de gestion basé sur une régulation cybernétique, qui consiste en une approche de contrôle par la dimension financière et celui de **pilotage** qui s'appuie sur une vision élargie de contrôle

de gestion utilisé d'une manière interactive à des fins d'apprentissage organisationnel. Cette distinction traduit également deux visions de la stratégie : les contrôles diagnostiques abordent la stratégie comme un plan (***Strategy as a plan***), tandis que les systèmes de contrôle interactifs envisagent la stratégie comme des modèles en actions (***strategy as patterns in action***).

Concrètement, le modèle de contrôle de gestion classique fait appel à une utilisation diagnostique des pratiques du contrôle de gestion (plans d'action, budgets, tableaux de bord, systèmes du reporting, etc.). En revanche, le modèle de pilotage fait appel à une utilisation plus interactive de ces outils favorisant un management participatif, l'interaction, le partage de l'information par des processus de type Bottom-up.

4 Le contrôle de gestion ambidextre : une conciliation entre le mode d'usage interactif et diagnostique des systèmes de contrôle

Traditionnellement, le système de contrôle de gestion classique est fondé sur un contrôle rigide et à une bureaucratie accrue. Pour Parsons. B. A⁵⁵, il est considéré comme un système mécaniste, passif, coercitif et statique évolue dans un environnement stable et garanti l'existence des pratiques organisationnelles permanentes.

Généralement, ce système est souvent caractérisé par une hiérarchie rigide et est mis en œuvre selon une approche descendante puisqu'il a été initialement développé pour répondre aux besoins des organisations hiérarchiques opérant dans un environnement relativement stable. Ce type de contrôle cybernétique est caractérisé aussi par un mode d'usage particulier des outils de contrôle de gestion. Il s'agit d'une utilisation qualifiée « diagnostique » qui consiste à surveiller les objectifs fixés par les managers et à introduire les boucles de rétroaction. Plus précisément, ce mode d'usage consiste à mettre en œuvre la stratégie initiale, à assurer la surveillance des variables critiques de la performance et à mesurer des résultats obtenus. Il requiert en effet une faible attention du manager dans la mesure où seules les déviations par rapport aux résultats attendus qui sont analysés sans remettre en question la pertinence et la validité de la stratégie.

En outre, ce système de feedback est utilisé en principe pour surveiller et corriger les écarts par rapport aux standards de performance fixés en amont. Ainsi, le contrôle de gestion utilisé comme levier de contrôle diagnostique ne réfère en rien à la nature des outils de contrôle de gestion, mais à la façon de les utiliser. Tous les outils peuvent être utilisés de manière diagnostique ou interactive.

⁵⁵ Parsons, B.A., (2007). The state of methods and tools for social systems change. *American Journal of Community Psychology*, volume, 39, pp: 405–409.

Le système de contrôle de gestion utilisé comme levier de contrôle diagnostique met l'accent en particulier sur les mesures financières, et par conséquent, sur l'évaluation de la performance financière⁵⁶. Pourtant, ce mode de l'utilisation apporte peu de soutien à d'autres processus stratégiques clés, tels que la formulation et la mise à l'essai de la stratégie, processus beaucoup plus complexes et ambigus dans lesquels les organisations auraient besoin d'assistance.

Pour surmonter ces lacunes, Bhimani et Langfield-Smith⁵⁷ ont suggéré que l'utilisation diagnostique du système de contrôle de gestion soit complétée par une utilisation plus interactive pour promouvoir le développement de nouvelles configurations d'apprentissage organisationnel.

Néanmoins, un simple outil de suivi et de contrôle cybernétique devient moins pertinent dans un environnement dynamique, chose qui rend indispensable le recours à un système de contrôle de gestion qui aide à assurer un équilibre entre la flexibilité opérationnelle et stratégique. Dans ce sillage, le système de contrôle de gestion devrait être utilisé de manière interactive, en envoyant des signaux dans tous les niveaux de l'organisation pour attirer l'attention, activer le dialogue et soutenir l'émergence de nouvelles stratégies. Pour Dossi et Patelli⁵⁸, l'usage interactif permet au manager d'élargir leur champ d'action pour améliorer le partage de la connaissance sur les causes de la déviation, promouvoir la flexibilité et le changement organisationnel.

Cependant, il y a un manque de consensus sur les dimensions et les vecteurs pour opérationnaliser chaque mode d'usage⁵⁹. Pour combler ce vide, nous avons identifié un certain nombre des caractéristiques relatives aux attributs des deux modèles qui peuvent être résumés dans la Figure 4.

⁵⁶ Tung, A., Baird, K., Schoch, H.P., (2011). Factors influencing the effectiveness of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management* volume 31, pp: 1287–1310.

⁵⁷ Bhimani, A., & Langfield-Smith, K., (2007). Structure, formality and the importance of financial and non-financial information in strategy development and implementation. *Management Accounting Research*, volume 18, pp: 3–31.

⁵⁸ Dossi, A., & Patelli, L., (2010). You Learn From What You Measure: Financial and Non-financial Performance Measures in Multinational Companies. *Long Range Planning* volume 43, pp: 498–526.

⁵⁹ Franco Santos, M., Kennerley, M., Micheli, P., Martinez, V., Mason, S., Marr, B., Gray, D., Neely, A., (2007). Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal of Operations & Production Management*, volume 27, pp: 784–801.

Figure 4 : Caractéristiques du modèle classique vs Modèle de pilotage en contrôle de gestion



Source: Auteur.

La prise en compte de ces caractéristiques dans un seul modèle de contrôle de gestion permettra à l'organisation d'assurer un équilibre entre les activités d'exploitation et d'exploration.

Conclusion de la première section

Nous avons essayé de présenter une synthèse sur le sens de développement historique du contrôle de gestion. La littérature de management fait apparaître deux grands modèles en contrôle de gestion qui sont le modèle classique et celui de pilotage.

Le contrôle de gestion au sens des théories classiques apparaît comme un outil d'un point de vue de la performance financière qui assure la surveillance de ses variables critiques et la maîtrise des coûts, ce fut d'ailleurs l'un de ses objectifs historiques. Pour cette finalité, plusieurs outils ont été développés : la comptabilité analytique pour suivre et optimiser la rentabilité des produits et des activités, les budgets pour mesurer et prévoir les coûts des investissements ainsi que les retours sur investissements (ROI) et les tableaux de bord classiques pour suivre les indicateurs de la performance financière. Généralement, ce paradigme privilège l'organisation comme un ensemble des fonctions et repose sur un type de contrôle cybernétique qui consiste en une approche exclusive par la dimension financière, ainsi qu'en un mode d'usage diagnostique des outils. En outre, ce modèle apparaît valable pour les organisations qui agissent dans un contexte relativement stable.

Le modèle de pilotage est un modèle important d'un point de vue stratégique. Il assure la mise en oeuvre de la stratégie en fixant des objectifs et en veillant à la convergence des buts de chacun, mais il est également un levier d'émergence de nouvelles stratégies. Il présente un intérêt pour garantir l'efficacité opérationnelle, puisque les managers prennent appui sur les outils de contrôle de gestion pour suivre et piloter leur service en vue d'atteindre les objectifs fixés par la direction ce qui permet de garantir la performance financière et non financière. Au contraire du modèle classique, ce modèle privilège l'organisation comme un processus et repose ainsi sur un mode d'usage de type interactif et apparaît valable pour les organisations qui agissent dans un contexte en changement permanent.

La prise en considération des spécificités des organisations transversales et de la dynamique de l'environnement des affaires a conduit certains chercheurs à se focaliser sur le contrôle de gestion « ambidextre » qui permet une conciliation entre le mode d'usage diagnostique et interactif des systèmes de contrôle. Cette conciliation permet de soutenir à la fois les activités de l'exploitation et de l'exploration.

Section 2 : le cadre conceptuel du contrôle de gestion et performance organisationnelle.

Après avoir exposé les fondements théoriques du contrôle de gestion, nous abordons dans cette deuxième section son cadre conceptuel. Dans un premier temps, nous procédons à la définition du contrôle de gestion, ses objectifs et ses outils. Certes, le tableau de bord (objet de cette recherche) est considéré comme un outil du système de contrôle de gestion mais il ne peut pas être le seul instrument représentatif de ce système. Pour cette raison, nous avons jugé utile d'inclure les mécanismes du contrôle de gestion englobant tous les outils menant à la performance. Ensuite, nous aborderons les fondements théoriques ainsi que les études empiriques relatives au lien entre le contrôle de gestion (et ses outils) et la performance organisationnelle.

Sous-section 1 : Le contrôle de gestion : un essai de définition.

Définir le contrôle de gestion est un exercice particulièrement difficile, surtout avec les conceptions exposées dans divers ouvrages qui recouvrent des notions variées. Tantôt l'expression contrôle de gestion reçoit une acception si large qu'il devient difficile de faire la différence avec la gestion ou avec le contrôle en général ; tantôt au contraire, cette expression est interprétée d'une manière tellement restrictive où l'on pourrait imaginer que cette fonction se limite à la mise en œuvre des méthodes et d'outils. D'où, pour cerner la notion de contrôle de gestion, il faut d'abord mettre l'accent sur son évolution, ses définitions, et enfin ses objectifs.

1 Le contrôle de gestion émerge d'un concept :

La fonction de contrôle de gestion est apparue avec les circuits économiques d'échange et de production qui ont marqué le monde des affaires. On peut distinguer trois époques qui correspondent à son évolution avec des différentes formes qui ne portent pas son nom⁶⁰.

1.1 La comptabilité industrielle

La fonction de contrôle de gestion a été considérée comme un contrôle au vrai sens du terme, autrement dit, une forme de « contrôle-sanction » et un rôle de surveillance que H. Fayol (1918) a décrit dans ses travaux pour s'assurer de l'adéquation entre une norme préétablie et le résultat d'une action. La sanction, positive ou négative, était le résultat de ce contrôle⁶¹.

⁶⁰ Burlaud, A., & Claude J, S. (2013). « Le contrôle de gestion » (3e édition). La Découverte.

⁶¹ Boisselier, P., Chalençon, L., Doriol, D., Du jardin, Philippe, Mard, Y., & Mayrhofer, U. (2013). Contrôle de gestion. VUIBERT.

Au début du XIX^{ème} siècle, le contrôle de gestion a commencé à émerger concrètement avec l'avènement de la grande entreprise industrielle. Durant cette époque, l'économie de l'échange qui a été entre les individus est devenue une économie de la transformation de masse avec des usines et de la production. L'identification du prix de la matière première et du prix de la tâche effectuée par l'emploi de machines dans certaines proportions était difficile, par conséquent, la compréhension des situations des profits et des pertes devient impossible.

L'évolution des appellations a un sens, car à cette époque, on parle de de la comptabilité industrielle. Avec le développement industriel durant ce siècle, les gestionnaires ont utilisé la comptabilité industrielle pour une mesure des coûts des processus de production et une fixation des prix en tenant compte de la concurrence, elle leur a aidé dans un volet plus stratégique⁶²

1.2 L'apparition du Management scientifique (1853-1915)

Avec l'OST (Organisation scientifique du travail) de F. Taylor, la pratique de la comptabilité s'affine de plus en plus avec la segmentation des activités, l'introduction des normes d'où le calcul des écarts et la gestion par les exceptions ont été tirés (coûts standards, coûts préétablis), et la mise en harmonie entre l'intérêt personnel avec l'intérêt collectif de l'organisation en utilisant le système de primes.

La comptabilité est devenue analytique d'exploitation et elle a dépassé les entreprises industrielles en s'étendant à toutes les organisations avec un aspect opérationnel prédominant. Dans ce contexte, le point mort ou le point d'équilibre est apparu dans le calcul économique aux États-Unis en 1903 et Louis Renault, le fondateur de l'empire industriel Renault, a commencé à appliquer les principes tayloriens dans un atelier d'outillage composé de 150 ouvriers en 1909, mais la hausse des coûts de structure a été la cause d'abandon en 1912.

1.3 L'apparition des grandes structures conglomerales :

Les premiers principes du contrôle de gestion sont apparus aux États-Unis et en Europe. En 1910, le raisonnement en coût variable a émergé, par la suite, le concept du Return on Investment (ROI) a été introduit par le groupe chimique américain Du Pont de Nemours and Co. en 1912, puis les recherches de Gantt (1915) interviennent en portant sur un traitement des charges de structure qui deviendra l'imputation rationnelle des charges fixes.

⁶² Alazard, C., & Sépari, S. (2010). *DCG 11—Contrôle de gestion -Manel et applications* (2ème édition). Dunod.

Au début de la décennie 1920, le contrôle de gestion qu'on entend aujourd'hui est né avec General Motors que sa taille augmentait de plus en plus en rachetant des différentes marques. General Motors saisissait les grandes opportunités des marchés émergents avec des stratégies et des produits diversifiés. Leurs actionnaires ont exigé un pilotage serré des performances financières, ce qui a mené à une évolution des structures d'organisation. Ils ont créé des divisions autour de chaque marque ou de chaque site de production. Ce contrôle de division s'est intitulé : le modèle Sloan-Brown, vu que Alfred P. Sloan était le président de General Motors pour une durée d'à peu près 30 ans et Donaldson Brown était vice-président de General Motors. Il a été introduit par les dirigeants de Du Pont de Nemours qui sont actionnaires de General Motors, et il s'est basé sur le contrôle des coûts et des revenus avec une décomposition du circuit économique de transformation et de financement en plusieurs divisions interconnectées mais chacune redevable d'une rentabilité locale.

En 1923, les budgets commerciaux de General Motors ont commencé à être mensualisés et ils ont introduit les budgets flexibles. Par la suite, l'état de leurs commandes et de leurs stocks ont remonté rapidement et leurs procédures de prévision ont connu une amélioration.

A partir de 1930, les pratiques commencent à se répandre dans des autres organisations comme la société française Alsthom et l'entreprise française Saint-Gobain qui ont adopté la structure par division.

En effet, différents travaux de plusieurs auteurs ont mis l'individu au centre de l'organisation, comme Abraham Maslow qui a proposé la pyramide des besoins en 1954, Mc Gregor Douglas qui a publié sa théorie Y dans les années 1960, Antony Robert qui a formalisé la relation entre le contrôle et la stratégie en 1965, Thomas Johnson et Robert Kaplan qui ont construit un modèle comptable qui se base sur les coûts d'activité en 1987, et Robert Kaplan et David Norton qui ont fait apparaître le tableau de bord ou le Balanced scorecard.

Ces repères historiques font du contrôle de gestion une discipline très étendue qui n'est pas aisée à définir. Déjà, les définitions du contrôle de gestion dans la littérature sont multiples.

2 Les définitions du contrôle de gestion

Dans toute organisation, le contrôle de gestion est utilisé pour le déploiement de la stratégie ainsi que son exécution par tous ses membres. Influencé par les courants comportementaux, le contrôle de gestion moderne s'est étendu au-delà de ses fonctions traditionnelles décrites comme instrumentales, pour devenir un outil global de pilotage des organisations. Plusieurs auteurs partagent cette réflexion⁶³.

Pour dépasser l'ambiguïté abordée ci-dessus, le contrôle de gestion peut rejoindre l'approche anglo-saxonne du « Management Control » qui caractérise les systèmes de contrôle par :

⁶³ Bouquin, H., 2010. Le contrôle de Gestion, 9e éd. Paris: Édition PUF.

- « Un aspect formel à travers des règles, procédures, mesures de la performance et plans d'incitations destinés à influencer sur le comportement des managers et des employés. Ces systèmes de contrôle sont eux-mêmes constitués de différents sous-systèmes (système d'information comptable, système de contrôle qualité...) dont la nature peut parfaitement être transversale⁶⁴

-Un aspect informel qui inclut les aspects humains, telles que les valeurs, la loyauté, la culture organisationnelle [...], les normes non écrites en matière de comportement des managers et autres employés⁶⁵ »

Dans ce contexte, le contrôle de gestion peut être défini en tenant en compte des niveaux de contrôle qui ne se limitent pas à une hiérarchie des décisions, mais aussi en fonction de processus de décision. La définition peut être divisée en deux, une qui est plus technique et liée à son utilité, et une autre plus large et liée à la dimension comportementale du contrôle.

La première définition revient à Robert Newton Anthony, (1965) : « *Le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation* ⁶⁶».

La deuxième définition revient à Grenier (1990) : « *Le contrôle de gestion cherche à concevoir et à mettre en place les instruments d'information destinés à permettre aux responsables d'agir en réalisant la cohérence économique globale entre objectifs, moyens et réalisations. Il doit être considéré comme un système d'information utile au pilotage de l'entreprise, puisqu'il contrôle l'efficacité et l'efficacité des actions et des moyens pour atteindre les objectifs* ». Il a ajouté la notion du « système d'information », la dimension comportementale doit être ajoutée pour compléter la définition.

Anthony l'a déjà cité : « *Le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation*⁶⁷ ».

⁶⁴ Boisselier, P., Chalençon, L., Doriol, D., Du jardin, Philippe, Mard, Y., & Mayrhofer, U. (2013). *Contrôle de gestion*. VUIBERT.

⁶⁵ Idem

⁶⁶ Anthony, Robert Newton. (1965). *Planning and Control Systems : A Framework for Analysis*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

⁶⁷ Anthony, Robert N. (1988). *The management control function* . Harvard business school press,(Traduction française : La fonction contrôle de gestion. Paris, Publi-union, 1993).

Durant la même décennie, (Simons, 1995)⁶⁸ a conçu le contrôle de gestion comme « *un ensemble circonstanciel* » : « *les processus et les procédures fondés sur l'information que les managers utilisent pour maintenir ou modifier certaines configurations des activités de l'organisation* »⁶⁹

En outre, R. Simons a distingué quatre leviers de contrôle qui sont complémentaires et font un système au sein d'un dispositif global de contrôle de gestion :

- ❖ Les systèmes de croyance qui sont constitués par des valeurs organisationnelles qui doivent être communiquées et renforcées d'une manière formelle par les dirigeants afin de pouvoir avancer par les buts organisationnels avec une orientation commune,
- ❖ Les systèmes de délimitation qui mettent le point sur les choses qui présentent des risques et que les dirigeants doivent éviter,
- ❖ Les systèmes de contrôle diagnostic ou cybernétiques, qui présentent la forme classique du contrôle de gestion basée sur la comparaison des résultats et objectifs pour corriger les écarts aux standards. Ils portent sur la maîtrise des facteurs clés de performance,
- ❖ Les systèmes de contrôle interactif focalisés sur les incertitudes stratégiques, ils visent la recherche des nouvelles stratégies.

En effet, La définition du contrôle de gestion a évolué au fil des ans, passant d'une définition axée sur la fourniture d'informations formelles et quantifiables sur le plan financier pour aider les gestionnaires à prendre des décisions, à une définition qui englobe une portée beaucoup plus large de l'information. Cela comprend l'information externe liée aux marchés, aux clients, aux concurrents, à l'information non financière, et à une vaste gamme de mécanismes d'aide à la décision, ainsi qu'aux contrôles personnels et sociaux Chenhall (2003⁷⁰) Cependant, il existe une grande ambiguïté dans la littérature qui traite le contrôle de gestion quant à ce que l'on entend par "système" ou "package". Le concept « package » remonte à l'utilisation du terme par (D. T. Otley, 1980)⁷¹, il a été utilisé pour désigner les différentes parties d'un système global de contrôle de gestion. Ces termes ont souvent été utilisés de façon interchangeable. Cependant, certains auteurs suggèrent des différences significatives entre les deux

⁶⁸ Simons, R. (1995). *Levers of control : How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press.

⁶⁹ Chatelain-Ponroy, S., & Sponem, S. (2007). « *Evolutions et permanence du contrôle de gestion* », 8^{ème} édition.

⁷⁰ Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context : Findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2), 127-168. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00027-7).

⁷¹ Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting : Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413-428. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(80\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0361-3682(80)90040-9)

concepts (Grabner & Moers, 2013)⁷². La réponse sur cette question est peut-être liée aux relations existantes entre les pratiques du contrôle de gestion.

Selon (D. Otley, 2016)⁷³, il y a plusieurs raisons pour considérer un système de contrôle de gestion comme « package ». Premièrement, ses composants ne fonctionnent pas isolément et chacun doit être pris en compte dans le contexte des autres composants utilisés en même temps. Deuxièmement, il semble nécessaire d'envisager un ensemble global de contrôle si l'utilisation et l'impact d'un nouvel élément de ce système sont liés au fonctionnement du « package » existant. Troisièmement, seuls certains éléments du système de contrôle de gestion reposent sur la comptabilité et il faut prendre en considération leur relation avec des contrôles plus généraux (tels que les contrôles administratifs ou culturels) et la complémentarité ou la substitution de chacun dans des contextes différents. Il est considéré comme package aussi car il représente l'ensemble complet des pratiques de contrôle en place, indépendamment du fait que les pratiques de contrôle de gestion soient interdépendantes et/ou que les choix de conception tiennent compte des interdépendances (Grabner & Moers, 2013). En revanche, les pratiques du contrôle de gestion forment un système si les pratiques sont interdépendantes et que les choix de conception tiennent compte de ces interdépendances (Grabner & Moers, 2013).

3 L'évolution des outils de contrôle de gestion

Depuis vingt ans, de nouveaux outils de contrôle de gestion apparaissent régulièrement. Leurs promoteurs les présentent comme des révolutions managériales qui devraient bouleverser une méthode de management théorisée dans les années 1960 par R.N Anthony⁷⁴. La comptabilité à base d'activités (ABC) est apparue aux Etats-Unis au milieu des années 1980 par Cooper et Kaplan, en raison de l'évolution de l'environnement concurrentiel et technologiques notamment⁷⁵.

3.1 La comptabilité de gestion : du calcul à la gestion des coûts

Le calcul des coûts semble trouver naissance dans les années 30, même si le problème du calcul des coûts de revient se pose de façon beaucoup plus précoce. A cette époque, les entreprises sont des firmes dont les caractéristiques essentielles sont les suivantes :

⁷² Grabner, I., & Moers, F. (2013). Management control as a system or a package? Conceptual and empirical issues. *Accounting, Organizations and Society*, 38(6), 407-419. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2013.09.002>.

⁷³ Otley, D. (2016). The contingency theory of management accounting and control : 1980–2014. *Management Accounting Research*, 31, 45-62. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2016.02.001>. *

⁷⁴ Chatelain-Ponroy S. & Sponem S. (2007), “ Evolution et performance du contrôle de gestion”, *Revue Economie & Management*, n° 123, P13.

⁷⁵ Wegmann G. & Nozile S. (2010), “Comptabilité à base d'activité (ABC) et activités informatique : une contribution à l'amélioration des processus informatiques d'une banque”, publié dans *Echanges*

- ❖ Vente de produits homogènes, fabriqués en grandes séries ;
- ❖ Procédés de fabrication stables et homogènes ;
- ❖ Prépondérance de la fonction de production au sein de l'entreprise ;
- ❖ Importance des consommations directes dans le coût des produits ;
- ❖ Gestion taylorienne qui dissèque le travail humain dans des gammes opératoires ;
- ❖ Notion de la performance de l'entreprise identifiée à la minimisation du coût du produit.

Dans les années 1980, le modèle américain semblait ne plus capable de répondre aux exigences des grandes firmes, deux outils ont été proposés pour aider les entreprises américaines à faire face aux entreprises japonaises : l'activity based costing (ABC) et le Target Costing.

3.1.1 La méthode ABC : Une nouvelle modélisation de l'organisation

Le constat de la pertinence perdue des méthodes dites maintenant classiques de calculs de coûts a conduit la comptabilité de gestion à proposer le concept d'activité (Bouquin & Pesieux, 1999, P102). La méthode ABC a été proposée à la fin des années 1980 par des professeurs de Harvard (R. Cooper et R.S. Kaplan) et issue des travaux de CAM-I (Consortium for Advanced Manufacturing International)⁷⁶. Ce système de calcul des coûts est présenté comme une réponse à l'incapacité de la comptabilité de gestion traditionnelle à refléter l'évolution des conditions de production dans l'industrie américaine et, en particulier l'augmentation considérable des charges fixes indirectes dans les coûts de production qui rend inadaptées les méthodes de direct costing utilisées jusqu'au là⁷⁷. Cette méthode repose sur l'idée que ne sont pas les produits qui consomment les ressources de l'entreprise mais plutôt les activités. Les diverses activités de l'entreprise sont utilisées par les produits⁷⁸.

Selon Bescos et Mendoza (1994, p. 41), « l'ambition de l'ABC est d'obtenir une affectation plus pertinente basée sur l'étude des relations entre les produits, les activités et les ressources »⁷⁹ ; le concept clé de cette méthode est l'activité.

Développée dans les années quatre-vingts, cette méthode conduit à gérer des déversements de coûts pour calculer le coût de revient d'un produit. Dans cette approche, le principe général est que les ressources

⁷⁶ Jones C. & Dugale D. (2002), *"The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity"*, Accounting Organization And Society, volume 27, P 24.

⁷⁷ Chatelain-Ponroy S. & Sponem S. (2007), Op.cit. P13.

⁷⁸ Elhamma A. (2010), *"la comptabilité par activités au Maroc : une étude empirique utilisant la théorie de la contenance"*, Revue du chercheur, N°08. P40.

⁷⁹ Bescos P.L. & Mendoza C. (1994), *"Le management de la performance"*, ECM, Paris. P41.

engagées par l'entreprise permettent de réaliser des « activités », qui sont-elles mêmes consommées par les produits⁸⁰.

Cette méthode repose donc sur une vision transversale (et non pas verticale) de l'entreprise : un ensemble de tâches élémentaires cohérentes est appelé activité. « Une activité est définie comme un ensemble de tâches homogènes caractéristiques d'un processus de réalisation de la chaîne de valeur et consommateur de ressource »⁸¹.

3.1.2 Du costing ABC au pilotage ABM

Deherripon donne une intéressante définition de l'ABM⁸² : « c'est une discipline qui se fonde sur la gestion d'activités comme voie d'amélioration de la valeur reçue par le client et du profit obtenu à pourvoir à cette valeur. Cette discipline implique une analyse de vecteurs de coût, une analyse d'activités et une mesure de performances. L'ABM utilise l'ABC comme principale source d'informations ». Le management par les activités est perçu comme un développement, une amélioration de la méthode ABC.

On peut définir l'ABM comme une méthode de management de l'entreprise qui doit permettre un pilotage de l'organisation dans le but d'améliorer la performance par des démarches de progrès continu. Cette méthode s'appuie sur le découpage de l'entreprise par activité assez similaire à celui défini par la méthode ABC.

Il faut cependant garder à l'esprit que de nombreux échecs ont lieu dans la mise en place de l'ABC. Gervais et Lesage (2006) évoquent, outre les difficultés de mise en place (lourdeur parfois excessive, coûts élevés, méthodologie difficile à appliquer).

3.1.3 Le target costing : le coût comme outil de gestion de la valeur

Le Target Costing (coût cible) a été inventé en 1965 chez Toyota. Il a été développé au début des années 1970 au Japon mais il n'a pas été diffusé dans le reste du monde qu'au cours des années 1990. Selon Meysonnier (2001), la visibilité de cette technique est relativement faible : peu d'articles de recherche lui sont consacrés. Le Target Costing peut être considéré comme une pratique organisationnelle appliquée à l'ensemble du cycle de vie du produit et visant à réduire les coûts dans leur globalité.

⁸⁰ Mottis N. (2006), *“Le contrôle de gestion”*, 2^{ème} édition, éditions EMS, Paris .P77.

⁸¹ Davasse H. & Langlois G. (1999), *“Comptabilité de gestion & gestion prévisionnelle”*, Edition Foucher, Paris. P76.

⁸² Gump B. (2000), *“les outils du contrôle de gestion au service de votre stratégie”*, Editions d'Organisation, Paris. P 26

Selon Y.Kato le target-costing est défini comme une démarche qui vise à réduire les coûts des produits sur l'ensemble de leur cycle de vie, tout en satisfaisant les exigences du consommateur en matière de qualité, de fiabilité et autres, en examinant toutes les idées envisageables de réduction des coûts au moment de la planification, du développement et du prototypage ».

Selon Robin Cooper (1995), l'objet du target costing est d'identifier le coût de production d'un produit proposé de telle sorte que, lorsque le produit sera vendu, il fournira la marge de profits désirée. Selon Cooper, le target costing est une technique de calcul de coût.

32 Les instruments de la gestion prévisionnelle

3.2.1 Planification et gestion budgétaire

La gestion budgétaire est un mode de gestion à court terme qui englobe tous les aspects de l'activité de l'entreprise dans un ensemble cohérent de prévisions chiffrées : les budgets. Périodiquement, les réalisations sont confrontées aux prévisions et permettent la mise en évidence d'écarts qui doivent entraîner des actions correctives.

Dans une entreprise ; la planification peut être considérée comme : « un système de données sur son futur. Elle s'organise comme un ensemble d'informations prévisionnelles dans des plans à horizon de plus en plus restreint »⁸³. Dans un processus de planification complet, on dénombre trois niveaux :

❖ Le plan stratégique : Le plan stratégique se préoccupe de la viabilité de l'entreprise et de sa rentabilité à long terme, il reprend les points clés de la stratégie, à savoir :

- a) Les marchés/ produits/ technologies de l'entreprise ;
- b) Les objectifs de cette dernière : buts quantifiés, par exemple : part de marché ;
- c) Les moyens pour les atteindre : par exemple croissance interne, externe.

Le plan stratégique retrace les différentes étapes souhaitées du devenir de l'entreprise pour les cinq-sept ans à venir (les grands objectifs et les grands choix). Il est élaboré par la direction générale avec confrontation des responsables de chaque grande fonction de l'entreprise. Ce plan est confidentiel et comporte peu de chiffres.

⁸³ Alazard C. & Separi S. (2001), Op.cit, P 273.

- ❖ Le plan opérationnel : Il conduit à envisager le futur proche de l'entreprise sous les aspects conjugués de sa viabilité, de sa rentabilité et son financement. Ce plan introduit le diagnostic à court terme à identifier les problèmes à résoudre dans les différents domaines de l'entreprise : commercial, production, finance, logistique.....etc. Mais contrairement au plan stratégique, qui a un caractère global et qualitatif, en définissant de grandes orientations en termes généraux. Il est élaboré en ou sur proposition des centres de responsabilités. Il représente sur un horizon de deux à trois ans les modalités pratiques de mise en œuvre de la stratégie.¹ Le plan opérationnel correspond donc, au chiffrage à moyen terme (trois ans en général) des objectifs du plan stratégique, déclinés entre les centres de responsabilités.
- ❖ Les budgets : La dernière étape de planification est celle des prévisions à moins d'un an formalisé dans les budgets. «Le budget est la traduction monétaire du programme ou du plan d'action retenu pour chaque responsable. Il définit les ressources qui lui sont déléguées pour atteindre les objectifs qu'il a négociés »⁸⁴. Ils sont généralement annuels et détaillés selon une périodicité plus ou moins fine (trimestrielle, mensuelle, etc)

3.2.2 Le contrôle budgétaire :

M.Gervais définit le contrôle budgétaire comme⁸⁵ : « la comparaison permanente des résultats réels et des précisions chiffrées figurant aux budgets afin :

- De rechercher la/les cause (s) d'écart ;
- D'informer les différents niveaux hiérarchiques ;
- De prendre les mesures correctives éventuellement nécessaires.
- D'apprécier l'activité des responsables budgétaires.

La gestion budgétaire doit être envisagée comme un système d'aide à la décision. Le contrôle budgétaire est donc une fonction partielle du contrôle de gestion. Il est constitué par le calcul des écarts.

Un écart est la différence entre la valeur constatée de la donnée étudiée et la valeur de référence de cette même donnée, la valeur constatée est généralement la réelle qui apparaît dans la comptabilité analytique. La valeur de référence peut être une valeur budgétée, standard ou prévisionnelle, se définit par un signe (+ ou -), une valeur et un sens (favorable ou défavorable).

⁸⁴ Alazard C. & Separi S. (2001), Op.cit, P 274

⁸⁵ Doriath B. & Goujet C. (2007), “*Gestion prévisionnelle et mesure de la performance*”, Dunod, Paris,P198.

33 Les tableaux de bord pour un pilotage de la performance

3.3.1 Définition et principes de conception :

Les budgets sont rapidement apparus insuffisants pour piloter et mesurer la performance de l'entreprise en cours d'année. Non seulement, on leur reproche d'être trop financiers mais les managers regrettent également qu'ils ne prennent pas en compte les multiples aspects de la performance qui sont autant de facteurs critiques à surveiller pour que l'entreprise parviennent à ses fins. Les managers ont également besoin d'indicateurs synthétiques pour piloter et régulièrement faire le point. Ces indicateurs sont regroupés sous forme de tableaux de bord dans une analogie évidente avec le tableau de bord de la voiture ou de l'avion. L'idée est simple, sa mise en œuvre est plus compliquée. Il n'existe pas un modèle de tableau de bord, mais des tableaux de bord spécifiques propres à chaque type de décision et parfois même propres à chaque décideur. C'est ce que traduit la définition suivante empruntée à Bouquin (2001)⁸⁶ : « Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs peu nombreux (cinq à dix) conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec leurs fonctions » Le tableau de bord est donc un instrument de pilotage à court terme vers l'action. Il joue un rôle essentiel en matière de traduction des facteurs de compétitivité de l'entreprise et il contribue fortement à l'amélioration de la prise de décision.

« Le tableau de bord est une synthèse chiffrée des principales informations nécessaires pour orienter l'activité du groupe humain qu'il anime, vers le meilleur emploi des moyens dont il dispose afin d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés »⁸⁷

Dans une autre définition, Le tableau de bord est « un ensemble d'indicateurs qui informent le responsable d'un centre de responsabilité sur l'état du système qu'il pilote et sur le degré de réalisation de ses objectifs ». Il est apparu en France dans les années 1930 sous forme de suivi de ratios et de graphiques nécessaires au décideur pour piloter son entreprise. Il permet de :

- Contrôler en permanence les réalisations par rapport aux objectifs fixés dans le cadre de la démarche budgétaire afin de diagnostiquer les points faibles et de faire apparaître ce qui est anormal pour pouvoir ensuite corriger les dérives. Il faut noter que la qualité de cette fonction de comparaison et de diagnostic dépend évidemment de la pertinence des indicateurs retenus.

⁸⁶ Bouquin H. (2001), Op.cit, P.P 397-398

⁸⁷ Cuyaubre T. & Muller J. (2004), « *Contrôle de gestion : DEFC, épreuve n°7* », 7^{ème} édition, Groupe Revue Fiduciaire Paris. P 256

- Faciliter la prise de décision par la direction, en lui fournissant rapidement les informations sur les points clés de la gestion.
- Permettre un dialogue entre les niveaux hiérarchiques, il peut être un levier pour une coordination des acteurs dans un consensus actif.

Enfin, le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs organisé en système suivi par la même équipe ou le même responsable pour Aider à décider, à Coordonner et à Contrôler les actions d'un service. Il est donc, un instrument de communication et de décision qui permet au contrôleur de gestion d'attirer l'attention du responsable sur les points clés de sa gestion afin de l'améliorer.

3.3.2 Naissance de la notion des indicateurs : instrument de tableaux de bord

Les tableaux de bord sont constitués d'indicateurs qui sont des informations précises, utiles, pertinentes pour le gestionnaire, exprimés sous des formes et des unités diverses.

Selon AFGI (Association Française de Gestion Industrielle), une commission qui a réalisé des travaux de 1985 à 1997 sur le thème de maîtrise de la performance, « un indicateur de performance est une donnée quantifiée, qui mesure l'efficacité de tout ou partie d'un processus ou d'un système par rapport à une norme, un plan ou un objectif déterminé et accepté dans le cadre d'une stratégie d'entreprise ».⁸⁸

LORINO a défini un indicateur de performance, comme « une information devant aider un acteur individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat ».⁸⁹

A travers cette définition, l'indicateur de performance n'est pas une mesure objective, attribut du phénomène mesuré indépendamment de l'observateur. Au contraire, il est construit par l'acteur en relation avec le type d'action qu'il conduit et les objectifs qu'il poursuit. L'indicateur de performance n'est pas forcément un chiffre et il peut prendre toute forme informationnelle, répondant à l'une des fonctions évoquées dans la définition (conduite d'une action ou évaluation de résultat) : jugement qualitatif, signe binaire (oui/non), graphe...etc.

⁸⁸ Guennou P. (2001), « *Maîtrise de la performance, les travaux de l'AFGI* in « *Les indicateurs de performance* » », Hermes, Paris. P150.

⁸⁹ Lorino P. (2001), « *la performance et ses indicateurs* in « *les indicateurs de performance* » », sous la direction de BONNEFOUS et COURTOIS, HERMES, Paris. P25.

3.3.3 BSC : utiliser des données non comptables pour piloter l'organisation

Dans les années 1980 tout d'abord, H.T.Johnson et R.S. Kaplan attribuent la perte de vitesse de l'industrie américaine au trop fort lien entre la comptabilité de gestion et la comptabilité financière. Ils proposent alors de nouveaux outils pour reconstruire une comptabilité et un contrôle de gestion qui soient destinés aux managers et non plus aux actionnaires. La méthode Activity based costing et le target costing ou le Balanced Scorecard constituent des illustrations de ce mouvement.

En effet, les tableaux de bord sont développés à des orientations stratégiques. Il s'agit de systèmes d'indicateurs qui visent à mesurer la performance globale et à suivre son évolution dans ses différentes dimensions constitutives. Parmi les contributions les plus récentes dans ce domaine, le tableau de bord équilibré, appelé également tableau de bord prospectif (TBP) ou balanced scorecard qui a été développé au début des années quatre-vingt-dix à Harvard Business School par R.S Kaplan et D.P Norton. Cet outil a pour objectif d'offrir une vision équilibrée de la performance en cherchant à promouvoir un choix d'indicateurs plus cohérents avec la stratégie de l'entreprise.

Donc, le tableau de bord prospectif est l'une des toutes dernières innovations en sciences de gestion qui a suscité beaucoup d'attention particulièrement aux USA puis en Europe depuis qu'il a été présenté dans les travaux de Kaplan et Norton Kaplan en 1992. En effet, le tableau de bord prospectif est défini comme suit⁹⁰ : « Le tableau de bord prospectif (balanced scorecard) maintient les mesures financières traditionnelles. Mais les mesures financières racontent l'histoire des événements passés, une histoire adéquate pour les compagnies de l'ère industrielle pour lesquelles les investissements dans des capacités à long terme et les rapports client n'étaient pas critiques pour le succès. Ces mesures financières sont insuffisantes. Cependant, pour guider et évaluer le parcours que les compagnies de l'âge de l'information doivent faire pour créer la valeur future par l'investissement dans les clients, les fournisseurs, les employés, les processus, la technologie, et l'innovation ». Kaplan Norton considèrent que le tableau de bord prospectif est avant tout conçu comme un outil de mesure de performance qui s'est ensuite développé comme un nouveau système stratégique de contrôle de gestion pour aider les managers dans l'application de la stratégie de l'entreprise. Donc, Le but du tableau de bord prospectif est principalement de traduire la stratégie de l'entreprise en actions.

⁹⁰ Hammana K. (2013), "*Le besoin de nouveaux outils de contrôle de gestion et de mesure de performance*", Le séminaire international sur le contrôle de gestion, le 27 et 28 novembre 2013, Annaba,

Selon Kaplan & Norton (1996), le BSC traduit la mission et la stratégie de l'entreprise en un ensemble d'indicateurs de performance qui constitue la base d'un système de pilotage de la stratégie. Le BSC peut être défini comme un tableau de bord intégrant, en plus des indicateurs financiers, des indicateurs non-financiers.

Enfin, le tableaux de bord prospectif répond aux besoins de pilotage de la performance, en s'appuyant sur quatre axes permettant à la fois de vérifier l'équilibre des dimensions de la performance globale et de constituer la base du système de management.

4 Les objectifs poursuivis à travers le contrôle de gestion :

Les objectifs qui incitent une organisation à mettre en place un système de contrôle de gestion sont multiples. Ils résultent généralement de sa stratégie et sont destinés à être communiqués à tous les niveaux hiérarchiques. Les objectifs poursuivis par une entreprise publique diffèrent de ceux d'une entreprise privée. Demeestère (2005)⁹¹ soutient qu'une entreprise privée s'intéresse aux rapports de pouvoir entre les individus participants à une même chaîne de valeur. Toutefois, une organisation publique s'intéresse aux relations entre les parties prenantes qui participent à une même politique publique. Pour l'atteinte des objectifs fixés, l'organisation doit assigner un plan d'action stratégique regroupant les différentes actions qui ont été choisies. Ce plan d'action doit être organisé sous forme de projets stratégiques, ayant des objectifs, des moyens, une date de réalisation, un responsable et un système de pilotage. Ainsi, en matière d'explicitation des objectifs, Demeestère (2005,) a avancé que «lorsqu'on n'explicite pas ses résultats futurs attendus, on peut plus difficilement se faire reprocher de ne pas les avoir atteints». La mesure des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés reste une tâche difficile à réaliser. À une certaine époque, les contrôleurs de gestion sont recrutés pour dégager ces écarts et les expliquer. Mais le rôle du contrôleur de gestion a progressé d'un contrôle de la fiabilité des chiffres à un soutien au management et à l'analyse de la performance. Ce premier rôle que Lorino (2009)⁹² a qualifié de simples «mesures quantitatives» puisqu'il ne consiste qu'à faire des comparaisons, se contredit avec le nouveau rôle du contrôleur de gestion qui est tenu de tirer des conclusions à partir des jugements constitués collectivement et qui tiennent compte d'une multiplicité. Complexe d'objectifs et de contraintes. Bouquin (2008)⁹³ se demande s'il faut mesurer la performance ou plutôt l'évaluer, sachant que la capacité à modéliser le lien entre ressources et résultats constitue un enjeu fondamental à résoudre. Ce qui nous amène à réfléchir sur les types de performance que l'entreprise s'attend à atteindre en

⁹¹ Demeestère, R., 2005. « Le contrôle de gestion dans le secteur public », 2e édi. Paris: Édition L.G.D.J.

⁹² Lorino, P., 2009. «Le contrôle de gestion après la crise». *Revue Française de Gestion*, 193: 29-35.

⁹³ Bouquin, H., 2008. *Le contrôle de gestion*. Paris : Édition PUF.

utilisant des outils de contrôle de gestion. Malgré la vocation parfois sociale de l'organisation publique, les gestionnaires ne peuvent nier la relation entre la responsabilité sociale et la performance économique dans leurs actions. Dans cette relation entre responsabilité globale et performance économique, les instruments de contrôle de gestion représentent des dispositifs internes peu explorés dans la littérature. Meyssonier et RasolofoDastler (2008)⁹⁴ mentionnent à cet effet que ces dispositifs sont de deux ordres, soit des instruments purement comptables (mesures des coûts, calcul des marges, interprétation des écarts) soit des indicateurs plus globaux, mais non homogènes qui sont construits pour mesurer la responsabilité globale de l'entreprise.

Sous-section 2 : Le contrôle de gestion comme processus de management de la performance organisationnelle.

Le nombre croissant des publications (études, recherches et ouvrages) en science de gestion réalisées sur le thème de la performance organisationnelle atteste de l'intérêt grandissant porté à ce champ de recherche. En effet, de nombreux travaux de recherches souhaitent étudier les différents liens entre les variables contextuelles comme la stratégie, la structure, l'incertitude de l'environnement, l'utilisation des nouvelles approches de gestion et l'effet combiné de ces facteurs sur la performance organisationnelle.

La majorité de ces recherches se focalisent sur l'étude de la performance organisationnelle sous le volet financier. Cependant, les organisations grandissent et évoluent dans un environnement des affaires de plus en plus complexe et dynamique et la définition de la performance en terme financier ne suffit plus⁹⁵. La performance est devenue de plus en plus multicritère et sa mesure doit prendre en compte les différents aspects de l'entreprise et de son environnement.

Plusieurs recherches empiriques tentent de repérer véritablement la performance puisque la problématique de sa définition et de sa mesure reste encore posée dans le domaine de recherche en management. La performance est considérée comme un concept qui reste encore flou et ambigu pour les chercheurs et les gestionnaires du fait qu'il s'intéresse de nombreuses disciplines comme les sciences humaines, sociales et de gestions. Comme il est noté par Franco-Santos⁹⁶, il y a un manque de

⁹⁴ Meyssonier, F. et Rasolofo-Dastler, F., 2008. «Le contrôle de gestion entre responsabilité globale et performance économique : le cas d'une entreprise sociale pour l'habitat». Comptabilité, contrôle et audit, 14(2): 107-124.

⁹⁵ Norton. D. P & Kaplan R.S (2003), Op. Cit, page 10.

⁹⁶ Franco-Santos (2007). Cité par Liaqat-Ali Shah (2012, P.5). Value-risk based performance evaluation of industrial systems. *Other. Arts et Métiers ParisTech*.

structuration et de cohésion au niveau de la littérature quant à la définition du concept qu'à la problématique de sa mesure. En effet, il est souvent confondu avec des concepts plus proches comme l'efficacité, l'efficience et la pertinence ce qui rend sa définition d'une manière précise et explicite une tâche délicate.

Notre ambition, à travers ce paragraphe, est de présenter un panorama de littérature par lequel nous essayerons d'expliquer pourquoi existe — elle une confusion au niveau de la littérature sur la performance organisationnelle, pour se focaliser ensuite sur ses différentes dimensions, ainsi que sur ses déterminants et les critères de sa mesure

1 La performance organisationnelle : de la définition à la mesure.

Dans cette première section nous présenterons un panorama des différentes approches du concept de performance. Nous nous efforcerons de montrer le contexte dans lequel ces différentes approches ont été développées et ont abouti à des révisions relatives aux critères de performance et aux principes de pilotage de l'organisation.

1.1 La performance organisationnelle : un concept ambigu.

La performance organisationnelle constitue un thème de recherche d'actualité pour les dirigeants que pour les chercheurs puisque la problématique de sa définition et de sa mesure reste encore objet de débat dans le domaine de la recherche en management.

Les chercheurs, les responsables des organisations privées et publiques et les consultants sont à la recherche continue des réponses à ces interrogations : peut-on définir véritablement la performance ? Quelles sont les sources d'ambiguïté du concept de performance ? Comment peut-on évaluer la performance organisationnelle ? Peut-on réellement la mesurer ? Quels sont les paramètres qui seront pris en compte dans cette évaluation ? Existe — t — il un modèle standard d'évaluation ?

Pour ces différents termes (Performance, évaluation, mesure), des définitions méritent d'être établies en vue d'enlever cette ambiguïté et d'apporter un éclairage supplémentaire sur les différentes questions posées.

1.1.1 L'ambiguïté du concept de la performance organisationnelle

La performance organisationnelle est appréhendée comme étant un phénomène complexe et multidimensionnel. L'ambiguïté du concept réside principalement dans la légitimité de sa définition que

dans la question de sa mesure et de son évaluation⁹⁷. L'appréhension de la performance organisationnelle se diffère d'une entité à l'autre selon le secteur d'activité de l'entreprise, le processus de production, le cycle de développement des produits et selon les variables managériales, économiques et organisationnelles.

Bourguignon⁹⁸ est la première qui a souligné la polysémie du concept de la performance en désignant la performance comme étant un mot-valise qui n'a pas d'acceptions universelles. Elle a remarqué aussi que ce terme est largement traité dans la littérature sans que sa définition fasse l'unanimité.

En outre, Espinosa et Porter⁹⁹ suggèrent que la complexité de la définition et de l'évaluation de la performance organisationnelle réside dans le fait que les parties prenantes l'appréhendent différemment en mobilisant de différents critères lors de son évaluation :

- ❖ Pour les investisseurs, la performance organisationnelle signifie un retour élevé sur le capital investi, des niveaux élevés de dividendes et une confiance élevée de l'équipe de gestion ;
- ❖ Pour les clients, elle signifie des prix raisonnables, une bonne qualité des produits livrés, la rapidité des services rendus et une livraison rapide et dans les délais fixés. ;
- ❖ Pour les employés, elle renvoie aux bons forfaits de rémunération, la motivation au travail, le traitement équitable et le bien-être des salariés ;
- ❖ Pour les fournisseurs, elle renvoie à la réduction des délais de paiement ;
- ❖ Enfin, pour les organismes de réglementations, la performance organisationnelle renvoie à la conformité des règles.

À l'instar de la complexité de la définition, la question de la mesure de la performance organisationnelle constitue l'une des raisons principales qui expliquent son ambiguïté. Dans ce cadre, de nombreux points de vue d'auteurs qui se sont attelés à la problématique de sa mesure.

⁹⁷ Prieto, I. M., & Revilla, E. (2006). Learning Capability and Business performance: a non-financial and financial assessment. *The Learning Organization*, volume 17, Issue 3, pp : 243-267.

⁹⁸ Bourguignon, A. (1995). Peut-on définir la performance ? *Revue française de comptabilité*, n°269, Juillet-Août, pp. 61-65.

⁹⁹ Espinosa, E. & Porter, T. (2011). Sustainability, Complexity and Learning: insights from complex system approaches. *The learning Organization*, volume 18, Issue 1, pp: 54-72.

Plusieurs chercheurs ont proposé des approches de mesure de performance en se basant sur de différents critères. Dans ce sens, Neely et autres¹⁰⁰ ont identifié l'existence de deux approches majeures de la performance organisationnelle à savoir l'approche des actionnaires et celle des parties prenantes. La première perspective vise à optimiser le fonctionnement interne de l'entreprise pour maximiser le bénéfice des actionnaires. Du point de vue des actionnaires, la performance organisationnelle est mesurée principalement par des indicateurs de performance financière tels que la croissance des ventes, la croissance des bénéfices, le rendement des capitaux propres et le rendement des actifs. S'agissant de la deuxième perspective, elle tente d'englober tous les intérêts des parties prenantes, notamment ceux des investisseurs, des clients, des fournisseurs, des employés et des agents de réglementations.

Dans le même sillage, Hubbard¹⁰¹ a développé un modèle conceptuel pour la mesure de la performance organisationnelle qui répond à la nécessité d'intégrer des mesures larges et inclusives en s'appuyant sur le tableau de bord prospectif, basé sur la théorie des parties prenantes. Ce modèle de mesure permet d'intégrer les mesures des actionnaires (performance financière), des clients, des fournisseurs et des processus internes. Ainsi, le modèle privilégié est développé à partir de l'approche anglo-saxonne « *Triple Bottom Line* » qui comporte trois aspects de la performance organisationnelle à savoir la performance économique (prospérité économique) sociale (respect et amélioration de la cohésion sociale) et environnementale (respect de l'environnement).

Dans la même ligne des travaux, Ahmed¹⁰² propose une approche de durabilité qui combine la performance économique, sociale et environnementale avec des besoins futurs des parties prenantes. La performance organisationnelle durable doit répondre aux besoins des parties prenantes sans compromettre sa capacité de répondre à leurs besoins à l'avenir.

En plus de la diversité des approches de mesure, pour certains chercheurs la complexité de mesure de la performance réside dans le fait du sens que l'on peut l'attribuer. En effet, jusqu'à présent, il n'existe pas de sens exact de ce que nous entendons par la performance organisationnelle. Le concept de la performance organisationnelle peut avoir plusieurs sens tels que l'efficacité l'efficience, la qualité, la productivité, la rentabilité, l'innovation, satisfaction au travail. Il est donc judicieux de parler des

¹⁰⁰ Neely, A., Adams, C., Adams, C. & Kennerley, M. (2002). The performance Prism- the Scorecard for measuring and Managing Success. London: Pearson Education Limited. In "the influence of organizational learning on performance in Indonesian SMEs" Spame, F, (2012) PhD thesis, Southern Cross University, Lismore, NSW.

¹⁰¹ Hubbard, G. (2009). Measuring organizational performance: beyond the triple bottom line. *Business Strategy and the environment*, volume 19; pp: 177-191.

¹⁰² Ahmed, A. M. (2002). Virtual integrated performance measurement. *Journal of Quality et reliability Management*, volume 19, Issue 4, pp : 414-441.

performances au pluriel que de parler de la performance en singulier puisqu'à chaque fois on l'attribue un nouveau sens.

12 La performance organisationnelle : Quelques définitions

Parvenir à définir le concept de la performance nous amène avant tout aux origines historiques du terme. Dans la 5e conférence internationale sur la performance globale, Pesqueux¹⁰³ rappelle qu'étymologiquement, le mot performance vient de l'ancien français « performer » qui, au VIII siècle signifiait « accomplir, exécuter ». Au XVe siècle, il apparaît en anglais avec « to perform » dont vient le terme performance. Le terme associe à la fois l'accomplissement d'un processus, d'une tâche avec les résultats qui en découlent et le succès que l'on peut y attribuer.

Une analyse étymologique et sémantique de ce concept conduite par Bourguignon a permis d'identifier trois sens qui peuvent selon lui expliquer le mot performance tel que : l'action, le résultat de l'action et le succès de l'action¹⁰⁴ :

- ❖ L'action : permet de distinguer la compétence de la performance, autrement dit, la capacité d'agir et de réaliser une action de la production réelle : il y a performance lorsqu'il y a passage de la capacité à la réalisation effective d'une tâche. Dans ce cas, le sens de la performance se rapporte alors au processus et non aux objectifs ;
- ❖ Le résultat : la performance doit être rapportée à la notion de référentiel. Dans ce cadre, la performance est le niveau de la réalisation des objectifs ;
- ❖ Le succès : renvoie aux jugements de la valeur par rapport à un référentiel. Comme le souligne Lebas¹⁰⁵ en 1995, « la performance appelle un jugement et une évaluation ».

Pour certains auteurs, la performance organisationnelle est liée à la mobilisation des moyens nécessaires pour la réalisation des objectifs fixés. Dans ce sens, Cadiou, Micu et Morvan¹⁰⁶ stipulent que la performance organisationnelle relève de la mobilisation de ressources allouées permettant la réalisation des résultats conformes aux objectifs poursuivis par l'entreprise.

¹⁰³ Pesqueux. Y (2004). La notion de la performance globale. *Cinquième forum international sur la performance globale de l'entreprise*, université de Tunisie Carthage, 1 et 2 décembre.

¹⁰⁴ Bourguignon, A (1995). Op cité, pp : 61-66.

¹⁰⁵ Lebas, M. (1995). Oui il faut définir la performance. *Revue française de la comptabilité*, Juillet-Aout, pp : 61-66.

¹⁰⁶ Cadiou, et al (2007), Les rationalités stratégiques, Utopie ou réalité de la performance globale, *Acte du colloque sur la performance*.

Réduire la performance organisationnelle au rendement économique est aujourd'hui une hérésie qui nuit non seulement à l'atteinte des objectifs financiers, mais peut tout droit conduire à une cimetière des entreprises. Pour Alain Sourisseau¹⁰⁷, la mesure de la performance suppose la prise en compte de tous les critères à la fois qualitatifs et quantitatifs pour aboutir à une performance globale que nous pourrions nommer « bienformance ».

Dans la même ligne des travaux qui ont tenté de définir le concept de la performance organisationnelle, Steers¹⁰⁸ la définit comme étant la capacité d'une organisation à acquérir et à utiliser ses ressources rares et précieuses aussi promptement que possible dans la poursuite de ses buts actuels et opérationnels.

Pour Kalika¹⁰⁹, au contraire de la performance globale, la performance organisationnelle regroupe l'ensemble des mesures portant principalement sur la structure organisationnelle et non pas sur les conséquences éventuelles de nature économiques, sociales et environnementales.

Pour résumer, la performance organisationnelle, comme étant une dimension de la performance globale, reste encore floue pour les chercheurs et est considérée comme un concept difficile à cerner. Pourtant, elle demeure en effet comme une conception aux significations différentes et aux critères variables. Ainsi, elle est souvent attachée à des sujets comme l'innovation, la satisfaction des employés au travail, la capacité accrue d'acquérir, de transmettre et d'utiliser de nouvelles connaissances, l'amélioration de la productivité et de la qualité, l'avantage concurrentiel, l'expansion à l'internationale, la réputation de l'entreprise.

Les différents sens attribués au concept de la performance organisationnelle ont permis de l'appréhender sous l'angle de plusieurs approches.

2 La performance organisationnelle : Synthèse des approches

Nous tenterons ici de mettre en évidence les différentes approches de la performance organisationnelle. Dans cette lignée, sera présentée successivement l'approche économique, sociale, systémique et politique de la performance organisationnelle.

¹⁰⁷ Sourisseau, A. (2014). Les leviers de la performance pérenne : Architecture et médecine des organisations, *Edition Eyrolles*, Paris. Page, 11.

¹⁰⁸ Steers R-M. (1977). Organizational effectiveness: A behavioral View. *Goodyear Publishing Company*, Santa Monica, California. Cité par Hayat EL Boukhari, dans, *Les contributions des variables des systèmes d'informations à la performance organisationnelle : une étude exploratoire par la théorie des ressources- cas de la grande entreprise marocaine*. Thèse de doctorat, Université sidi Mohammed Ben Abdellah Fès, 2014, page 104.

¹⁰⁹ Kalika., M. (1988). Structure de l'entreprise, réalité, déterminants, et performance. *Editions Economica*, Paris.

21 L'approche économique de la performance organisationnelle

Selon l'approche économique, la performance organisationnelle correspond au niveau d'atteinte des objectifs. Autrement dit aux résultats attendus par les gestionnaires et les actionnaires. En effet, elle est souvent appréhendée en termes économiques et financiers.

Pourtant, la performance organisationnelle se mesure par la rentabilité de l'entreprise et se manifeste dans la survie de l'entreprise à long terme et dans la capacité de celle-ci à atteindre ses objectifs fixés. Du point de vue des actionnaires, la performance organisationnelle est mesurée par des indicateurs financiers tels que la croissance des ventes, les rendements des capitaux propres, rendements des actifs.

Toutefois, il existe une performance économique non strictement quantifiable qu'on peut mesurer par la position concurrentielle de l'entreprise, la part de marché par rapport aux principaux concurrents, les facteurs clés de succès que possèdent l'entreprise et la qualité totale.

22 L'approche sociale de la performance organisationnelle

La dimension sociale de la performance organisationnelle est développée par l'école des relations humaines qui privilégie l'introduction des variables humaines dans l'évaluation et la mesure de la performance. Dans ce sens, Quinn R. E, Rohrbaugh¹¹⁰, suggèrent qu'en dépit de l'aspect financier le plus reconnu et retenu, la performance organisationnelle renvoie essentiellement au moral et à la cohésion au sein de l'organisation.

La dimension humaine de la performance organisationnelle se mesure par le résultat obtenu par le salarié sur les postes de travail dans un groupe, dans un service donné ou dans l'entité entière. Ce résultat escompté est exprimé par la richesse créée, l'amélioration de l'apprentissage des employés, la satisfaction des employés au travail, la dynamique de groupe et la valeur ajoutée produite par le salarié.

La contribution optimale des employés à l'amélioration des résultats de l'organisation dépend en principe de l'apprentissage acquis par ses membres qui constitue un ensemble cohérent des connaissances acquises par expérience, par étude ou par contact direct de l'entreprise avec son environnement. L'apprentissage constitue la pierre angulaire de la performance humaine dans toutes les organisations.

¹¹⁰ Quinn R-E. & Rohrbaugh J. (1981). A competing Values Approach to organizational Effectiveness. *Public Productivity Review*, pp: 122-140.

Pour Wartick et Cochran¹¹¹, le développement des ressources humaines, la satisfaction au travail, la motivation, la créativité et le rendement du personnel constituent des critères qui peuvent servir un cadre solide pour juger de l'efficacité de la performance organisationnelle sous l'angle de la dimension sociale.

L'obtention d'une performance humaine dépend des collaborateurs de tous les niveaux qui ajoutent de la valeur ajoutée pour l'entreprise en engageant leur savoir, leur savoir-faire, leur comportement et leur créativité.

23 L'approche systémique de la performance organisationnelle

L'approche systémique de la performance organisationnelle est développée par opposition aux deux autres approches précédentes, car celles-ci mettent en avant les capacités de l'organisation. Pour Gauzente¹¹², cette approche persiste que l'adaptabilité et la pérennité des sous-systèmes par rapport à l'environnement du système de l'entreprise sont essentielles pour la performance organisationnelle.

L'organisation est en relation avec son environnement, y puise ses ressources, les transforme, les échange contre d'autres ressources et inversement, l'environnement vient de modifier à son tour les paradigmes et le cadre de référence de l'organisation (la rétroaction). Autrement dit, l'organisation est sensée de s'adapter à son environnement, en particulier aux caractéristiques du marché et de la technologie. Dans l'approche systémique, l'organisation est une boîte noire finalisée dont la finalité est la pérennité et la survie.

La notion de la pérennité associée à la notion de temps, a trait à la protection et aux développements de la rentabilité, du marché desservi par l'organisation (compétitivité) et de la qualité du produit ou du service rendu. Tous ces critères se trouvent au coeur des relations entre les composantes du contexte et de l'organisation qui agissent sur la performance.

24 L'approche politique de la performance organisationnelle

L'approche politique de la performance organisationnelle repose sur une critique des trois approches précédemment citées. Car, chacune des autres approches attribue des fonctions et des buts à l'entreprise. Cependant, tout individu peut avoir ses propres critères pour juger la performance de l'entreprise. Autrement dit, cette approche est basée sur l'école des multiples constituants où différents individus ou

¹¹¹ Wartick .S & Cochran. P. (1984). The evolution of the corporate social performance model. *Academy of the Management Review*, volume 10, Issue 4, pp: 758-769.

¹¹² Gauzente C. (2000). Mesurer la performance des entreprises en absence des indicateurs objectifs. Quelle validité ? Analyse de certains indicateurs. *Finance, Contrôle et Stratégie*, volume 3, Issue 2, pp : 146-167.

groupes font des jugements sur les critères d'une organisation efficace, tels que mentionnés précédemment par Neely et autre.

Puisque les parties prenantes de l'organisation ne partagent pas les mêmes objectifs qui peuvent même être contradictoires, les critères d'efficacité varient selon les parties prenantes soit : les bailleurs de fonds, les clients, les organismes de régulateurs et la communauté. Ainsi que la légitimité de l'organisation, qui se réfère à l'évaluation et à la satisfaction de ces groupes clés, constitue le concept central de la dimension politique.

Dans ce sens, Morin E-M., et autres¹¹³ ont proposé une description détaillée de ces quatre dimensions de la performance organisationnelle en tenant compte le concept générique et les critères de chaque dimension.

Nous avons mis l'accent à travers ce paragraphe sur les points de vue des auteurs mobilisés pour mieux repérer la problématique de l'évaluation et de la mesure de la performance.

C'est dans ce sens que nous avons explicité l'idée de base de chaque approche de la performance organisationnelle à savoir l'approche économique, sociale, systémique et politique.

3 Les déterminants et les critères de mesure de la performance organisationnelle

À l'image de l'évolution de la gestion des organisations et des systèmes de production, les systèmes de mesure de la performance organisationnelle ont connu eux-mêmes une évolution importante. Les systèmes de mesure basés les déterminent financière sont aujourd'hui inadaptés aux différents besoins des managers pour assurer une évaluation fiable chose qui nécessite en effet l'intégration des dimensions non financière.

La mesure traditionnelle de la performance s'avère inadaptée aux besoins des dirigeants et aux changements de l'environnement, autrement dit, aux nouvelles caractéristiques des marchés et aux exigences des gestionnaires. Pour adopter une perspective plus élargie de mesure, de nombreux chercheurs ont proposé des modèles qui intègrent, en plus des déterminants financiers, les déterminants de la dimension non financière de la performance.

¹¹³ Morin E-M., Savoie A. & Beaudin G., (1994). L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures. *Gaëtan Morin Editeur*, Montréal page 40.

L'examen de la littérature existante sur la performance organisationnelle distingue une variété des déterminants et des critères de mesure. Des auteurs comme Lenz¹¹⁴ ; Hansen et Wernerfelt¹¹⁵, font une classification en trois grandes catégories : les déterminants environnementaux, les déterminants organisationnels et les déterminants humains.

31 Les déterminants environnementaux de la performance organisationnelle

L'organisation évolue dans un environnement dynamique et compétitif qui détermine la manière par laquelle la performance peut être obtenue. Dans ce sens, Hax et Majluf¹¹⁶ suggèrent que c'est la nature des systèmes concurrentiels qui détermine la performance d'une organisation. En effet, afin d'assurer l'efficacité de l'organisation, les gestionnaires devront répondre à chaque changement de l'environnement et s'adapter par rapport à chacune de ses dimensions internes et externes.

32 Les déterminants organisationnels de la performance

Sur la base de la littérature examinée, nous pouvons soulever plusieurs modèles de mesure de la performance organisationnelle. Steers¹¹⁷ a proposé un cadre d'analyse qui se compose de vingt-neuf facteurs regroupés en quatre ensembles qui sont : les caractéristiques de l'organisation, l'environnement interne et externe, les caractéristiques des employés, les politiques et les pratiques de gestion.

Pour Kaplan et Norton¹¹⁸, la problématique de mesure de la performance organisationnelle ne doit pas se limiter à des mesures purement financières. Ils ont proposé dans ce sens un modèle de mesure qui tient en compte de toutes les dimensions de l'organisation. L'ensemble de ces indicateurs retenus visant à mesurer la performance organisationnelle est connu sous l'appellation du tableau de bord prospectif.

Le tableau de bord prospectif, dans son contenu, cherche à saisir la réalité complexe de la performance organisationnelle qui ne peut pas être strictement financière. Le modèle proposé permet de regrouper

¹¹⁴ Lenz R-T. (1981). Determinants of organizational performance: an interdisciplinary Review. *Strategic management Journal*, volume .2, pp: 131-154.

¹¹⁵ Hansen G-S & Wernerfelt, B. (1989). Determinants of firm's performance: Relative importance of economic and organizational Factors. *Strategic Management Journal*, volume, 10, Issue 5, pp. 399-411.

¹¹⁶ Hax A. C. & Majluf N-C. (1983). Organization design: A case study on Matching Strategy and Structure. *Journal of Business Strategy*, volume. 4, Issue 2, pp: 72-86.

¹¹⁷ Steers. R-M (1977). Organizational Effectiveness: A Behavioral view, *Goodyear publishing Company, Santa Monica, California*. Cité par : Mohamed Mahjoub Dhiaf (2007). Proposition d'un modèle de mesure de l'impact du TQM sur la performance globale : Cas des entreprises tunisiennes de textiles-habillement. *Thèse de Doctorat, Paris Tech, France*, page 64.

¹¹⁸ Norton. D. P, & Kaplan R.S (2003), Op. Cit, page 10.

l'ensemble des indicateurs de performance qui pourrait avoir une organisation en quatre grandes classes. Lesdites classes constituent l'essentiel des dimensions sur lesquelles une organisation doit se baser pour réaliser une performance de point de vue de toutes les parties prenantes. Les dimensions sont construites sur la base de la vision stratégique de l'organisation.

Les quatre axes qui composent le tableau de bord prospectif tel que l'axe clients, l'axe processus interne, l'axe financier et l'axe apprentissage et innovation forment un cadre général d'analyse qui permet une meilleure appréhension du système de mesure de la performance organisationnelle.

Le tableau de bord prospectif est orienté vers une performance qui s'inscrit dans la durée, par la prise en compte de divers de performances prospectives (lead Indicators). Ainsi, la logique de causalité retenue est que la performance ou la création de la valeur sur l'axe « **actionnaire** » seront obtenues à une performance correspondant à la création de la valeur pour le client (axe « **client** »). L'excellence dans un axe « **processus interne** » permettra alors de créer de la valeur pour les clients et les actionnaires. Force est de constater qu'une telle performance sur le long terme reposera sur la capacité de l'entreprise à innover et à maintenir son aptitude de changement, appréhender dans un axe « **apprentissage-innovation** ».

Ainsi, loin de se réduire sur un simple axe « **ressources humaines** » comme le laissant entrevoir certains exemples de BSC, ce dernier axe traduit les capacités dynamiques de l'entreprise. C'est sans doute que dans ce dernier axe que résident les perspectives de recherche les plus prometteuses. Ces derniers nous renvoient à la question du capital immatériel et intellectuel de l'entreprise et, ce faisant, à la prise en compte des immatériels dans les modèles de contrôle de gestion. Mais plus encore, elles intègrent l'apprentissage organisationnel au coeur du modèle de performance du BSC.

Les axes que nous avons présentés ne constituent pas un modèle statique et universel. En effet, chaque organisation développe ses propres indicateurs en fonction de sa stratégie, ses objectifs et les diverses caractéristiques de son environnement. C'est pour ces raisons que le modèle proposé ne précise pas les déterminants et les indicateurs que l'on peut trouver dans chacun des quatre axes puisque ceux-ci seront variables d'une organisation à une autre.

3.3 Les déterminants humains de la performance organisationnelle

La vie économique d'une entreprise est formée généralement par l'ensemble des relations d'échange réalisées avec ses employés afin que tous puissent atteindre leurs propres objectifs. En effet, lorsque les employés réussissent à atteindre des buts personnels et des buts organisationnels, leurs attachements à l'organisation et leur performance seront aussi améliorés. Il est donc l'affaire de gestionnaire de créer

un climat de travail propice et d'adapter des styles de gestion convenables pour pouvoir améliorer la performance organisationnelle.

34 Les déterminants stratégiques de la performance organisationnelle

Les déterminants stratégiques de la performance organisationnelle font référence aux politiques et aux pratiques de gestion qui influencent sur la performance. Notamment, les politiques de gestionnaires définissant les objectifs stratégiques et opérationnels, les méthodes de gestion de répartitions des ressources, les mécanismes assurant la garantie d'atteinte des objectifs fixés.

En somme, ce paragraphe avait pour objectif de réaliser une synthèse sur le concept de la performance organisationnelle. Nous nous sommes arrêtés sur la problématique de mesure et d'évaluation de la performance organisationnelle. La littérature sur la performance laisse croire que le concept n'a pas d'acceptions universelles. La performance est évolutive dans le temps et dans l'espace, chose qui rend sa définition et sa mesure une tâche délicate.

En présentant les différentes approches et déterminants de la performance organisationnelle, nous avons veillé à repérer véritablement les divergences et les convergences entre les différents points de vue de certains auteurs sur la problématique de la construction d'un modèle d'évaluation qui intègre les critères de nature financière et non financière. Une telle approche de l'évaluation doit prendre en considération les spécificités organisationnelles de l'entreprise.

4 Le pilotage de la performance organisationnelle

En domaine de gestion, la notion de pilotage reste un concept flou, il n'existe pas de consensus sur une définition claire de cette notion. Le dictionnaire petit Larousse, présente le pilotage comme une action, un art de piloter où piloter est pris au sens de diriger. Cette définition met l'accent sur la dimension dynamique (action) du principe. D'ailleurs, les anglo-saxons n'utilisent qu'une seule expression pour le système de contrôle et de pilotage : a Management control system. Selon Pendaries¹¹⁹, un système de pilotage peut se définir comme : un système agrégé décision/action, basé sur la responsabilité, la représentation et l'interprétation des acteurs de l'organisation, intégrant les objectifs stratégiques de l'organisation, et doté de deux objectifs propres : agir sur les performances et contribuer à améliorer la cohésion et la cohérence au sein de l'organisation. Par cette définition, l'auteur cherche à élargir les finalités du contrôle de gestion, afin de marquer le passage d'une finalité comptable et économique à une finalité organisationnelle et stratégique avec le maintien de la convergence des buts au sein de

¹¹⁹ Pendaries M. Thèse, le pilotage par la valeur de la performance des organisations : cas des entreprises industrielles gérées par affaire, Université de la méditerranée – Aix – Marseille II, 2011. Page 36.

l'organisation. Nous allons examiner dans ce qui suit, les différentes approches de pilotage de la performance.

4.1 L'apport de l'approche socio-économique

Pour Savall et Zardet¹²⁰, le pilotage a un rôle fondamental, en ce que la « qualité du pilotage des hommes et des activités est la source essentielle de performance socio-économique, plus que les choix formels, stratégiques ou organisationnels ». L'approche socio-économique s'appuie également sur le concept d'équilibration de Piaget¹²¹, pour faire du pilotage une fonction vitale consistant à ajuster et à mettre en compatibilité les acteurs et les activités pour réaliser les objectifs de l'organisation. Sur ces bases, on peut considérer que les approches de Lorino et de la théorie socio-économique sont convergentes², aux niveaux descriptif et explicatif tout du moins. Elles définissent le pilotage comme une activité d'équilibration destinée à rapprocher le résultat obtenu de celui escompté et expliquent sa nécessité par la tendance spontanée des organisations à la dispersion, Lorino parlant de désintégration, Savall et Zardet de désynchronisation.

Le pilotage est avant tout une dépense d'énergie des acteurs, contenue dans les décisions et les actes de mise en œuvre de celles-ci. Cette énergie sert de base à la modification des environnements : « (...) *les agents-acteurs ont des potentiels d'énergie différenciés ; les plus dotés en énergie de changement (unités actives au sens de Perroux) ont une forte capacité de modification de leur environnement. Il y a ainsi dans l'entreprise (et hors d'elle) des individus et groupes qui sont réellement ou potentiellement des agents de changement. Ils ont des comportements visant délibérément à faire évoluer les structures* ¹²²». Le potentiel énergétique du pilotage dépend des ressources dont disposent et que mettent à disposition les acteurs, comme les compétences ou, surtout, les zones d'incertitudes (Savall, 1979). La mise en œuvre des décisions fait appel au principe de coopération en ce sens qu'elle nécessite le partage du contenu des décisions. Enfin, le pilotage repose sur une instrumentation, une construction et une appropriation par les acteurs d'outils de gestion facilitant la prise de décision, la prévision et le contrôle¹²³. Énergie, coopération et instrumentation définissent les trois inputs complémentaires et nécessaires de la fonction de pilotage.

Ces trois inputs, tout aussi complémentaires, sont constitués d'actes de pilotage qui concourent à la stimulation de l'action, à sa coordination et à l'adaptation continue de l'organisation. La stimulation de

¹²⁰ Savall H. et Zardet V., *Tétra normalisation. Défis et Dynamiques*. Economica, 2005, p. 176.

¹²¹ Savall H., Savall H., *Reconstruire l'entreprise*, Dunod, 1979, p. 208.

¹²² Savall, 1979. Op. Cit.

¹²³ Moisdon J.-C. (Ed.), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Éditions Seli Arslan, Paris, 1997.

l'action renvoie ici à un système d'information à même de provoquer, du moins favoriser, des actes décisifs, c'est-à-dire des « actes qui apportent directement ou indirectement un résultat économique à l'entreprise¹²⁴ ». Ces actes sont impulsés par des informations comprises et analysées par les récepteurs en se référant aux objectifs de l'organisation. Ce système d'information est qualifié d'opérationnel et fonctionnel humainement intégré et stimulant (SIOFHIS). La synchronisation est une coordination la plus rapide possible, idéalement en temps réels, qui vise à mettre en compatibilité les acteurs individuels et collectifs en vue de réaliser les objectifs et finalités de l'organisation. La synchronisation des acteurs constitue, dans la théorie socio-économique, l'indicateur principal d'intégration. Elle est préconisée pour lutter contre la sous-efficacité engendrée par l'excès de différenciation, en d'autres termes pour construire l'artéfact contre-nature que représente l'intégration¹²⁵. Le «toiletage», enfin, désigne « la maintenance ou remise en état du fonctionnement des objets matériels ou immatériels de l'organisation¹²⁶ », comme les objectifs, les structures, les compétences, etc. En somme, le pilotage est une fonction de finalisation qui vise à atteindre les objectifs de l'organisation, en construisant l'intégration des acteurs par la synchronisation de leurs actions, en émettant des informations stimulant des actes de mise en œuvre, ce qui implique des informations relativement transparentes sur le fonctionnement effectif de l'organisation, et en adaptant continûment l'organisation pour la mettre en capacité d'atteindre ses objectifs.

42 L'apport de Philippe Lorino

Pour Lorino, le pilotage consiste à « orienter un système d'activités (structuré par la division du travail) vers la réalisation de certains objectifs », en postulant l'existence d'au moins un objectif, la création nette satisfaisante de valeur (Lorino¹²⁷, 1995). Le pilotage au sens de Lorino est présenté comme un mode opératoire visant la construction d'équilibres, en réalisant deux fonctions : l'équilibration et la coordination. La fonction d'équilibration, inspirée explicitement de Piaget, permet d'« assurer un équilibre acceptable entre continuité et changement cognitif » (Lorino, 1997). Elle est redéfinie par l'auteur comme la « transformation continue d'un équilibre cognitif existant, sous l'effet de faits générateurs de changement » (Lorino, 1997). Celle de la coordination permet d'« assurer un équilibre acceptable entre initiatives individuelles et règles collectives » et ainsi de lutter contre les tendances

¹²⁴ Zardet, 1985.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Savall et Zardet 1979. Op. Cit

¹²⁷ Lorino P. « Les deux fonctions du pilotage de l'entreprise », in : Guilhon B. et Al., Économie de la connaissance et organisations, L'Harmattan, 1997, p. 111.

spontanées qui orientent l'organisation dans le sens de la désintégration¹²⁸. La première fonction concilie le changement et la stabilité, deux éléments fondamentaux pour le développement de l'organisation. La seconde fait émerger une action organisationnelle à partir d'une multitude d'actions locales. Les théories de l'action que les acteurs utilisent et infléchissent dans le cadre de leurs activités correspondent aux schèmes d'action de Piaget. Elles s'adaptent sans cesse via l'expérience.

Le pilotage consiste, d'une part, à adapter cognitivement l'organisation à son environnement, de sorte à ce qu'elle puisse réaliser des actions pertinentes et, d'autre part, à adapter les interactions des acteurs qui la composent pour construire une action collective, sous-entendue relativement cohérente. Le pilotage vise à réaliser les finalités de l'organisation et suppose par conséquent la référence à des objectifs. Il s'apprécie à travers son efficacité et son efficience dans la réalisation de ceux-ci. Il nécessite par conséquent un dispositif de mesure/évaluation pour connaître la position et l'état des activités à piloter par rapport aux objectifs poursuivis, un contrôle de gestion, au sens large.

43 Du contrôle au pilotage

Bouquin¹²⁹ définit un système de contrôle comme « un système d'assurance qualité des décisions doté de deux objectifs : une évaluation de la performance (en termes d'efficience et d'efficacité) et un repérage et une réduction des dysfonctionnements ». Cette définition met en avant deux dimensions du contrôle : la décision et la mesure.

Lorino¹³⁰ affirme que face à la montée de la complexité et de la turbulence de l'environnement des entreprises, un contrôle essentiellement axé sur la mesure des performances est dépassé.

Certains auteurs préfèrent substituer le terme de « pilotage » à celui de contrôle. L'apparition de ce terme est liée à la montée en puissance du courant constructiviste qui a mis en évidence le rôle des acteurs de l'organisation dans les interprétations et les représentations qu'ils font des indicateurs de mesure.

Lorino souligne que « le passage du contrôle au pilotage se traduit par un basculement connexe et simultané : du paradigme de la mesure, corollaire du contrôle, au paradigme de l'interprétation, corollaire du pilotage ». Halgand¹³¹ postule que le pilotage des représentations soulève un double

¹²⁸ Idem.

¹²⁹ Bouquin H. (1995, 2005), Les fondements du contrôle de gestion, PUF, Collection Que sais-je ? Paris.

¹³⁰ Lorino P. (1991, 1996), Le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités, Dunod.

¹³¹ Halgand N. (1999), « Au coeur du contrôle : les représentations », Faire de la recherche en contrôle de gestion, Y. Dupuy, Economica

problème de mise en œuvre. « Si l'on maîtrise mieux, par la connaissance, les mécanismes orientant les comportements des acteurs, la question du partage reste entière.

Son traitement passe, comme le soulignait Lorino, par la reconnaissance de la nature plurielle de la pertinence. Partant de là, il s'agit d'identifier les représentations dominantes dans l'organisation, pour ensuite pouvoir agir sur elles, et là réside le deuxième aspect du problème.

Ces délicates questions constituent autant de défis passionnants pour le contrôleur, qui voit sa fonction se métamorphoser, et pour le chercheur, à qui revient la tâche de proposer des outils d'une ingénierie des représentations, ce qui appelle un travail préalable relatif aux structures des représentations et à leur transformation ».

Meyssonier¹³² est d'un avis différent sur le partage. « L'amélioration de la gestion s'effectue par la référence à un ensemble structurant de compétences professionnelles qui constituent le métier et fondent largement l'identité de l'acteur. Il est possible de piloter sans avoir forcément une représentation réellement partagée par tous». Pour lui, « il suffit d'avoir un ensemble d'éléments communs sur lesquels les approches différentes des acteurs de l'organisation vont se recouper. Cette zone d'intersection permettra un minimum de consensus et justifiera l'utilisation d'outils et la construction de systèmes d'information sur lesquels les acteurs accepteront de rendre des comptes ».

4.3.1 Le schéma du pilotage

Le schéma de pilotage, est présenté par Lorino comme étant la constitution, la loi organique du pilotage de l'entreprise. C'est ce schéma qui ancre le système de pilotage dans l'organisation, le positionne dans les structures de pouvoir et de responsabilité, répartit les rôles entre les acteurs. L'auteur a proposé la définition suivante : *Le schéma de pilotage définit la manière dont l'entreprise entend se piloter, en termes de culture et de logique globales de pilotage (part faite à la responsabilisation individuelle des managers et à l'apprentissage collectif, aux structures permanentes et aux structures temporaires), de structure de pilotage (niveaux de pilotage hiérarchiques, axes d'analyse et de pilotage, articulation des formes de pilotage transversales avec le pilotage vertical hiérarchique), de politiques d'entreprise (domaines régulés, rôles des équipes fonctionnelles par rapport aux équipes opérationnelles), d'animation de gestion (formats et périodicités de réunions, distribution des rôles, méthodes d'animation), de définition et d'articulation des fonctions spécialisées en matière de pilotage (contrôle de gestion, qualité, planification...).*

¹³² F. Meyssonier, « Au coeur du contrôle de gestion : la mesure », Faire de la recherche en Contrôle de gestion coordonné par Y. Dupuis, Fnege, Vuibert, 1999.

Le schéma de pilotage est souvent implicite dans les entreprises, il est rarement analysé de manière explicite, alors même qu’il devrait constituer la pierre angulaire de toute démarche dans le domaine du pilotage¹³³. Les dirigeants ont tellement l’habitude de considérer le « contrôle de gestion » et le pilotage comme des affaires techniques, des questions d’outils, de méthodes et de logiciels, qu’ils s’attardent rarement sur ces questions. Pourtant, Lorino assimile le schéma de pilotage à la « mise en scène » du système de pilotage : selon l’auteur, le système de pilotage définit une partition et un livret, le schéma de pilotage distribue des rôles, dirige les acteurs, agence leur action dans une scénographie, traduit les intentions de l’auteur dans une organisation et des pratiques collectives. Lorino insiste sur le fait que les responsables devront avoir l’assurance que le schéma de pilotage est cohérent avec la stratégie de l’entreprise. Un schéma de pilotage inadapté, ambigu ou incomplet peut se traduire par des conflits de compétence, des lacunes dans la vigilance, le refus d’engagement des acteurs parce que les règles du jeu ne paraissent pas claires, leur incompréhension du contexte et des enjeux.

Tableau 5 : les contours du schéma de pilotage

Répond aux questions suivantes :	En définissant :
- Comment insérer le pilotage dans notre organisation et notre culture ?	-Les cultures et logiques globales de pilotage
- Qui pilote quoi ?	-La structure de pilotage (niveaux et axes)
- Quelles sont les règles et les normes qui s'imposent à tous ?	- Les politiques d'entreprise (délégations) et le rôle des services fonctionnels
- Quel mode de suivi et d’animation ?	-Les méthodes d'animation de gestion
- Quelle expertise de pilotage ?	- La définition et le positionnement des fonctions «pilotage » (ex. contrôle de gestion, qualité)

Source : P. LORINO

¹³³ Lorino, P, méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences, Editions Organisation 2003, page 36.

5 Les logiques du pilotage

Deux logiques de pilotage peuvent être distinguées : la première est basée sur le découpage de l'entreprise en centres de responsabilité, alors que la deuxième est fondée sur une approche dite stratégique-opérationnelle.

5.1 Le pilotage à caractère financier

Dans cette logique de pilotage, l'entreprise est découpée en entités autonomes appelées centres de responsabilité. Leur direction est assurée par un responsable qui rend compte périodiquement des résultats obtenus aux niveaux hiérarchiques supérieurs. La performance de ces centres doit être mesurable et clairement identifiable par le système comptable. Chaque centre est investi d'une mission et d'un objectif à atteindre. Les objectifs sont généralement d'ordre financier et dépendent de la nature du centre. Le pilotage par les centres de responsabilité s'intéresse avant tout aux résultats financiers de chaque centre et s'appuie sur le principe de responsabilisation individuelle et de délégation.

- ❖ Résultats : le pilotage n'interfère pas avec le déroulement de l'action elle-même et n'intervient que sur des objectifs a priori et des résultats a posteriori. Au nom d'un principe de décentralisation et d'autonomie, il s'agit d'une logique d'engagement et de contrôle des résultats¹³⁴.
- ❖ Financiers : logiquement, puisqu'il ne se mêle pas des contenus d'action, le pilotage n'entre pas dans des considérations techniques sur le contenu des actions et recourt à un langage universel situé « en dehors » des techniques et des processus particuliers, le langage financier.
- ❖ Responsabilisation : n'intervenant pas directement sur les contenus concrets de l'activité, le pilotage agit indirectement sur eux en responsabilisant les managers sur l'atteinte d'objectifs.

Le levier d'action est la motivation et la volonté du manager qui se voit impartir des objectifs et des moyens d'action pour les atteindre. Le pilotage de l'action proprement dit est délégué à chaque responsable qui se charge de déterminer les outils et les méthodes susceptibles d'assurer sa réussite dans la tenue des objectifs. Le comment importe peu. Le pari est que, mis sous pression, les responsables sauront trouver les moyens de la réussite.

Le pilotage par les centres de responsabilité présente certains inconvénients :

- ❖ Il tend à cloisonner et diviser l'entreprise, ce qui peut être un handicap si les processus de l'entreprise présentent un certain degré d'intégration et si les performances des divers centres sont interdépendantes : en optimisant sa performance propre, un responsable peut

¹³⁴ Philippe Lorino : méthode et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences, éditions d'organisation 2003.

nuire à la performance du voisin et à la performance globale (présence des prix de cession interne).

- ❖ Il ne fournit aucune visibilité sur les causes réelles de performance, ce qui peut interdire aux niveaux plus élevés du management l'identification des leviers de progrès dont ils doivent se saisir prioritairement dans une situation donnée, d'où le risque d'actions générales et peu ciblées.

Afin de pallier les insuffisances de ce modèle de pilotage, une nouvelle approche a vu le jour sous le nom de l'approche stratégique-opérationnelle.

52 L'approche stratégique-opérationnelle

Selon cette approche, il ne s'agit plus de partir d'un objectif financier pour aboutir à des objectifs financiers analytiques, par désagrégation mais de partir de l'objectif stratégique pour aboutir à des objectifs opérationnels locaux à travers une analyse de (cause - effet). La recherche de cause de performance pourra rarement s'inscrire à l'intérieur d'un seul centre de responsabilité. La performance à piloter dans les organisations est bien une performance globale¹³⁵. Le pilotage de la performance globale ne se fait ni par une démarche par le haut (top down) ni par une démarche par le bas (bottom up) mais par l'échange entre groupes et à l'intérieur d'un groupe et par les interactions entre les acteurs de l'organisation. De plus, si nous postulons que l'optimum global n'est pas la somme d'optima individuels, il n'est donc pas utile de mesurer les différentes performances individuelles concourant à la performance globale. Pour ces raisons, le système de pilotage devait avoir pour objectif prioritaire de performer globalement la valeur créée. Mais il doit pouvoir également faciliter une évaluation objective de certaines performances individuelles.

En abordant, les différentes approches en matière de pilotage de la performance, on s'aperçoit que l'objectif du pilotage reste l'atteinte des objectifs de l'organisation, alors que ses mécanismes changent et diffèrent d'une organisation à l'autre. Le point fondamental de la réflexion sur le pilotage de la performance suscite un grand débat relatif à ses deux modèles.

Alors que la littérature accorde une importance considérable à l'approche stratégique - opérationnelle qui part des objectifs stratégiques pour aboutir à des objectifs opérationnels locaux à travers une analyse de (cause - effet), l'approche par les centres de responsabilité, malgré ses limites, reste la plus pratiquée par les organisations. En l'absence d'une structure alternative alliant processus et responsabilités, les organisations sont appelées à faire un subtil dosage entre les deux modèles.

¹³⁵ Lorino 1995 et Fernandez 2003,

Conclusion de la deuxième section

Les développements de cette section ont été guidés par le souci de cerner la relation contrôle de gestion et performance organisationnelle. Nous avons d'abord essayé de cerner un cadre conceptuel du contrôle de gestion. Le cheminement que nous avons adopté nous a conduits ensuite à nous pencher à étudier le concept de la performance organisationnelle. Dans ce sens, nous avons mis l'accent en particulier sur l'ambiguïté du concept qui réside dans la pluralité des définitions produites ainsi que dans sa mesure et ses déterminants. Finalement, nous avons étudié la notion de pilotage de la performance organisationnelle.

Conclusion du premier chapitre

Nous avons présenté au niveau de ce premier chapitre un état de l'art sur les concepts du contrôle de gestion et de la performance organisationnelle. L'objectif ultime était de mieux cerner le sens de développement des deux champs de notre recherche dans la perspective de comprendre les conditions de leur articulation.

Généralement, la littérature sur le contrôle de gestion fait apparaître deux grands paradigmes majeurs. Un paradigme de contrôle de gestion classique qui s'appuie sur un mode de contrôle cybernétique dont les principales caractéristiques sont un mode d'usage diagnostique de ses outils et une dimension exclusivement financière visant l'adéquation entre les ressources employées et les objectifs fixés. Ainsi, ce modèle est adapté à un type d'organisation spécifique, agissant dans un environnement relativement stable. Il encourage la flexibilité opérationnelle, la maîtrise des coûts, l'aversion aux risques et la maîtrise de l'activité de l'exploitation.

Au contraire de ce modèle qui repose sur une vision instrumentale de contrôle, un modèle alternatif de contrôle de gestion qualifié de « pilotage » s'est développé mettant en avant des nouveaux impératifs en ce qui concerne la flexibilité stratégique, la capacité d'innovation et de l'apprentissage. Ce modèle envisage l'organisation comme un processus, intégrant en plus de la dimension financière, la dimension non financière de la performance. Ainsi, il se caractérise par un mode d'usage interactif des outils de contrôle de gestion qui favorise l'interaction entre le top management et les différents subordonnés et pairs.

Toutefois, pour certains chercheurs, l'organisation est confrontée au dilemme relatif à l'équilibre entre les activités de l'exploitation et de l'exploration qui leur incite à adopter un contrôle de gestion qui combine entre l'efficacité opérationnelle garantie par le modèle classique et l'efficacité stratégique

soutenue par le modèle de pilotage. La conciliation entre ces deux modèles donne naissance au développement des travaux sur le contrôle de gestion « ambidextre ».

Notre recherche nous a conduits ensuite à explorer la relation entre le contrôle de gestion et la performance organisationnelle.

Une revue de la littérature autour du concept de la performance qui a révélé un certain nombre des constats. Le premier constat est lié à l'absence d'un accord sur la définition du concept de performance.

Le deuxième constat est relatif à l'existence de deux modèles de pilotage de la performance qui reposent tous les deux sur deux logiques contradictoires. Le premier modèle basé sur le pilotage à travers les centres de responsabilité ne permet pas une visibilité sur les causes réelles de la performance, ce qui rend difficile l'identification des leviers de progrès.

Le second modèle qui fait référence à l'approche transversale, souffre de son côté de l'absence de contrôle dans la mesure où il n'existe pas de structures alternatives qui englobent processus et contrôle. Le troisième constat révèle la difficulté de la mesure de la performance. Celle-ci consiste à calculer l'écart entre le résultat obtenu et les objectifs poursuivis. La qualité de la mesure dépend aussi bien de la définition des objectifs que du choix des indicateurs ou des références de résultats.

Deuxième Chapitre. Contrôle de gestion et performance hospitalière

En milieu hospitalier le contrôle de gestion doit s'adapter aux spécificités de l'hôpital. Ce dernier se présente comme une bureaucratie professionnelle contrôlée par le centre opérationnel (corps médical notamment), la technostructure (services de contrôle, système d'information...) et la direction générale ne maîtrise pas totalement l'organisation hospitalière.

Parmi la diversité des outils du contrôle de gestion, c'est généralement au sein des tableaux de bord que l'on synthétise les mesures relatives aux résultats attendus et aux actions qui ont été prises pour contribuer à la réalisation des facteurs clés de succès¹³⁶. Le tableau de bord présente des caractéristiques qui le rendent pertinent pour contrôler et piloter une performance multidimensionnelle tenant compte des parties prenantes, en cela c'est un outil de gestion approprié à notre représentation de la démarche de performance hospitalière car il permet d'atteindre le dernier niveau de l'échelle de la performance, lorsque cet objectif est rendu possible.

A ce niveau, le *balanced scorecard* (BSC) possède des atouts qui le distinguent, notamment à travers l'importance accordée aux relations de causalité entre les différents axes de la performance et leurs leviers d'actions, mais aussi ses capacités à être utilisé en tant que système de contrôle diagnostique comme interactif. S'il paraît approprié au contrôle et pilotage des hôpitaux, il convient de déterminer comment le BSC peut s'adapter à un tel contexte et observer les retours d'expériences des établissements hospitaliers qui ont entrepris d'utiliser cet outil. Dans Le présent chapitre nous essayerons de répondre à la question emblématique des spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier. C'est ainsi que ce chapitre sera scindé en deux sections, la première sera consacrée à l'étude des spécificités du contrôle de gestion à l'hôpital public. La deuxième section portera sur l'apport du BSC dans le pilotage de la performance hospitalière.

Section I. Spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier

Cette section a pour objectif d'appréhender l'hôpital comme un contexte spécifique dans la littérature en gestion. Nous étudions les différentes difficultés liées à l'activité hospitalière, mais aussi l'impact de ces spécificités sur les pratiques de contrôle de gestion en milieu hospitalier. Avant de présenter le contrôle de gestion comme remède à ces difficultés. Une attention particulière sera accordée au concept de la performance hospitalière.

¹³⁶ Bréchet, J.-P., Mevellec, P. (1997). *L'articulation de la stratégie et du contrôle de gestion: L'apport de la modélisation en termes d'activités et de Processus*. VIème Conférence de l'Association Internationale du Management Stratégique (AIMS). Montréal.

1 Le contrôle de gestion à l’épreuve des particularités de l’hôpital

La littérature traitant des organisations hospitalières mentionnet quatre niveaux des difficultés rencontrées et inhérentes à l’activité hospitalière. La structure, le produit, les procédures et instruments de gestion, les personnes. Ces quatre obstacles identifiés sont autant des risques pour l’organisation, pallier à ces risques permettra à l’organisation hospitalière de mieux fonctionner et atteindre une meilleure performance.

1.1 L’hôpital : une bureaucratie professionnelle

H. Mintzberg (1995) dans son ouvrage, « Structure et dynamique des organisations », considère cinq éléments de base qui caractérisent l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. La prise en compte de paramètres de conception et de facteurs de contingence aboutit à définir cinq configurations structurelles représentant des idéaux types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnaire et l'adhocratie.

Dans cette classification qui se repose sur la configuration structurelle, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle au même titre que les universités ou les cabinets d'expertise-comptable avec les caractéristiques présentées et résumées dans le tableau suivant.¹³⁷

Tableau N°3 : Caractéristiques organisationnelles de l'hôpital

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué.

Source : Nobre T. (1999)

¹³⁷ T. Nobre (1999) « L’hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l’analyse du coût des dysfonctionnements ». 20-ème congrès de L’AFC, France. fihalshs-00587813

Pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et socialisés, des professionnels pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail.

La bureaucratie professionnelle est une structure très décentralisée. Une grande partie du pouvoir sur le travail opérationnel est située tout en bas de la structure, partagée par les professionnels du centre opérationnel. Le centre opérationnel représente donc la partie clé de l'organisation.

À travers les éléments de base de la bureaucratie professionnelle. M. Cremadez (1992)¹³⁸ a procédé à une analyse de la structure organisationnelle de l'hôpital et a dévoilé ses principales caractéristiques :

- Le sommet stratégique : Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut être constitué de l'autorité de tutelle (centrale, régionale ou locale), les instances de pilotage et la direction.
- Le centre opérationnel : comprends les unités de soins et les services médicotéchniques. Il fonctionne de manière autonome et il est prédominant dans la structure, ce qui fait de l'hôpital une organisation à culture professionnelle. Pourtant, le personnel hospitalier se caractérise par la diversité des profils et l'hétérogénéité des logiques qui ne permettent pas la constitution d'un bloc opérationnel homogène ayant les mêmes intérêts, objectifs et contraintes.
- La ligne hiérarchique : Elle a pour mission d'assurer le relais entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Ses activités sont souvent perturbées par des interruptions entre la direction et les chefs de service à cause des objectifs contradictoires.
- La technostructure : Elle a un rôle relativement faible dans la bureaucratie professionnelle, elle prend de l'importance dans les grandes organisations qui s'appuient sur la standardisation des activités. À l'hôpital, cette fonction est très réduite, elle se limite à la dimension économique et financière surtout que la standardisation par le résultat est trop difficile.
- Les fonctions de support logistique : Ces fonctions jouent un rôle primordial dans le bon déroulement des activités hospitalières opérationnelles.

¹³⁸ B. C. kirmi, W.Chahouati (2019) « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité » Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 10 : Septembre 2019 / Volume 4 : numéro 2 », pp. 321-347

La bureaucratie professionnelle est une structure très démocratique, au moins pour les professionnels du centre opérationnel. En fait, non seulement ces derniers contrôlent leur propre travail, mais ils cherchent aussi à avoir un contrôle collectif des décisions administratives qui les affectent, par exemple, recruter des collègues, décider des promotions et de l'affectation des ressources¹³⁹. Une partie du travail administratif est réalisée par les professionnels eux-mêmes. Il émerge par conséquent d'une structure démocratique.

Puisque le travail du centre opérationnel est coordonné par la standardisation des qualifications, l'encadrement et la technostructure ne sont pas des parties très développées. En conséquence, les cadres administratifs des organisations professionnelles sont responsables d'activités secondaires ; ils administrent les moyens qui sont mis à disposition de l'activité principale qui est celle des experts... À l'intérieur de la structure, la décision finale est entre les mains des divers professionnels et des organismes de décision dont ils sont les membres. Le pouvoir du professionnel a deux origines¹⁴⁰ : d'abord, son travail est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes, mais, déplus, ses services sont la plupart du temps très demandés. Cette dernière caractéristique donne au professionnel une mobilité qui lui permet d'exiger une autonomie considérable dans son travail. Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique.

12 L'hôpital : une problématique de définir un produit

Le chercheur en gestion dans le contexte hospitalier, se heurte à la difficulté de définir le produit ou l'output hospitalier¹⁴¹. C'est pourquoi on retrouve plusieurs notions floues qui caractérisent le produit hospitalier : malade, journées d'hospitalisation, nombre d'opérations et nombre de consultation.... Face à cette imprécision sur la définition de produit hospitalier, la réflexion des chercheurs s'est orientée aux activités et processus.

¹³⁹ R. Holcman (2006) « l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail : l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital : » Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Soutenue en 2006 à Paris, CNAM.

¹⁴⁰ H. Mintzberg (1995) « Structure et dynamique des organisations ». Paris Montréal, Éditions d'organisation ; Éditions Agence d'Arc - Deuxième tirage. (Chapitre 19).

¹⁴¹ Garrot T. (1995) Le management des activités en milieu hospitalier, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis

Moisdon et Tonneau¹⁴², souligne l'impossibilité d'une formalisation claire et commune d'une activité de soins. Cette complexité découle de plusieurs facteurs, on note essentiellement la multiplicité des acteurs en jeu. Les compétences multiples et les nombreuses spécialités et sous spécialités. L'existence d'un processus standardisé n'échappe pas à cette règle de complexité et ce pour plusieurs causes : le circuit d'un patient est difficilement programmé avec certitude, en particulier dans les cas urgents. La personnalisation des soins prodigués par les professionnels rendant "chaque soins unique". L'objet d'analyse étant difficile à déterminer, conditionne à son tour la pertinence et la cohérence des outils et systèmes d'information mis en œuvre pour en apprécier la valeur.

13 L'hôpital : des outils de gestion greffés sur un corps malade.

Le constat dressé par Cauvin et Coyaude¹⁴³, met en évidence que le système d'information et de gestion de l'hôpital public, sont conçus pour répondre aux exigences externes, sans prises en considération des priorités de l'établissement. Moisdon¹⁴⁴, souligne un manque des représentations formalisées d'un fonctionnement organisationnel. Un phénomène du d'une part au décalage entre les objectifs stratégiques de l'hôpital centrées sur l'amélioration du processus de soins et d'autres par les outils rattachés aux données comme le séjour, le nombre d'admissions, le nombre de lits, qui témoigne le manque de consensus sur la nature de la production hospitalière.

Les budgets hospitaliers rencontrent les mêmes limites, et n'échappent pas ainsi aux reproches. Les auteurs qualifient les budgets hospitaliers par des simples inventaires de prévisions, indépendants de toute idée directrice. Quant aux tableaux de bord, ils ne servent pas aux responsables. Ce qui impacte la performance et son évaluation.

Pour ce type d'organisation il ne suffit pas d'instrumenter pour mieux gérer. L'efficacité dépend moins de l'instrumentation que des mécanismes relationnelles qui se tissent au sein des groupes. Ces mécanismes conditionnent la mise en œuvre des différents dispositifs de contrôle.

14 L'hôpital : un monde professionnel balkanisé.

L'unanimité des auteurs est d'accord sur la complexité des relations en milieu hospitalier, ce problème relationnel est situé dans les services, et dans le manque des rôles. C'est pourquoi il est difficile de

¹⁴² Moisdon J. C., Tonneau D. (1999) La démarche gestionnaire à l'hôpital.1 - Recherches sur la gestion interne, Editions Seli Arslan.

¹⁴³ Cauvin C., Coyaude C. (1990) Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion, Economica

¹⁴⁴ Moisdon J.-C. (1997) Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, Ed. Seli Arslan.

repérer l'importance de contribution dans le processus de soins de chaque acteur. Debrosse¹⁴⁵ explique que à l'hôpital, la conscience individuelle se limite souvent à son champ d'activité et n'est pas ouverte sur le produit global fourni au patient dans le cadre d'un objectif institutionnel. Ainsi, le médecin reconnaît peu ou pas du tout les autres acteurs. Ceux-ci vont se positionner en réaction au pouvoir médical. Cela traduit une réalité à l'hôpital : l'existence de village gaulois qui va de rivalités en accords passagers ou en affrontements violents. Se regroupant quelque fois face à une administration le plus souvent décriée que reconnue. Cette séparation entre corps soignant et administratif est souvent présentée comme attribut spécifique de relation professionnelle à l'hôpital.

Ce clivage subsiste aussi au sein du secteur médical, entre services d'hospitalisation et services médicotechniques : laboratoires et radiologie. Finalement, dans le domaine administratif, il y a peu d'exemples d'une compréhension harmonieuse entre les services fonctionnels et opérationnels.

Ces comportements caractérisent la logique des clans décrits par Ochi¹⁴⁶. Cette organisation basée sur le mode des clans a des répercussions sur les relations entre "clan", spécialement en ce qui concerne le partage de l'information qui nécessite un bon consensus. Ce qui est communément connu sous le nom d'asymétrie de l'information.

Mais il semble évident que l'existence et la préservation de zones de flou et imprécision est le garant d'un équilibre du système au sein de l'organisation hospitalière. Les défaillances et lacunes qui, provoquent du flou ou la clarté et précision entraînerait désaccords et conflit, ce qui permet aux acteurs, aux procédures et aux instruments de gestion de coexister en toute sérénité. A notre sens, cette situation constitue la cause principale et l'obstacle majeur à tout essai d'implantation des systèmes de contrôle hospitalier visant à mettre en évidence les activités de chacun.

Pour les acteurs hospitaliers internes, l'incertitude est synonyme de quiétude et sérénité, tandis que par l'opacité les acteurs cherchent à se protéger du changement.

En se basant sur les théories économiques dont l'hypothèse de base est l'opportunisme, Arrow¹⁴⁷ explique que pour pallier aux problèmes liés à l'asymétrie de l'information et par conséquent réduire

¹⁴⁵ Debrosse D. (1994) « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), La démarche de projet dans les établissements de santé, Privat.

¹⁴⁶ Ouchi W. G. (1979), "A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms", Management Science, vol 25, n° 9, september.

¹⁴⁷ Arrow Kenneth J. (1974), *The Limits of Organisations*, New York, Norton. Éd. Française : 1976, Les Limites de l'Organisation, Paris, Presses Universitaires de France.

les risques issus du comportement “non optimal” des individus pour l’atteinte d’une performance organisationnelle, passe par l’instauration d’une relation de confiance et l’adoption des incitations.

2 La problématique du contrôle dans l’hôpital public :

Le contrôle de gestion est confronté aux spécificités de l’hôpital public. Nous présentons dans ce qui suit les limites des systèmes de contrôle existants notamment le contrôle budgétaire et la comptabilité analytique. Nous mettons ensuite l’accent sur une des spécificités majeure de l’hôpital public à savoir la présence d’une domination des médecins. Enfin, nous présentons le découplage entre la planification et l’action qui caractérise l’hôpital public du fait de l’existence d’un corps médical dominant.

2.1 Les limites du contrôle externe et de la comptabilité analytique.

Selon Pettersen¹⁴⁸, les hôpitaux sont face à des problèmes de systèmes d’information comptable pour le contrôle de gestion. Selon le cadre normatif, les budgets sont des éléments importants pour les systèmes de contrôle de gestion. Les écarts entre les données ex-ante comme le budget et les prévisions et les données ex-post exprimées par l’information comptable comme données réelles doivent représenter l’information essentielle pour l’évaluation annuelle. La littérature normative soutient que l’information sur le passé (expost) devrait influencer les décisions concernant le futur (ex-ante) et ces décisions devraient affecter les actions.

Le contrôle budgétaire suppose la connaissance des objectifs à atteindre, la description claire des « outputs » et une bonne connaissance des relations de causalité. Avoir une bonne mesure des « outputs » permet l’exercice d’un contrôle sur ces « outputs » et une bonne connaissance des relations de causalité permet l’exercice d’un contrôle des comportements. Thompson¹⁴⁹ souligne que l’efficacité de l’approche budgétaire repose à la fois sur une bonne mesure de la production et sur une bonne connaissance des règles de causalité des consommations des ressources. Or l’hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions.

La mesure de la production reste problématique même si le programme de médicalisation du système d’information (PMSI) est une avancée non négligeable¹⁵⁰. En effet, le rassemblement des séjours en groupes homogènes de malades (GHM), pour définir des consommations standards par pathologie et

¹⁴⁸ Pettersen I. J., 1995, *Budgetary Control of Hospitals- Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? Financial Accountability and Management* 11 (3), 207-221.

¹⁴⁹ Thompson JD(1967). *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill.

¹⁵⁰ Nobre, T. (2001). *Le contrôleur de gestion de la PME. Comptabilité – Contrôle – Audit*, 7, 129-146.

par catégorie de malades, implique de fortes simplifications qui ne rendent pas compte de la diversité des situations des établissements et des traitements thérapeutiques¹⁵¹.

De surcroît, les soins produits à l'hôpital ne sont ni « inventoriables » ni transportables.

L'hôpital dispose de peu de possibilités pour anticiper la demande des clients (patients) : les patients gravement blessés ou les patients présentant des complications sévères doivent être traités dès qu'ils arrivent à l'hôpital. Ces facteurs réduisent la flexibilité des hôpitaux et introduisent une importante source d'incertitude pour les organisations. Si les firmes industrielles peuvent constituer des stocks pour gérer les demandes imprévisibles des clients, cette option est plus difficile pour l'activité hospitalière. Cet aspect d'imprévisibilité est une importante dimension pour le contrôle de gestion et pour la prise de décision stratégique au sein des organisations.

La causalité en matière de consommation des ressources constitue la deuxième limite de l'approche budgétaire. La diversité des patients et des protocoles de soins correspondants ne permettent pas d'identifier facilement des régularités d'activité. En effet, l'imbrication des facteurs est telle qu'une loi permanente invariable ne saurait expliquer de manière exhaustive la consommation de ressources. Les indicateurs comme la cotation des actes, la pathologie ou la durée de séjour, lorsqu'ils sont pris comme critère unique, ne permettent pas d'expliquer la logique de consommation de l'ensemble des ressources.

Le processus de soins demeure méconnu. Il n'y a pas un enchaînement linéaire d'une cause et de son effet mais un enchevêtrement de causes multiples concourant à la réalisation d'un service aux « spécifications techniques » imprécises. Si la méthode de comptabilité analytique fondée sur les activités (Activity based Costing) a l'avantage d'éviter un raisonnement exclusivement volumique (par unité d'oeuvre), le calcul nécessite tout de même un seul inducteur de coût pour chaque activité recensée, la prise en charge hospitalière obéit à de multiples causes qui ne sont pas toutes mesurables quantitativement¹⁵².

La difficulté d'établir une relation de causalité pose également des difficultés pour le système de calcul des coûts et de comptabilité analytique à l'hôpital. Comme le précise Regnard¹⁵³, l'ambition affichée du calcul du coût des soins est de parvenir à relier des données médicales et sanitaires à des données

¹⁵¹ ESCAFFRE J. P., (2008), Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers, Economica, Paris

¹⁵² Regnard, Y. (1998). Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques. *Comptabilité Contrôle Audit*, 4, 49-67. <https://doi.org/10.3917/cca.041.0049>.

¹⁵³ Idem.

financières. Cette liaison revêt un caractère artificiel dans la mesure où le coût représente ce qui est consommé en ressources et non ce qui est produit en valeur. Les mesures de coûts à l'hôpital sont souvent des mesures de coûts des « inputs » et ne peuvent pas être utilisées pour le contrôle des « outputs ». Les coûts des établissements hospitaliers sont largement discrétionnaires dans la mesure où « la liaison entre le niveau des coûts engagés et le résultat obtenu est difficile à établir¹⁵⁴ ». Il devient alors délicat de savoir si les coûts sont efficaces, c'est-à-dire si les charges engagées sont pertinentes par rapport à l'utilisation qui en est faite.

Une autre limite du système de calcul des coûts à l'hôpital réside dans le problème de l'imputation des charges indirectes. En effet, un système de soins n'est pas vraiment observable ni mesurable en raison de l'hétérogénéité et de l'immatérialité des prestations. La variété de situations et l'incertitude des besoins ne permettent pas à un établissement de soins de constituer une marge de manœuvre à partir d'une standardisation des produits et des processus¹⁵⁵.

Halgand¹⁵⁶ identifie deux difficultés au modèle de répartition des charges indirectes en comptabilité analytique hospitalière. La première est liée au poids « exorbitant » des charges indirectes. Dans une étude réalisée dans un hôpital, Halgand constate que la proportion des composantes du coût total complet qui se déverse sur le produit (le GHM) au travers de l'unité d'œuvre « durée de séjour » s'élève à plus de 70 %. En d'autres termes, l'indicateur « durée de séjour » conditionne plus de 70 % du coût total du produit.

La deuxième difficulté réside dans la prédominance de la durée de séjour comme unité d'œuvre. Cette prédominance présuppose l'homogénéité en matière de consommation des ressources de tous les cas traités (séjours) à l'intérieur d'un GHM. Selon les discours des médecins, chaque patient est unique et requiert un traitement individualisé. Il y aurait donc autant de produits différents que de patients traités, autrement dit, le produit hospitalier échapperait à toute tentative de standardisation comptable. Le modèle du PMSI ne permet pas de mettre en évidence une éventuelle variabilité des charges en fonction de la composition du case-mix (ensemble des séjours réalisés à l'hôpital et regroupés dans des GHM).

¹⁵⁴ GERVAIS F. (1997). « Le plaisir de lire au primaire ». In M. Noël-Gaudreault (dir.), *Didactique de la littérature. Bilan et perspectives*. Québec : Nuit blanche, p. 33-45.

¹⁵⁵ Regnard, Y. (1998). Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques. *Comptabilité Contrôle Audit*, 4, 49-67. <https://doi.org/10.3917/cca.041.0049>

¹⁵⁶ Angelé-Halgand, Nathalie. (1995). Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité Contrôle Audit*. 1. 34-51. 10.3917/cca.012.0034.

Le contrôle budgétaire et les outils qui l'accompagnent (mesure de la production par le modèle de calcul de coût par GHM) sont peu adaptés à un pilotage effectif de la performance des établissements hospitaliers. Il s'agit d'un contrôle aveugle¹⁵⁷, d'un rituel¹⁵⁸, d'une action hypocrite¹⁵⁹, d'un rituel rhétorique ou d'un mythe rationalisé¹⁶⁰. Les constats réalisés par ces différents auteurs se révèlent très pessimistes quant à l'efficacité du système. Par ailleurs, « la relation entre l'activité et les ressources reste inconnue dans la mesure où les professionnels ne la spécifient pas eux-mêmes, si bien que la prévisibilité de la production et des moyens pour l'assurer est faible¹⁶¹ ».

Selon Alvarez¹⁶², le contrôle budgétaire dans les hôpitaux s'apparente plus à un processus politique fondé sur une rationalité caractérisée par des négociations qu'à une volonté d'utiliser des mesures d'output pour réaliser le contrôle. Le contrôle externe de la tutelle n'est pas le seul facteur qui influence fortement l'organisation et la gestion à l'hôpital. Un autre aspect participant à influencer cette gestion a trait au type d'organisation particulière qui conduit à caractériser l'hôpital de bureaucratie professionnelle, telle qu'elle a été développée par Mintzberg¹⁶³.

22 Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers

L'hôpital public constitue un cadre favorable à un renouvellement de la réflexion sur les systèmes de contrôle, qui « procède largement du contexte des entreprises employant des acteurs à forte identité professionnelle, associant des champs de compétence reconnus et variés et développant des gestions en réseau ce qui implique coordinations, synergies et démarches stratégiques communes¹⁶⁴ ». Ces caractéristiques fondamentales déterminent les enjeux du contrôle du point de vue de sa constitution, de

¹⁵⁷ Olson, O. (1985). Quasiplanning and Blind Control. Working paper, Dept of business administration, University of Gotenburg.

¹⁵⁸ Olsen, J. P. (1971). Local Budgeting, Decision Making or Ritual Act. *Scandinavian Political Studies*, 5(3): 85-118.

¹⁵⁹ Brunsson, N. (1986). Organizing for inconsistencies: On organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action. *Scandinavian Journal of Management Studies* 2(3-4): 165-185.

¹⁶⁰ Pettersen, I. J. (1995). Budgetary control of hospitals-Ritual rhetorics and rationalized myths? *Financial Accountability and Management* 11: 207-207.

¹⁶¹ Fabienne A. le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels. 21^{ème} congrès de l'afc, May 2000, France. pp. CD-Rom. halshs-00587417

¹⁶² Idem.

¹⁶³ Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1982. Trad. anglaise : *The Structuring of Organizations : a Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.

¹⁶⁴ Cauvin C. (1999) « Les habits neufs du contrôle de gestion », *Questions de contrôle*, sous la direction de Lionel Collins, PUF

sa finalité, de ses interactions avec l'environnement et de son évolution¹⁶⁵. Sur le plan organisationnel, la complexité des processus se traduit par une hyperspécialisation des tâches, et plus globalement, par une professionnalisation de la structure qui débouche sur une bipolarisation de la carte des pouvoirs, axée sur les sphères gestionnaires et médicales.

Selon Alvarez, le domaine de la santé utilise « des référentiels professionnels puissants » et nourrit « des préventions fortes envers les démarches de gestion ¹⁶⁶ ». Gauthier et al¹⁶⁷. Précisent à ce sujet qu'un certain « humanisme » propre à la profession tend à rejeter toute approche quantitative, chiffrée, des divers domaines de l'activité hospitalière. Debrosse enfin, souligne que « [...] tous ces éléments, recueillis et analysés, sont les outils d'une démarche stratégique, en rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine. Il faut reconnaître que la mutation recherchée est particulièrement forte. Il est donc compréhensible que le corps médical résiste ».

Le service rendu (ou produit) par l'hôpital est réalisé lors d'un « moment de vérité » où le client (patient) interagit en face-à-face avec le médecin ou l'infirmier. La gestion n'a aucune influence sur ce qui se produit du fait que le service rendu (le soin) est créé par la combinaison des qualifications et de la compétence des professionnels et au regard de la situation. Dans beaucoup de cas, la vie et la mort des patients dépendent des qualifications professionnelles des médecins et des infirmiers. De ce fait, la coordination des activités médicales peut difficilement s'opérer uniquement à travers des règles mais elle nécessite une gestion guidée par le jugement professionnel et les pratiques médicales acceptées (exemple : procédures opérationnelles standardisées).

Le budget est un mécanisme administratif formel de contrôle conçu suivant les principes bureaucratiques du contrôle¹⁶⁸. Plusieurs travaux de recherche démontrent que les professionnels (médecins et infirmiers) sont en conflit quand ils sont invités à participer à cette forme de contrôle. Une des solutions pour éviter ce qui peut être qualifié de conflit « professionnel-bureaucratique » est d'éviter la confrontation entre les professionnels et les systèmes bureaucratiques qui restreignent l'autorégulation de leurs activités¹⁶⁹.

¹⁶⁵ Schmitt B. (1994) « La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain », in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), La démarche de projet dans les établissements de santé, Privat.

¹⁶⁶ Cauvin C. (1999) « Les habits neufs du contrôle de gestion », Questions de contrôle, sous la direction de Lionel Collins, PUF

¹⁶⁷ Gauthier P. H., Grenon A., Omnès L., Perchet J. Y. (1975) L'analyse de gestion à l'hôpital, Heral Editions.

¹⁶⁸ Paulsson, G. (2012), The Role of Management Accountants in New Public Management. Financial Accountability & Management, 28: 378-394. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2012.00552.x>

¹⁶⁹ Abernethy, Margaret A. & Stoelwinder, Johannes U., 1995. "The role of professional control in the management of complex organizations," Accounting, Organizations and Society, Elsevier, vol. 20(1), pages 1-17, January.

En raison de l'environnement financier et politique actuel auquel les hôpitaux doivent faire face, les professionnels subissent une pression pour s'impliquer dans le budget et les autres formes administratives de contrôle.

Selon Mintzberg, la partie la plus importante d'une organisation professionnelle est le centre opérationnel, dominé par les cliniciens. Le système comptable reposant sur le modèle des

DRG / GHM peut alors être analysé comme une tentative de conquête de pouvoir émanant de la technostructure aux dépens du corps médical¹⁷⁰.

L'approche de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg permet d'appréhender le rôle central joué par le centre opérationnel, c'est-à-dire le corps médical.

L'analyse proposée par Mintzberg montre comment les médecins et les chirurgiens détiennent le pouvoir. La spécificité et la spécialisation de leur activité leur ont permis jusqu'à récemment de constituer une zone interdite à tout membre extérieur au « clan » au sens de Merchant¹⁷¹. Selon Pettersen (1995), la complexité du processus de production au sein de l'hôpital confère aux professionnels qui fournissent les soins (médecins et infirmiers) le monopôle de la production (pour exercer l'activité médicale il faut être médecins). Les normes et les valeurs professionnelles sont la plateforme sur laquelle est fondée l'évaluation de la qualité (seuls les chirurgiens peuvent évaluer les résultats des traitements chirurgicaux). Quand l'évaluation est fondée sur les normes professionnelles, les professionnels ont le monopôle de l'information et de l'évaluation. Ce double monopôle de la production et de l'évaluation confère aux professionnels à l'hôpital une position unique de supériorité (suprématie) à travers de fortes normes d'autorité légitime. Ainsi, on découvre un mode de contrôle par le « clan » à l'hôpital.

Le modèle de la bureaucratie professionnelle décrit les rapports de pouvoir existant au sein de l'hôpital avec la prédominance du corps médical (Nobre, 2001). Quand les processus de production dépendent de l'expertise des professionnels, ces derniers bénéficient d'une autonomie considérable au sein des organisations (Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Raelin¹⁷² souligne qu'il existe un risque de « choc de cultures » quand les professionnels (médecins) appartiennent à une organisation bureaucratique. Selon Abernethy et Stoelwinder (1995), le conflit entre

¹⁷⁰ Halgand N. (1997) « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier », Comptabilité-Contrôle-Audit, Tome 3, Volume 2, septembre, pp. 77-92

¹⁷¹ Merchant K. A. (1998), Modern Management Control Systems : Text & Cases, International Edition

¹⁷² Raelin, J. A. (1985). Work patterns in the professional life-cycle. Journal of Occupational Psychology, 58, 177-187.

les professionnels et les normes et valeurs bureaucratiques est réduit quand les professionnels travaillent dans un environnement où les contrôles de la production ne restreignent pas l'autorégulation de leurs activités.

Certes, les démarches découlant des procédures budgétaires sont nécessaires pour le contrôle de la consommation des ressources dans le cadre d'une gestion centralisée des différentes unités appartenant à un même établissement. Néanmoins, elles se révèlent incapables de favoriser un pilotage effectif des activités en aidant les différents acteurs à guider leur prise de décision et leurs actions. Le budget représente une preuve externe de l'adhésion de l'hôpital aux plans et aux décisions gouvernementales mais il n'est pas une preuve d'efficacité. Ainsi, l'évaluation met plus l'accent sur la conformité avec les règles que sur les résultats atteints. Le contrôle à l'hôpital est enraciné dans les décisions cliniques et non dans l'évaluation administrative.

23 Le contrôle de gestion face au découplage entre planification et action.

March et Olsen¹⁷³ mettent l'accent sur le découplage entre la planification et l'action à l'hôpital. Ce découplage est la conséquence de l'existence de différentes logiques dans ce type d'organisations. La culture administrative est construite suivant la logique de « conséquences », tandis que la culture des médecins et des infirmiers est guidée par une logique de pertinence.

Dans une étude concernant les hôpitaux en Norvège, Pettersen constate que les décisions exprimées à travers les budgets sont séparées des actions exprimées sous forme d'information comptable. En référence à la littérature normative en contrôle de gestion, ce découplage remet en question la possibilité de considérer les budgets comme des instruments de contrôle de gestion. La théorie institutionnelle, postule que la séparation entre la planification et les actions se produit car la planification (budget) a une fonction de légitimation de l'existence des organisations gouvernementales. L'information comptable est le résultat des actions. Ainsi, la planification peut être considérée comme une cérémonie ou un rituel plus qu'un document stratégique pour le contrôle de gestion.

Le découplage entre les décisions et les actions est un découplage entre les budgets et le réalisé dans les hôpitaux. Il peut être analysé comme un comportement « hypocrite » dans le sens où les budgets reflètent les normes externes exprimées par le système politique.

¹⁷³ March, J.G. and Olsen, J.P. (1976) Ambiguity and Choice in Organizations. *American Journal of Sociology*, 84, 765-767

L'information comptable est l'expression en termes monétaires des actions de soins prodigués par les professionnels. Le processus budgétaire à l'hôpital peut être considéré comme un rituel. Dans ce rituel les différents services de l'hôpital sont représentés par des avocats dont l'intention est d'influencer le processus de décision et ainsi légitimer leur existence¹⁷⁴. En décrivant ainsi le processus budgétaire, le contrôle de gestion au sein de l'hôpital peut se présenter comme la gestion de normes et de valeurs incompatibles afin d'intégrer les décisions et les actions des chefs des services cliniques. Pour le contrôle de gestion à l'hôpital, le système d'action doit être intégré avec le système de décision politique.

Le découplage entre la planification et l'action renvoie sur l'existence de deux types de contrôles à l'hôpital. Mintzberg observe l'émergence de deux systèmes de contrôle dans les bureaucraties professionnelles comme les hôpitaux. Dans le premier système de contrôle, les professionnels cherchent à maintenir les communications latérales, le contrôle de leur propre travail et le contrôle collectif des décisions administratives qui impactent leurs activités telles que la distribution des ressources. Le deuxième système, le flux d'information et de contrôle est inversé. L'administration de l'hôpital contrôle et dirige les activités des fonctions support. Mintzberg note l'émergence de hiérarchies parallèles au sein de l'hôpital : « La première est une hiérarchie démocratique et bottom-up pour les professionnels et la seconde est une machine bureaucratique et top-down pour les équipes support »

Ouchi distingue deux catégories de mécanismes à travers lesquels les organisations peuvent être gérées : le contrôle bureaucratique et le contrôle professionnel ou par le « clan ». Ouchi indique que le contrôle bureaucratique, comme le contrôle budgétaire, présente un caractère explicite. Même si les règles peuvent être arbitraires, le mode de communication est objectif et le langage utilisé est compréhensible par tous les membres de l'organisation.

L'efficacité du contrôle bureaucratique dépend du degré d'arbitraire de ses règles et de sa capacité à représenter des activités de plus en plus complexes.

Selon Georgescu et Naro¹⁷⁵, le contrôle par les résultats à l'hôpital public se juxtapose avec un contrôle professionnel qui domine dans les bureaucraties professionnelles. Sur ce point, la littérature (Ouchi, 1979 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995) indique que le contrôle professionnel ou le contrôle par le « clan » se retrouve dans un corps d'experts, autonome ou indépendant des règles de l'organisation. Il

¹⁷⁴ Brunsson, N. (1982). The irrationality of action and action rationality: decisions, ideologies and organizational actions. *Journal of management studies*, 19(1), 29-44.

¹⁷⁵ Gérald Naro, Irène Georgescu. Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 2012, 18 (3), (10.3917/cca.183.0067). (hal-01825502)

caractérise toute profession disposant de règles déontologiques ou de codes éthiques. De surcroît, lorsqu'il est difficile de connaître le processus de production et d'en mesurer les résultats, ce mode de contrôle social prend effet grâce à l'expertise de ses acteurs¹⁷⁶.

L'identification des obstacles organisationnels spécifiques à l'hôpital public questionne aussi l'utilité des dispositifs offerts par le contrôle de gestion et leurs apports pour pallier à ces dysfonctionnements.

Sous-section 2 le concept de la performance hospitalière

L'utilisation des mesures de la performance permet aux décideurs de garantir une amélioration des systèmes de santé. La mission principale des systèmes de mesure de la performance est d'améliorer la qualité des décisions prises par tous les acteurs au sein du système de santé, dont essentiellement les patients, les praticiens, les assureurs, les cadres, les pouvoirs publics ...

Toutefois, l'introduction des mesures de la performance en milieu hospitalier se heurte aux spécificités du contexte, et produit plusieurs effets indésirables. Cette sous-section a pour objectif d'analyser les différents effets relatifs à l'introduction des systèmes de mesures de la performance dans les établissements hospitaliers. Mais avant, il s'avère intéressant de clarifier le concept de la performance hospitalière

1 La performance hospitalière : définitions et enjeux d'un concept.

Mesurer la performance en milieu hospitalier est une problématique épineuse, liée à la difficulté de cerner une définition précise et unanime au concept de la performance d'où notre intérêt à analyser dans ce concept est plus particulièrement dans le contexte des établissements hospitaliers. Une majorité des pays occidentaux ont développés des cadres et des outils d'évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé. Malgré cette utilisation abondante, la revue de la littérature témoigne de plusieurs enjeux théoriques et méthodologiques irrésolus.

Conceptuellement, la notion de performance hospitalière et les éléments qui la composent sont flous, pluriels et peu ancré théoriquement.

Champagne et al. (2005)¹⁷⁷ stipule que pour comprendre la notion de performance dans le contexte hospitalier il est nécessaire de l'appréhender comme un phénomène contingent et paradoxal.

¹⁷⁶ Orlikowski, W.J. and Robey, D. (1991) Information Technology and the Structuring of Organizations. Journal of Information Systems Research, 2, 143-169. <http://dx.doi.org/10.1287/isre.2.2.143>

¹⁷⁷ Champagne, F., & Guisset, A. L. (2005). The assessment of Hospital Performance : Collected Background Papers.

1.1 La performance hospitalière : l'émergence d'un concept.

La définition de l'objet est une étape préalable à tout essai de mesurer. Donc avant d'entamer les modèles d'évaluation il faut s'interroger sur la notion de performance. L'émergence de ce construit, est le résultat de plusieurs rapports de force au sein des hôpitaux publics. Nous présenterons plusieurs définitions spécifiques à des organisations internationales et même au niveau national de certains pays.

Différentes perceptions de la performance hospitalière peuvent être citées, les pays anglo-saxons se sont les premiers à avoir s'emparé du concept de la performance hospitalière notamment au Royaume-Uni. Dès 1859, Florence Nightingale a précisé que "it may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm" selon cette définition, la performance hospitalière se réduit à la seule dimension de ne pas faire du "mal" aux malades.

En 1912, les Etats-Unis avaient compris la nécessité de mesure de la performance dans le secteur de la santé, c'est ainsi que Ernest Amory Codman, a mis les bases des différentes dimensions de la performance hospitalière : "so I am called eccentric for saying in public that hospitals, if they want to be sure of improvement,

- Must find out what their results are,
- Must analyze their results, to find their strong and weak points,
- Must compare their results with those of other hospitals,
- Must not pretend that work which they do as competitive business is charity ;
- Must welcome publicity not only for their successes, but for their errors, so that the public may give them their help when it is needed... "

Les deux définitions de la performance hospitalière insistent que l'objet de toute évaluation et de permettre une meilleure prise en charge aux patients.

En France cette notion a été largement débattue, tout en restant longtemps prisonnière de la seule acceptation des différents acteurs au sein de l'hôpital public français. Pour les médecins, il suffit de définir la performance comme la qualité des soins. D'autres acteurs considéraient qu'être performant pour un établissement de santé signifiait répondre à tous les besoins d'une population. Ces définitions divergentes sont expliquées par le jeu du pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. Mais l'avènement de plusieurs réformes touchant l'hôpital public a favorisé l'émergence d'un consensus autour de la notion de performance. Suite à la réforme de la tarification à l'activité, les établissements hospitaliers doivent répondre aux besoins en santé de la population tout en assurant la meilleure qualité possible des soins avec le maximum d'efficacité organisationnelle, d'où la définition de Jean de

Kervasdoué : “ soigner tous les malades avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment”

D'autre part la promulgation de la LOLF a renforcé les exigences des citoyens en termes de transparence, et a mis à jour la nécessité de rendre compte de l'utilisation des deniers publics. L'apparition des contrats objectifs et de moyens entre les établissements et les agences régionales d'hospitalisations. Ce qui engage les établissements hospitaliers à l'élaboration des orientations stratégiques et implique l'existence d'une implication et un consensus autour des objectifs organisationnels.

Quant à l'OCDE, il se préoccupe de la problématique de l'augmentation accrue des besoins en santé, ce qui engendre une augmentation des coûts de soins. D'où la nécessité d'une évaluation et maîtrise des coûts en milieu hospitalier.

L'organisation mondiale de la santé dévoile une définition intéressante, qui met l'accent sur plusieurs dimensions : “ performance is the achievement of desired goals, high hospital performance should be based on professional competences in application of present knowledge, available technologies and resources, efficiency in the use of resources, minimal risk to patient, satisfaction of the patient, health outcomes. Within the health care environment, high hospital performance should further address the responsiveness to community needs and demands, the integration of services in the overall delivery system, and commitment to health promotion. High hospital performance should be assessed in relation to the availability of hospital's services to all patients irrespective of physical, cultural, social, demographic and economic barriers”

Donc la performance n'est définie que par rapport aux objectifs auxquels elle est rapportée. C'est un concept relatif et non absolu. Pour cerner une première définition de la performance des hôpitaux publics, il faut spécifier les objectifs des hôpitaux publics.

1.2 La performance hospitalière : un concept à dimensions plurielles.

Comme nous l'avons montré dans le point précédent, le concept de la performance hospitalière revêt une grande importance. Or, cette notion ne trouve pas un sens partagé chez les différents acteurs¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Étienne Minvielle, « Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ? », *Quaderni*, 82 | 2013, 83-98.

Plusieurs travaux confirment ce constat, Teil (2002)¹⁷⁹ déclare que la performance hospitalière est multidimensionnelle, son appréciation diffère selon l'acteur concerné par son évaluation.

Minvielle et al. (2008)¹⁸⁰ ont mené une étude sur la perception des dimensions constitutives de la performance hospitalière auprès de différentes parties prenantes, l'étude s'est appuyée sur quatre dimensions de la performance traduisant les quatre modèles existants dans la littérature :

- ❖ Le modèle rationnel d'atteinte des buts de l'organisation dans lequel la performance organisationnelle se mesure par rapport à la réalisation des buts de l'organisation ;
- ❖ Le modèle d'acquisition des ressources dans lequel la performance se mesure par rapport à la capacité de l'organisation à obtenir les ressources qui assurent sa viabilité et son développement tout en assurant sa capacité d'adaptation ;
- ❖ Le modèle de l'analyse des processus internes dans lequel la performance se mesure à la qualité des processus de production et de coordination de l'organisation ;
- ❖ Le modèle des relations humaines dans lequel la performance se mesure par rapport à la qualité du milieu de travail sur le plan humain.

Cette étude quantitative a été menée auprès des soignants, des médecins et des administrateurs. Les résultats révèlent que les questionnées privilégient les dimensions : relations humaines, le climat organisationnel et la qualité de vie au travail comme dimensions prépondérantes de la performance hospitalière.

Grandjean (2015)¹⁸¹ différencie trois parties prenantes parmi les destinataires des services : le citoyen, le contribuable et l'utilisateur. La mesure de performance est distincte selon ces trois approches : pour le citoyen, la performance est mesurée sur la base des résultats d'amélioration de la santé pour une population donnée, alors que pour le contribuable, la performance se mesure par l'efficacité qui met en comparaison les moyens consacrés aux soins aux résultats, et enfin l'utilisateur, pour qui la performance se mesure au moment où le soins est prodigué.

Dès lors, il devient évident que le système de santé est composé d'acteurs, et de groupes d'acteurs dont les représentations et les perceptions quant à la notion de performance sont au pluriels. D'où, la place

¹⁷⁹ Teil, A. (2002). Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière, thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin-Lyon 3.

¹⁸⁰ Idem.

¹⁸¹ Beatrice, Fermon & Grandjean, Philippe. (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé.

de la gouvernance dans la conciliation en vue de satisfaire les objectifs des différentes parties prenantes et l'atteinte d'une performance " négociée".

Après avoir passé en revue le concept de la performance hospitalière, nous nous intéressons dans le paragraphe suivant aux obstacles organisationnels en milieu hospitalier.

2 L'utilisation des mesures de la performance une mise à l'épreuve des missions et principes hospitaliers.

Le caractère multidimensionnel de la performance des établissements hospitaliers, couplé à la spécificité des missions de soins et les principes originels dans les établissements de soins rendent la mesure de la performance une mission pénible.

A cet égard, plusieurs travaux en contrôle de gestion notent que l'utilisation des mesures de la performance au sein des organisations de santé est emblématique pour plusieurs raisons, la complexité de ces établissements, de leurs missions typiques et du pluralisme des professions. Associer recherche de productivité et prise en compte des besoins uniques des patients constituent un enjeu pour les professionnels de santé¹⁸².

Les auteurs soulignent aussi que les établissements hospitaliers sont départagés par quatre différents mondes, compliquant les liens entre contrôle et missions de soins. Le critère de distinction entre ces quatre mondes repose sur la fonction : le monde du « cure », et dont la fonction principale est le traitement, représenté par les médecins. Le deuxième monde et celui du « care », et dont la fonction principale est les soins, représenté par les infirmiers. Un troisième monde du contrôle est dirigé par l'administration. Et enfin, un quatrième monde de la communauté. Ce clivage alimente les tensions entre les quatre mondes et limite la coordination au sein des établissements hospitaliers.

Le patient est au cœur d'intérêt dans les structures de soins, car la mission principale de l'hôpital est prodiguée des soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins sont destinés à tous les personnes, et chaque patient doit suivre un parcours de soins depuis l'entrée jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Si le parcours de soins est unifié, la prise en charge diffère selon plusieurs critères dont essentiellement la durée, la nature de soins ou l'intervention. Donc, les établissements hospitaliers reçoivent des patients qui nécessitent des interventions urgentes, et d'autres patients souffrants de pathologies chroniques et doivent recourir régulièrement aux soins de l'hôpital public. Dès lors, en introduisant des mesures de

¹⁸² Weber, J., & Horner, K. (2012). *Introducing multilingualism: A social approach*. London: Routledge.

performance, les médecins se retrouvent face aux dilemmes : prodiguer les soins ‘‘justes’’ ou privilégier les objectifs de quantification¹⁸³. Plusieurs recherches ont mis en lumière l’impact engendré par les mesures de la performance sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

L’impact de l’introduction des mesures de la performance ne peut être le même pour tous les acteurs internes, les médecins-professeurs des centres hospitalo-universitaires se distinguent par une mission dédiée à la recherche scientifique. En plus ces acteurs se voient impliqués dans des activités autres que prodiguer des soins tels que : activités d’enseignement et activités de représentations des comités professionnelles. Grima et al¹⁸⁴., considèrent que ces médecins risquent d’être émergés par des tâches administratives et centrés leurs activités sur les objectifs quantitatifs, en détriment de réalisation des autres missions.

Cette recherche de coordination entre les principes marchands et les valeurs du service public hospitalier est supposée être problématique. Plusieurs auteurs analysent cette combinaison que Thévenot¹⁸⁵ qualifie de paradoxal. Un autre enjeu majeur pour les organisations hospitalières, et l’impact des mesures de la performance sur l’autonomie des professionnels de santé.

3 L’autonomie des professionnels de santé remise en question par l’introduction des mesures de la performance en milieu hospitaliers.

Plusieurs recherches concluent que la reddition des comptes dans les organisations hospitalières appuyée par l’utilisation de mesures de la performance et l’introduction des principes du NPM¹⁸⁶ est confrontée à une logique médicale et professionnelle dominante (Reay & Hinings, 2009). Malgré la réticence des médecins, l’utilisation des outils comptables à trouver place dans les organisations hospitalières. Exigent ainsi aux médecins de rendre compte de leurs activités (Jacobs, 2005). Dans ce sens, les indicateurs de performance sont considérés comme une nouvelle manière de contrôle de la profession médicale, ainsi

¹⁸³ almmose, Margit & Kure, Nikolaj, 2021. "Putting the patient first? The story of a decoupled hospital management quality initiative," CRITICAL PERSPECTIVES ON ACCOUNTING, Elsevier, vol. 80(C).

¹⁸⁴ Simón Grima, J. S., Estrada-Marcén, N., & Montero-Marín, J. (2019). Exercise addiction measure through the Exercise Addiction Inventory (EAI) and health in habitual exercisers. A systematic review and meta-analysis. *Adicción al ejercicio medida a través del Exercise Addiction Inventory (EAI) y salud en deportistas habituales. Una revisión sistemática y meta-análisis*. *Adicciones*, 31(3), 233–249. <https://doi.org/10.20882/adicciones.990>

¹⁸⁵ Thévenot, L. (2001) : « Organized complexity : Conventions of coordination and the composition of economic arrangements », *European Journal of Social Theory*, 4 (4), p. 405-425. DOI : [10.1177/1368431012225235](https://doi.org/10.1177/1368431012225235)

¹⁸⁶ Georgescu, I., Augé, B., Grima, F., & Naro, G. (2018). Feedback centré sur une facette de la performance et pression financière interne dans le cadre de la réalisation d’une tâche complexe: une étude dans les hôpitaux publics français. *Management international*, 22(3), 39-50.

que des garants de la qualité des soins prodigués aux patients. Le recours à des indicateurs de performance peut engendrer une perte de l'autonomie médicale basée sur un contrôle des pairs et des valeurs professionnelles¹⁸⁷.

Cette question d'autonomie des professionnelles de la santé face à l'utilisation des mesures de performance a été largement débattue, Abernethy & Stoelwinder, soulignent que l'introduction de pratiques de contrôle de gestion dans les organisations professionnelles risque de créer un choc culturel. Dans le même contexte, plusieurs travaux analysent la notion d'hybridation des médecins " convertis " en médecins-gestionnaires¹⁸⁸. Les résultats de ces études laissent place à l'ambiguïté, car elles révèlent deux postures contradictoires : résistance et compliance des médecins face à ces pratiques managériales.

Doolin¹⁸⁹, a réalisé une étude au niveau des hôpitaux de Nouvelle-Zélande qui a montré que les médecins devenus gestionnaires de leur unité de soins se sont adaptés à cette nouvelle culture managériale. Cette même étude montre que les médecins ont procédé à des interventions afin d'absorber le changement au lieu de le défendre, ce qui traduit un conflit entre les priorités de survie organisationnelle économique dans un marché de la santé de plus en plus concurrentiel et le maintien d'un ordre interne négocié au niveau de l'organisation de travail. Ce découplage est considéré comme une forme de résistance, ou les acteurs semblent accepter le changement pour un objectif de légitimation externe, mais résistent à l'usage de ces pratiques des changements en internes.

Une deuxième étude a traité de la notion d'hybridation des médecins dans le contexte hospitalier finlandais. Donc, pour des médecins qui ont acquis des compétences gestionnaires de calcul, cette étude reflète une appropriation des médecins-gestionnaires des outils comptables. Mais sans nous permettre de comprendre les compromis établis pour accepter ces usages sur le terrain.

En 2009, une étude longitudinale a marqué la réussite dans l'intégration du blanced-scorecard dans des établissements de soins en Suède. Cependant, cette étude n'a pas spécifié les problèmes sous-jacents à cette compliance, ni le comportement des médecins gestionnaires face aux tensions induites par l'utilisation de cet outil de pilotage de la performance.

¹⁸⁷ Freidson E. The Reorganization of the Medical Profession. *Medical Care Review*. 1985;42(1):11-35.
doi:10.1177/107755878504200103

¹⁸⁸ Kurunmaki, L. (2004) A Hybrid Profession—The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29, 327-347. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00069-7)

¹⁸⁹ Doolin, B. (2002). Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization studies*, 23(3), 369-390

Les études mobilisées pour élucider cette notion d'hybridation, n'expliquent pas comment les tensions et les compromis peuvent être émergés ni gérés lors de l'utilisation des mesures de performance dans le contexte hospitalier. Le troisième point traité va mettre en liaison la conception des mesures de la performance et le caractère multidimensionnel de la performance hospitalière.

4 Impact du caractère multidimensionnel de la performance hospitalière sur la conception des mesures de la performance.

Plusieurs auteurs insistent sur les critères multidimensionnels pour mesurer les multiples aspects de la performance hospitalière¹⁹⁰. Cependant, d'autres études montrent l'existence d'un nombre d'indicateur privilégié pour mesurer la performance.

L'étude de Pettersen & Nyland¹⁹¹, montre que la conception des mesures de performance dans le secteur hospitalier norvégien connaît plusieurs faiblesses. Ces lacunes émanent du fait que certaines missions hospitalières telles que : la recherche, l'enseignement, la formation ou encore les ressources affectées dans les services et les activités liés à la recherche ne sont pas directement incluses dans la conception des mesures de la performance.

Les recherches réalisées par McDermott & Stock (2007) considèrent que seule la durée moyenne de séjour peut contribuer à une analyse de la performance hospitalière sous l'angle de l'efficacité, afin de procéder à une comparaison inter-hospitalière.

En Finlande, une étude qualitative a identifié les défis spécifiques à la conception des systèmes de mesure de la performance dans le milieu hospitalier¹⁹². Les auteurs affirment que la mesure la plus ardue est celle de l'impact des soins à long terme. Ils mentionnent aussi la prépondérance des mesures portant sur la production des soins dans le secteur hospitalier. De même, une revue systématique a permis de recenser l'utilisation de 218 indicateurs dans le milieu hospitalier¹⁹³. Les indicateurs les plus utilisés

¹⁹⁰ Guisset, A. L., Sicotte, C., Leclercq, P., & D'hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 20(2), 65-104.

¹⁹¹ Pettersen, I. J., & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals--the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. *The International journal of health planning and management*, 21(2), 133-149. <https://doi.org/10.1002/hpm.835>

¹⁹² Saunila, M., & Ukko, J. (2012). A conceptual framework for the measurement of innovation capability and its effects. *Baltic Journal of Management*.

¹⁹³ Rahimi, K., Bennett, D., Conrad, N., Williams, T. M., Basu, J., Dwight, J., Woodward, M., Patel, A., McMurray, J., & MacMahon, S. (2014). Risk prediction in patients with heart failure: a systematic review and analysis. *JACC. Heart failure*, 2(5), 440-446. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2014.04.008>

dans l'évaluation de la performance hospitalière sont : la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation moyenne des lits et le taux de turn-over des patients. Ce qui montre que les gestionnaires s'intéressent à des mesures quantitatives par le biais d'indicateurs quantitatifs représentant l'efficacité des établissements de soins.

5 Les effets pervers de l'utilisation de mesures de la performance dans les organisations hospitalières.

Afin de cerner les effets négatifs de l'utilisation de mesures de la performance dans le contexte hospitalier nous nous sommes basées sur plusieurs travaux, issues de journaux spécialisés d'une variété de discipline : médecine, management public, soins infirmiers et contrôle de gestion.

Une étude s'est intéressée aux GHM dans les hôpitaux français et plus spécifiquement les services des soins intensifs¹⁹⁴. Ces unités de soins sont dédiées à admettre des patients grièvement malades et nécessitant des soins spécifiques et spécialisés. La question centrale de cette étude est de déterminer l'impact de l'introduction des GHM sur les pratiques des soins, ils montrent que l'utilisation de GHM peut avoir des problèmes graves dans le contexte spécifique des unités de soins intensifs, car les recettes reçues par ces unités restent sensiblement inférieures aux coûts réellement engendrés par les soins prodigués aux patients. Ce déséquilibre entre recette et frais engagés pousse les dirigeants des hôpitaux à prendre des décisions : la sélection des patients à bas risque (creaming), le renvoi précoce des patients à domicile (dumping) ou réduire le nombre de lits en soins intensifs¹⁹⁵. Werner & Asch¹⁹⁶, indiquent que la communication des mesures de la performance influe sur la qualité des soins. Bien que la communication des mesures de la performance vise une meilleure transparence vis-à-vis des parties prenantes et améliorer le classement de qualité. Mais cette pratique risque, d'une part, de pousser les médecins à atteindre des taux cibles pour des interventions de soins même lorsque cela n'est pas indiqué chez certains patients, d'autre part, d'encourager les médecins à éviter de prendre en consultation certains malades en vue d'améliorer leur classement de qualité, et enfin, de négliger les préférences des patients et du jugement clinique. Les auteurs estiment que rendre les mesures de performance publiques

¹⁹⁴ C. Coulton et al. Discharge planning and decision making Health and Social Work (1982)

¹⁹⁵ Angelé-Halgand, Nathalie. (2014). Tarification au parcours ou au cycle de soins ?. Revue Hospitalière de France. 31-34. 10.3917/jgem.142.0141.

¹⁹⁶ Werner, R.M. and Asch, D.A. (2005) The unintended consequences of publicly reporting quality information. The Journal of the American Medical Association, 293, 1239-1244. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-95>

peut engendrer des effets inverses : réduire au lieu d'améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi une réévaluation du rôle des mesures de la performance s'avère nécessaire dans le contexte hospitalier.

En 2012, une étude identifie vingt effets négatifs des systèmes de mesure de la performance sur les établissements hospitaliers¹⁹⁷. Les auteurs ont regroupé ces effets sous quatre catégories : pauvreté de la mesure ; incitation et sanctions déplacées ; rupture de confiance ; politisation des systèmes de mesure. Les vingt effets sont les suivants :

- (1) **L'inadéquation des choix des mesures** : les dirigeants focalisent l'importance sur la réalisation de l'objectif au lieu de mettre l'accent sur ce que signifie réellement la mesure. L'exemple traité par les auteurs met en évidence la volonté des dirigeants à réduire le temps d'attente au niveau des urgences à cinq minutes, afin d'améliorer l'expérience d'accueil des patients au niveau de ce service. Or, ces mesures ont poussé les infirmiers à adopter un comportement d'accueil très superficiel, dont le but est de valider l'atteinte de l'objectif. Un comportement qui s'est avéré très coûteux pour l'établissement, en engendrant des charges supplémentaires et sans apporter un avantage pour les patients. Les auteurs estiment que ces effets néfastes des mesures de la performance peuvent être allégés par une implication des acteurs de première ligne : les médecins et les infirmiers dans le processus de conception des systèmes de mesure de la performance.
- (2) **La vision de tunnel** : est caractérisée par une concentration sur certaines dimensions de la performance privilégiées par un système de mesure. Une pratique qui fera perdre de vue d'autres dimensions de la performance non mesurées, dans notre exemple, se concentrer sur la mesure du temps d'attentes au niveau des urgences à négliger la qualité des prestations de soin prodigués aux patients.
- (3) **La myopie** : implique que les dirigeants se focalisent sur les problèmes à court terme et négligent les problèmes à long terme. Les auteurs notent que les gestionnaires portent un intérêt de mesure de performance des services curatifs et négligent les aspects préventifs de la prise en charge. Afin d'atténuer l'effet de myopie les auteurs recommandent de fixer des objectifs à moyen et long terme ;
- (4) **L'ossification** : se produit lorsque l'établissement hospitalier se trouve paralysée suite à l'utilisation d'un système de mesure de performance rigide. Afin de réduire l'ossification, les auteurs conseillent de mettre à jour régulièrement les mesures et les données utilisées pour prendre en considération les évolutions technologiques, les nouvelles procédures et les parcours de soin rectifier.

¹⁹⁷ Mannion, R., & Braithwaite, J. (2012). Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Internal medicine journal*, 42(5), 569-574.

- (5) **Non-pertinence des données recueillies**, du spécifiquement au déphasage entre la saisie des données, leur traitement, leur diffusion et leur utilisation. Pour lutter contre ce problème les auteurs recommandent d'investir dans des systèmes de mesure de performance minimisant les délais entre la saisie et la diffusion des données ;
- (6) **Privilégier la quantification** constitue l'un des risques les plus répandus dans les organisations hospitalières, il peut être défini comme restreindre des problèmes complexes à des simples chiffres, ce qui conduit à une perte de la visibilité qualitative des soins tel que : l'expérience patient ou encore les conditions de travail des soignants ;
- (7) **La surcompensation** : se produit lorsque les incitations à la performance versées aux professionnels sont trop élevées par rapport à l'atteinte des objectifs de performance qualifiés de " médiocre". Ces incitations " sur dosées " se fait au détriment de d'autres aspects nécessitant ces ressources ;
- (8) **La sous-compensation** : se manifeste lorsque les incitations à la performance payées aux professionnels sont très faibles ou inexistantes.
- (9) **L'insensibilité** : est le risque de ne représenter que la mauvaise performance au détriment d'une bonne performance réalisée dans d'autres services. Par conséquent, pénaliser l'ensemble de l'organisation tandis que certains départements réalisent de bonne performance.
- (10) **Creuser les inégalités** : ce risque peut survenir lorsque le financement des organisations hospitalières est lié à la performance réalisée. Ce financement peut servir à investir dans les services et améliorer l'expérience des usagers pour les établissements performants. Tandis que les organisations hospitalières non performantes se trouveront moins financées et ainsi les inégalités de performance augmentera.
- (11) **La complaisance** indique le désintérêt d'améliorer la non performance d'un service en raison de la perception des classements liés aux mesures de performance. par exemple, une performance médiocre reflétée dans les classements des hôpitaux peut empêcher les tentatives de réagir aux incitations et de recherche de nouvelles améliorations.
- (12) **L'attractivité des établissements** hospitaliers se trouvera impacté, les infirmiers et médecins auront une préférence à travailler avec les hôpitaux mieux classés, tandis que les hôpitaux les moins bien classés auront des difficultés à recruter le personnel, ce qui augmentera les écarts de performance entre hôpitaux.
- (13) **La manipulation des données**, le personnel procède à des fausses déclarations différentes du comportement réel. Plusieurs cadres de santé manipulent les données liées aux listes d'attente des patients pour éviter les pénalités des autorités sanitaires, ou encore déclarent des fausses comorbidités pour les patients pour avoir une indemnisation plus importante.

- (14) **Le jeu** se manifeste par la modification du comportement dans le but d'obtenir un avantage stratégique ;
- (15) **Les interprétations incorrectes** sont dû aux difficultés de rendre compte d'une manière intégrale des dimensions de la performance. les auteurs appuient ce constat par l'exemple de l'interprétation des taux de réadmission qui peuvent être le résultat des sorties anticipées des patients, mais aussi d'une mauvaise prise en charge lors d'un processus d'hospitalisation.
- (16) **Intimidation** souvent observée dans un environnement procédant à des pressions sur le personnel pour atteindre une meilleure performance.
- (17) **Le déclin de la confiance** se manifeste lorsque la population locale témoigne d'un niveau bas de confiance dans les services offerts dans les établissements de soins, suite à une évaluation de la performance.
- (18) **Des effets psychique et psychologique** peuvent apparaître chez le personnel suite aux mauvaises performances réalisées ;
- (19) **La politisation des données de performance** se manifeste lorsque les parties politiques, les médias et les autres parties prenantes usent des mesures de performance pour marquer des points, ce qui induit à un accroissement de l'image négatif des organisations hospitalières.
- (20) **La diversion politique** : au lieu de procéder à des réformes de leurs systèmes de santé, les gouvernements sous pressions vont chercher à implanter un nouveau système de mesure de la performance avec l'engagement que cette solution apportera les améliorations nécessaires aux organisations de santé.

Dans une étude de cas, centrée sur la mesure de la mortalité post-chirurgicale à 30 jours , les auteurs démontrent des effets négatifs aux mesures de la performance dans le contexte hospitalier américain. La mesure de cet indicateur conduit les infirmiers des services de soins intensifs à repousser les soins de confort pour les patients nécessitant afin d'atteindre le taux demandé. Ces pratiques ont des effets négatifs, car elles engendrent des coûts financiers liées à des soins inutiles. Ces constats confirment les effets décrits par Smith¹⁹⁸notamment : la vision en tunnel, la myopie et le jeu.

Aryankhesal et al¹⁹⁹., énumèrent sept effets pervers inhérents à l'introduction des systèmes de mesure de la performance dans les hôpitaux iraniens. Ces aspects dysfonctionnels sont : des représentations

¹⁹⁸ Smith, G. T., & McCarthy, D. M. (1995). Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 300.

¹⁹⁹ Isfahani, H. M., Aryankhesal, A., & Haghani, H. (2015). The relationship between the managerial skills and results of "performance evaluation" tool among nursing managers in teaching hospitals of Iran University of Medical Science. *Global journal of health science*, 7(2), 38.

erronées des données par les hôpitaux, anxiété et stress chez les salariés des hôpitaux ; vision tunnel ; accroissement des pressions financières sur les hôpitaux mal classés ; incitations à l'achat d'équipements inutiles ; altération de la confiance des usagers et restriction de l'accès de certains patients aux services hospitaliers. Les auteurs ont pu conclure que le système de paiement à la performance a rendu la mission délicate aux hôpitaux mal classés pour améliorer leur performance.

L'émergence de la T2A : la tarification à l'activité dans les hôpitaux français, à engendrer une course accrue à l'activité²⁰⁰. Les auteurs montrent que la T2A encourage les gestionnaires à privilégier des indicateurs quantitatifs : recette du service ou pôle d'activité, nombre de séjour ; nombre de GHM traités, DMS ...). Cette course et cette volonté à quantifier l'activité produit de l'épuisement, du stress et des tensions chez et entre les cadres de santé.

Franco-Santos & Otley²⁰¹, publient une revue de la littérature sur les effets de l'utilisation des mesures de performance sur les établissements de santé. Selon les auteurs ces effets pervers constituent une norme plutôt qu'une exception dans les organisations hospitalières, et poussent les managers à adopter des pratiques ‘ non approprié ‘ comme le mensonge pour échapper aux pressions. Les auteurs soulignent que peu de travaux procurent des explications sur le comment et pourquoi de ces effets.

La totalité des travaux analysés montrent que l'intérêt d'utilisation des systèmes de mesure de la performance dans les organisations hospitalières reste à prouver. Ces études dénombrent d'une manière détaillée les effets pervers liés à l'utilisation des mesures de la performance, mais sans pour autant nous permettent de comprendre ni pourquoi ou comment ses effets surgissent dans un contexte particulier : les organisations de santé.

L'utilisation des systèmes de mesures de la performance a fait l'objet d'une revue systématique élaborée par Klassen et al²⁰², les principaux résultats montrent l'existence de plus de 100 cadres de mesures de la performance identifiés dans les secteurs de la santé, l'éducation et les services sociaux.

²⁰⁰ KLETZ F. et MOISDON J.-C. (2015) : Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier. *Revue Sciences de Gestion - Management Sciences - Ciencias de Gestión*, n°106.

²⁰¹ Franco-Santos, M., & Otley, D. (2018). Reviewing and theorizing the unintended consequences of performance management systems. *International Journal of Management Reviews*, 20(3), 696-730.

²⁰² Klassen, R. M., & Chiu, M. M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of educational Psychology*, 102(3), 741.

Le BSC était le cadre le plus identifié, et la plus part des BSC ont été appliqués dans des établissements de soins. C'est pourquoi nous nous orientons dans les lignes suivantes à l'étude de ce modèle.

Conclusion de la première section :

Il est indéniable que la performance hospitalière est un enjeu majeur dans le secteur de la santé, et le contrôle de gestion joue un rôle essentiel dans sa mesure et son amélioration. La performance hospitalière ne se réduit pas uniquement à des aspects financiers, mais englobe également des dimensions opérationnelles, qualité des soins, satisfaction des patients et bien d'autres encore.

Cependant, il est important de souligner que les mesures de performance hospitalière doivent être choisies avec soin et être en adéquation avec les objectifs stratégiques de l'établissement. Une approche équilibrée, intégrant à la fois des indicateurs financiers et non financiers, est nécessaire pour avoir une vision globale de la performance et éviter les biais potentiels. D'où, la place du tableau de bord prospectif comme outil de mesure de la performance hospitalière.

Section 2. L'apport du BSC au pilotage de la performance hospitalière.

Il est admis que les objectifs doivent être à la taille des moyens. Autrement, les objectifs trop ambitieux seraient difficiles à réaliser et pourraient constituer autant de facteurs de démotivation. La mission de l'hôpital et ses pratiques de gestion ont profondément évolué. Cependant, les ressources allouées à l'entité hospitalière demeurent limitées. L'hôpital public est plus, que jamais, aujourd'hui appelé à être performant. Cette performance doit être définie par rapport aux objectifs préalablement fixés. Elle doit, par ailleurs, être mesurable par le moyen d'indicateurs appropriés, pouvant orienter l'action des responsables vers des pistes d'amélioration continue. La littérature fait état de modèles élaborés permettant de saisir, puis d'évaluer la performance organisationnelle de l'hôpital. Il convient de présenter les modèles les plus utilisés en matière d'évaluation de la performance hospitalière, avant de nous focalisés sur l'étude du BSC.

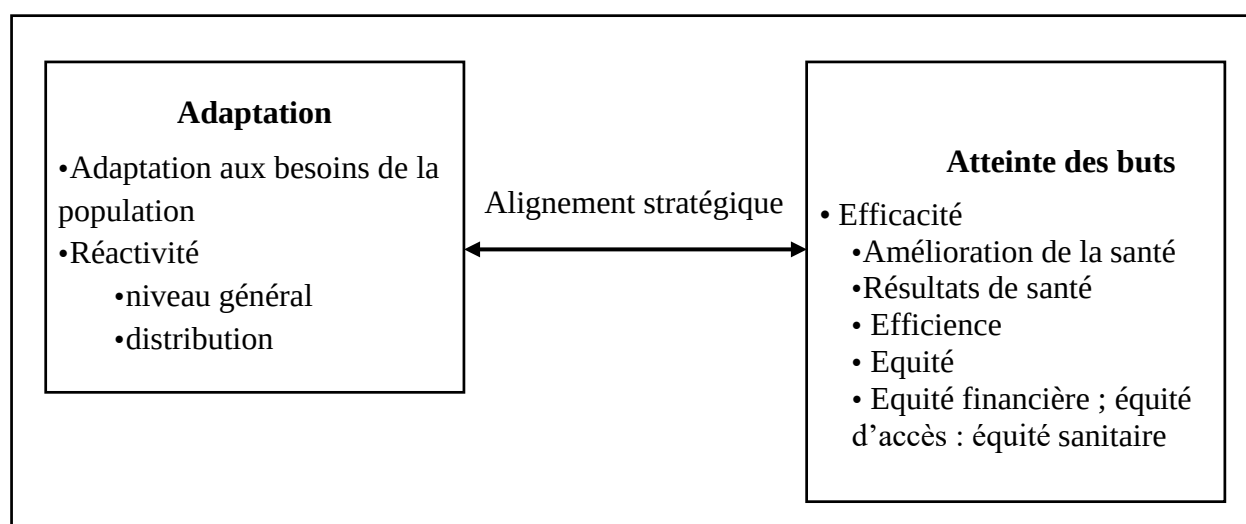
Sous-section 1 : Les modèles dominants en matière d'évaluation de la performance hospitalière.

La performance organisationnelle hospitalière est liée à la perception de la nature et de la fonction de l'hôpital : ses missions, les conditions de sa prospérité et ses relations avec les parties prenantes. L'analyse de la littérature spécialisée en la matière permet de repérer un certain nombre de cadre d'évaluation, que nous trouvons judicieux de présenter.

1 Le cadre d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

L'OCDE a mis en place un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé des pays membres, s'inspirant en grande partie de celui de l'OMS (OCDE, 2002). L'OCDE fixe pour cela trois objectifs principaux que les systèmes de services de santé doivent atteindre : i) l'amélioration de la santé et des résultats de santé, ii) la réactivité et l'accessibilité et iii) la contribution financière et dépenses en matière de santé. Pour chacun de ces objectifs, l'OCDE prend en compte d'une part le niveau moyen de satisfaction de chacun de ces trois objectifs, qui permet de mesurer l'efficacité du système de santé ; et d'autre part leur niveau de distribution dans la population qui permet de mesurer l'équité²⁰³.

Figure 5 : Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur



L'OCDE n'a retenu que deux dimensions (Atteinte des objectifs et Adaptation) pour évaluer la performance des systèmes de soins des pays membres. Ces deux dimensions sont articulées autour de quatre objectifs : i) l'amélioration de la santé, résultats sanitaires, ii) la réactivité ; iii) l'équité sanitaire, financière et d'accès et iv) l'efficacité, à la fois à un niveau macroéconomique et micro-économique.

²⁰³ Murray, Christopher J. L et Frenk, Julio . (2000). Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Bulletin de l'OMS.

2 Le PATH : un outil développé par l'OMS

La performance des systèmes de santé revêt un intérêt important pour l'organisation mondiale de la santé. Elle s'inscrit dans une vision macroéconomique, dont l'objectif est la comparaison des différents systèmes de santé. Le processus de mesure de la performance permet d'améliorer la qualité. Il fournit un moyen de définir ce que font réellement les hôpitaux et de le comparer aux objectifs établis afin de déceler des pistes d'amélioration.

Selon l'OMS, la mesure de la performance repose sur :

- ❖ L'inspection ou audit des hôpitaux, qui mesure le respect des normes minimales de sécurité des patients et du personnel ;
- ❖ Les enquêtes ou sondages, qui se concentrent en général sur ce qui a de la valeur aux yeux des patients et du grand public ;
- ❖ Les “ third party assessments ” ou accréditation par un tiers ;
- ❖ Les indicateurs statistiques.

On peut procéder à une distinction entre les quatre outils précités, les trois premières méthodes sont qualifiées d'externes car l'évaluation se réfère à un tiers : clients ou des organismes de contrôles. Tandis que seul le quatrième point peut être assimilé à un système de mesure de la performance interne, basé sur une stratégie préétablie.

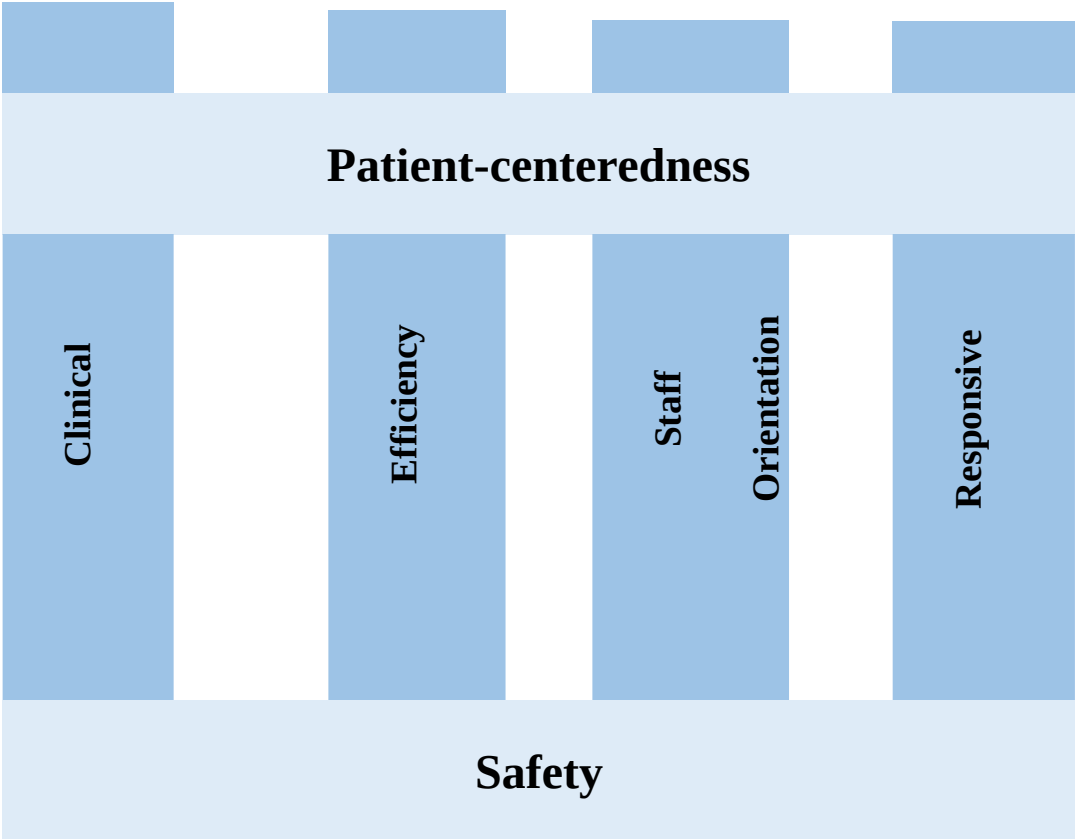
A partir de sa vocation d'organisation internationale, l'OMS privilégie les modèles génériques, spécifiques aux comparaisons nationales et internationales. D'où le développement du PATH, “ Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals ” par le bureau régional pour l'Europe de l'OMS. Ce nouveau cadre permettra de collecter des données sur la performance, et poser les bases sur lesquelles se font les comparaisons entre hôpitaux, afin d'initier une démarche d'amélioration de la qualité.

Le PATH a été mis en œuvre par des experts internationaux, en se basant sur six dimensions :

- Clinical effectiveness
- Efficiency ;
- Staff orientation ;
- Responsive gouvernance ;
- Safety ;
- Patient centeredness.

Les deux dernières perspectives sont transversales au modèle.

Figure 6 : le cadre de mesure de la performance élaboré par l'OMS, le PATH.



Le PATH adopte une analyse multidimensionnelle de la performance, en produisant les quatre axes du Blanced scorecard, tout en introduisant deux dimensions transversales dans l’analyse. Ensuite chaque dimension de la performance est détaillée en sous dimensions.

Tableau 6 : description des sous-dimensions de la performance.

Dimension	Sub-dissensions
Clinical effectiveness	- Conformity of process of care - Outcome of process of care - Appropriateness of care
Efficiency	- Appropriateness (added after discussions during the workshop) - Input related to outputs of care - Use of available technology for best possible care
Staff orientation	- Practice environment - Perspectives and recognition of safety initiatives - Behavioural responses and safety health status
Responsive governance	- System/Community integration - Public health orientation
Safety	- Patient safety - Environment safety
Patient-centeredness	- Client orientations - Respect for patients

Source : Marty et Merlin 2007 mesuré la performance des hôpitaux publics p35-35²⁰⁴

Par contre l’utilisation de la seconde série d’indicateurs reste optionnelle, pour plusieurs raisons : soit parce que l’indicateur est trop spécifique, soit la collecte des données pour l’élaborer est difficile.

Cette distinction en deux séries d’indicateurs insiste sur la double vocation de ce modèle, à savoir interne au niveau national entre les hôpitaux d’un même territoire et une comparaison visant le niveau international.

Malgré les ressemblances existantes entre le Blanced scorecard et le PATH, les groupes d’étude du PATH ont privilégié le terme ‘‘ Blanced Dashboard’’.

‘‘ Blanced’’ pour caractériser le cadre multidimensionnel de la mesure. Tandis que le terme ‘‘ scorecard’’ a été abandonné laissant place à ‘‘ Dashboard’’, justifiant l’utilisation d’un système opérationnel en temps réel : tableau de bord.

²⁰⁴ Marty, C., & Merlin, H. (2007). Mesurer la performance des hôpitaux publics en France. Fondement méthodologiques, proposition d’un modèle d’évaluation, enjeux. Cahier de recherche, HEC PARIS.

3 Le modèle d'évaluation de la performance organisationnelle hospitalière

Sicotte et al ont élaboré un modèle à visée intégratrice inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons. Cette théorie qui offre le cadre de compréhension de tout système organisé.

Le système de services de santé est caractérisé par une physiologie particulière, et dont la structure est constituée par l'interaction d'un certain nombre d'éléments (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structure organisationnelle (gouverne) et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives).

Le système de services de santé est cerné par un espace social dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) interagissent dans un jeu permanent de rivalité et de coopération orienté par la ou les finalités du système, pour obtenir ou contrôler les ressources. Le système de services de santé en tant que système organisé d'action est lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action interdépendants ayant chacun un certain degré d'autonomie.

Le système de services de santé, comme tout système organisé d'action, et pour être performant, doit assurer sa pérennité et maintenir son existence et se développer, c'est pourquoi quatre grandes fonctions doivent être remplies ²⁰⁵:

- ❖ **S'adapter**, acquérir de son environnement les ressources nécessaires et offrir des services ;
- ❖ **Poursuivre des buts** qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé) ;
- ❖ **Fonctionner de façon intégrée avec productivité**, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif ;
- ❖ **Préserver et produire des valeurs et du sens.**

Quant à la définition de la performance des systèmes de santé, plusieurs termes sont utilisés sans pour autant clarifier la nuance entre ces notions : efficacité, efficacité, rendement, productivité, qualité, accès ou équité. Cette difficulté de circonscrire une définition du concept de performance est souvent

²⁰⁵ Sicotte, Claude & Champagne, François & Contandriopoulos, André-Pierre. (1999). La performance organisationnelle des organisations de santé. *Ruptures Revue transdisciplinaire en santé*. 6. 34-46.

difficile. D'où l'importance des travaux de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos *et al*²⁰⁶, qui ont élaboré un modèle intégrateur de la performance organisationnelle. Ce modèle est appelé « intégrateur » car il a permis d'intégrer l'ensemble des différentes dimensions de la performance. Ce modèle qui s'inspire étroitement de la Théorie de l'action sociale de Parsons permet de situer et comparer les concepts de performance entre eux selon les dimensions de la performance. C'est ainsi que ce modèle précise quatre fonctions essentielles de la performance :

1. Une orientation vers les buts. Cette fonction est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre des buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé, il peut s'agir de l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité et de la satisfaction des divers groupes d'intérêt.
2. Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter. Dans le court terme, l'établissement de services de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition des ressources, orientation vers les besoins de la population, capacité d'attraction de clientèles, habileté de mobilisation communautaire). Dans le plus long terme, l'établissement de services de santé doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux (habileté à innover et à se transformer).
3. Une intégration de ses processus internes pour produire. Il s'agit du noyau technique de l'organisation. Traditionnellement, c'est à ce niveau qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de services de santé (volume de services produits, coordination, productivité, qualité des soins).
4. Un maintien de valeurs et normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes. Cette fonction est celle qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'organisation.

²⁰⁶ Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517-39.

Chaque fonction est au centre d'un modèle unidimensionnelle caractérisant une dimension de la performance :

- 1- Modèle de l'*atteinte des buts* ;
- 2- Modèle de l'*organisation ouverte ou acquisition des ressources* ;
- 3- Modèle des *relations humaines* ;
- 4- Modèle des *processus organisationnels*.

La théorie parsonienne a permis la mise en œuvre des interactions et des liaisons réciproques entre les quatre fonctions fondamentales pour maintenir un système performant. Dans le modèle intégrateur de Sicotte *et al.*, ces interactions sont appelées « alignements » ou « équilibres ».

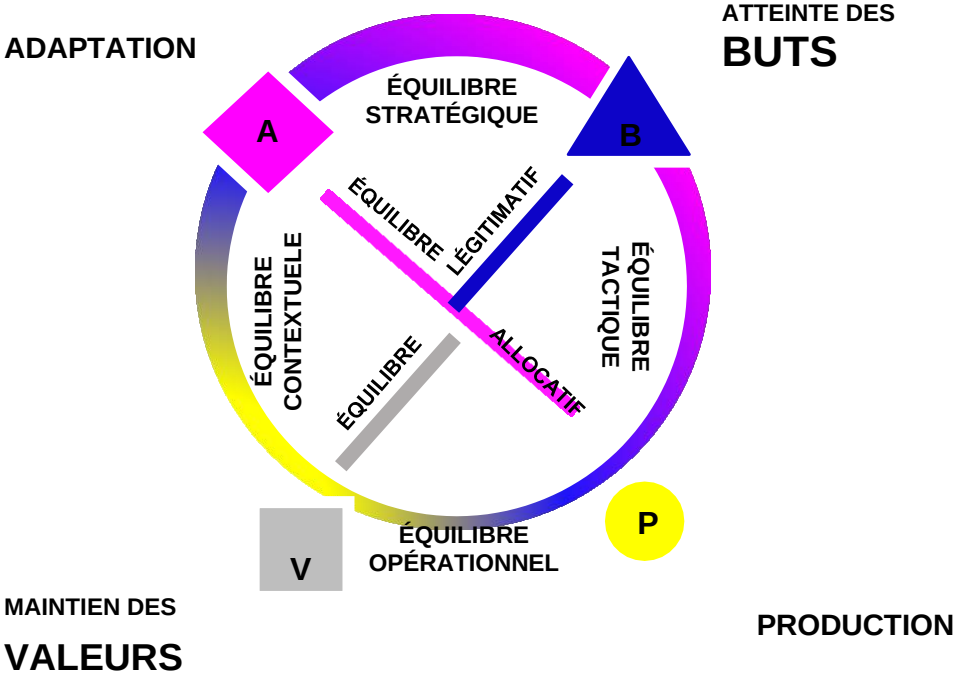
- 1- **Alignement stratégique (adaptation – atteinte des buts)** : Cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts) ; et dans l'autre sens, la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle.
- 2- **Alignement allocatif (adaptation – production)** : Cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation) ; et dans l'autre sens comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production.
- 3- **Alignement tactique (atteinte des buts – production)** : Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production ; et dans l'autre sens, comment les impératifs et les résultats de la production viennent ajuster le choix des buts de l'organisation. La pertinence des buts et alors remise en question.
- 4- **Alignement opérationnel (maintien des valeurs – production)** : Cette dimension de la performance apprécie la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, et permet de mesurer l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels.
- 5- **Alignement légitimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts)** : Cette dimension de la performance mesure la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels ; en réciprocity comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent rectifier et renforcer les valeurs et le climat organisationnel.
- 6- **Alignement contextuel (maintien des valeurs – adaptation)** : Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat

organisationnel à mobiliser positivement le système d’adaptation ; et dans l’autre sens, comment les impératifs et les résultats de l’adaptation viennent modifier et renforcer (ou affaiblir) les valeurs et le climat organisationnel.

Le modèle intégrateur est illustré dans le schéma suivant :

Figure 7: le modèle intégrateur de Sicotte.

- Acquisition de ressources
 - Adaptation aux besoins de la population
 - Attraction des clientèles
 - Mobilisation de la communauté
 - Innovation et transformation
- Efficacité
 - Efficience
 - Équité de santé
 - Satisfaction de la population



- Consensus sur les valeurs du système
- Environnement de travail
- Climat organisationnel
- Satisfaction au travail
- Réactions comportementales
- Statut de santé des employés

- Volume de soins et de services
- Productivité
- Intégration de la production :
 - Qualités techniques :
 - Sécurité
 - Justesse
 - Exécution compétente
 - Qualités non techniques :
 - Continuité
 - Humanisme
 - Globalité
 - Accessibilité

Dans ce modèle intégrateur, les dimensions de la performance ont des définitions bien spécifiques. C'est à la lumière de ces définitions que les dimensions des différents cadres d'évaluation seront classées. Le modèle EGIPSS est un modèle intégrateur qui repose sur des bases théoriques solides et offre une vision large de la performance et de ses dimensions. En fait, l'importance de ce modèle est qu'il intègre à la fois les dimensions explicites et implicites de l'organisation. L'activité de l'organisation et ses performances sont le résultat de nombreux éléments, humains ou non, en interaction avec des logiques propres et des rationalités limitées.

Un autre apport de ce modèle est qu'il peut être appliqué à n'importe quel niveau d'analyse (système, organisation, département, etc.), et réalisant ainsi plusieurs finalités : amélioration continue de la performance, réédition des comptes, imputabilité. La pertinence du modèle EGIPSS nous permet ainsi de percevoir la performance dans toute sa complexité.

Sous-section 2 : Le pilotage de la performance hospitalière par le BSC.

L'évaluation des performances est un aspect crucial de la gestion efficace dans de nombreux domaines, y compris celui des organisations de soins de santé. Pour les hôpitaux, il devient de plus en plus important de mesurer et de suivre leur performance afin de garantir des services de qualité et d'optimiser leurs résultats. Dans ce contexte, l'utilisation de tableaux de bord est devenue une pratique courante pour collecter, analyser et visualiser les données pertinentes. Parmi les divers types de tableaux de bord utilisés, le tableau de bord prospectif et le tableau de bord traditionnel occupent une place prépondérante. Avant de procéder à une analyse comparative des deux outils, nous nous intéressons à l'élément essentiel qui alimente les tableaux de bords : les indicateurs.

1 Les indicateurs de performance :

Comme mentionné précédemment, afin de piloter au mieux la performance d'une activité ou d'un centre de responsabilité, le décideur a besoin, en plus des critères financiers, d'informations quantifiées : des indicateurs. Néanmoins, avant de définir ces derniers, l'entreprise doit déterminer ses objectifs²⁰⁷. Ensuite, elle choisit les indicateurs susceptibles de la renseigner sur l'état actuel du système et de l'environnement qu'elle est en charge de piloter. En d'autres termes, elle les définit de sorte qu'ils permettent d'identifier ses forces et ses faiblesses ainsi que les domaines sur lesquels elle doit interagir afin d'accroître sa performance. Bref, les indicateurs sont des mesures pertinentes visant à repérer rapidement les problèmes afin d'y remédier par des actions correctrices.

²⁰⁷ Guerra, F. (2007) « Pilotage stratégique de l'entreprise : le rôle du tableau de bord prospectif ». de Boeck

En s'intéressant à la notion de performance, les auteurs se sont donc attelés à définir un système d'indicateurs de performance. Selon Mollard²⁰⁸, la mise en place d'un tel système a pour objectif de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés. Le rôle des indicateurs est donc de traduire la performance des processus opérationnels ; ces derniers étant liés à la stratégie de l'entreprise²⁰⁹. Un indicateur de performance peut alors être défini de la façon suivante : « une information devant aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat²¹⁰ ». Toujours dans ce sens, la norme ISO8402 dira d'un indicateur qu'il est « une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ». Les indicateurs de performance peuvent être considérés comme un outil d'aide à la décision. Ils reflètent un élément de situation ou une mesure de l'évolution d'un point de vue quantitatif.

Par ailleurs, étant donné le coût non négligeable de la mise en place d'indicateurs, l'entreprise veillera à définir clairement leurs fonctions. Les services rendus par l'indicateur doivent être explicites et utiles. Ce coût considérable est lié à la collecte, au traitement de l'information, à la présentation et au temps consacré à l'analyse de l'indicateur. Par conséquent, le décideur évitera les indicateurs aux fonctions floues qui d'une part coûtent cher à l'entreprise et d'autre part engendrent une confusion quant aux priorités de l'action et à l'évaluation des situations rencontrées. Les indicateurs seront donc retenus en un nombre limité. Afin de sélectionner les bons indicateurs, Guerra a mis en exergue différents critères de choix :

- ❖ Un indicateur doit pouvoir **mesurer un ou plusieurs objectifs**. En d'autres termes, il sera déterminé et sélectionné en fonction des objectifs et des besoins de l'unité à piloter.
- ❖ - Un indicateur doit être constructible. Cela signifie que les données nécessaires à cette construction soient facilement disponibles au sein de l'organisation.
- ❖ - Un indicateur doit pouvoir être utilisé en temps réel. L'indicateur doit être construit de sorte que sa valeur traduise toute modification du phénomène contrôlé.
- ❖ - Un indicateur doit être communicable. La façon dont seront présentées les valeurs prises par les indicateurs, est cruciale. En effet, la présentation peut influencer l'interprétation de l'utilisateur.

²⁰⁸ Mollard D. (2006), Systèmes décisionnels et pilotage de la performance, Paris, Hermès – Lavoisier.

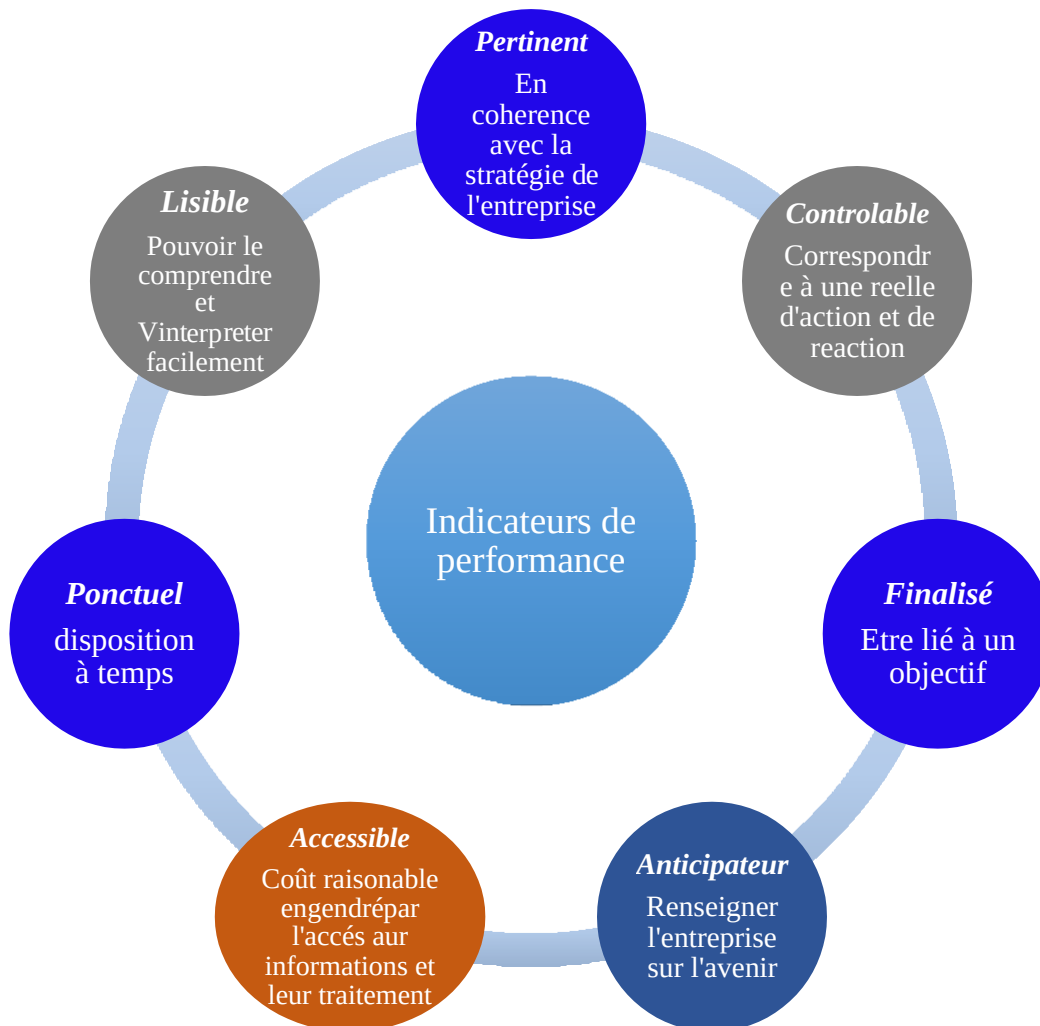
²⁰⁹ Demestree R., Lorino P., Mottis M. (2006), Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise, Paris, Dunod, 3ème édition

²¹⁰ Lorino P. (2003), Méthodes et pratiques de la performance – le pilotage par les processus et les compétences, Paris, Editions d'organisation, 3ème édition

- ❖ - Un indicateur doit induire une action. En cas d'évolution des valeurs, il doit servir de signal d'alarme aux utilisateurs afin qu'ils puissent entreprendre des actions correctives.

Si les indicateurs mis en place au sein de l'entreprise ne répondent à aucun de ces critères, ils seront jugés inutiles dans l'évaluation de la performance. Le schéma 1 résume ces critères de choix.

Figure 8: Les critères de choix des indicateurs de performance



Source : DEMESTREE R., LORINO P., MOTTIS M. (2006), *Contrôle de gestion et pilotage de l'entreprise*, Paris, Dunod

Par ailleurs, afin de choisir correctement les indicateurs, il existe trois niveaux qui se relayent dans le but de garantir la performance. Courtois et Bonnefous (2001) proposent et distinguent ainsi les indicateurs *stratégiques* (1), des indicateurs *tactiques* (2) et *opérationnels* (3) :

(1) Les **indicateurs stratégiques** ont trois principales caractéristiques. Ils visent le *long terme*. Ils sont très *synthétiques* et touchent au domaine *financier*. La direction d'une entreprise ou une équipe de pilotage à un niveau hiérarchique élevé porte un grand intérêt à ces indicateurs. En effet, grâce à ces

derniers, ils peuvent déterminer, par exemple, les chiffres d'affaire de l'ensemble des activités ou le niveau de satisfaction des clients.

(2) Les **indicateurs tactiques** sont quant à eux des indicateurs de *moyen terme*. Ils seront intéressants pour les responsables de la hiérarchie de niveau intermédiaire. Par exemple, ils peuvent avoir pour objectif de définir un taux de rotation des stocks.

(3) Les **indicateurs opérationnels**, comme leur nom l'indique, sont utiles pour les niveaux opérationnels de l'entreprise. A l'opposé des indicateurs stratégiques, ils visent davantage le *court terme* et sont rarement exprimés sous forme financière. A titre d'exemples, ils peuvent servir au suivi de la production journalière.

L'utilisateur peut également se référer à différentes typologies d'indicateurs. En fonction de ce que l'entreprise cherche à réellement mesurer, Lorino, Demestree et al distinguent ainsi : les indicateurs de résultats versus les indicateurs de suivi ou progression, les indicateurs de pilotage versus de reporting, les indicateurs synthétiques versus les indicateurs ciblés. Voici une brève description de chacun de ces indicateurs :

- ❖ **Les indicateurs de résultats versus de suivi ou de progression** : Lorino décrit l'*indicateur de résultat* comme suit : son rôle est d'évaluer le résultat final d'une action achevée. En d'autres termes, il s'agit d'un outil de contrôle permettant de déterminer si les objectifs fixés par la cellule, le département ou l'entreprise, ont été atteints.

Quant aux *indicateurs de suivi*, cet auteur les définit comme une mesure du niveau d'avancement d'une action en cours. Par ce contrôle de la progression, l'entreprise peut alors mettre en place des mesures correctives en vue de l'amélioration du résultat.

- ❖ **Les indicateurs de reporting versus de pilotage** : Les *indicateurs de reporting* informent le niveau hiérarchique supérieur de la performance, en termes de résultats atteints, du niveau inférieur. Ces indicateurs sont souvent le reflet d'un engagement formel pris par un responsable vis-à-vis de sa hiérarchie. Dès lors, ils en mesurent l'accomplissement. Il s'agit d'indicateurs de résultat, d'un constat à posteriori. Quant aux *indicateurs de pilotage*, ils n'ont pas pour objectif d'informer la hiérarchie. Ils sont souvent utilisés dans le cadre d'une assistance dans le pilotage d'une activité. Selon les situations, ils peuvent être tantôt des indicateurs de suivis, tantôt des indicateurs de résultats.

- ❖ **Les indicateurs synthétiques versus ciblés** : Lorsqu'une situation est construite sur base d'une multitude d'informations, l'entreprise peut utiliser les *indicateurs synthétiques*. En effet, comme leur nom l'indique, ils visent à reprendre de manière globale ladite situation. A titre illustratif,

nous pouvons citer le coût de revient d'un produit qui est souvent le résumé d'un ensemble de données. Ces indicateurs couvrent donc un champ très large et sont globaux. Toutefois, ces derniers peuvent avoir pour inconvénient d'être difficiles à interpréter due à cette construction sur base de multiples composantes.

A l'inverse, il existe *les indicateurs ciblés* qui se focalisent sur un aspect précis et particulier de la performance de l'organisation. S'ils ont l'avantage d'être interprétés plus facilement, ces indicateurs peuvent s'accumuler rapidement à cause d'une mauvaise définition au préalable.

Finalement, le réseau d'indicateurs créé devra être régulièrement contrôlé. L'entreprise doit s'assurer qu'il permet toujours l'action. De plus, un suivi approfondi de toute l'organisation sera impossible ; d'où la nécessité de privilégier des indicateurs en concordance avec les objectifs stratégiques. Sur le plan pratique, le développement d'indicateurs de performance au sein d'une organisation va souvent de pair avec l'élaboration de tableaux de bord.

2 Tableau de bord prospectif et tableau de bord à la française : complémentarité et différence.

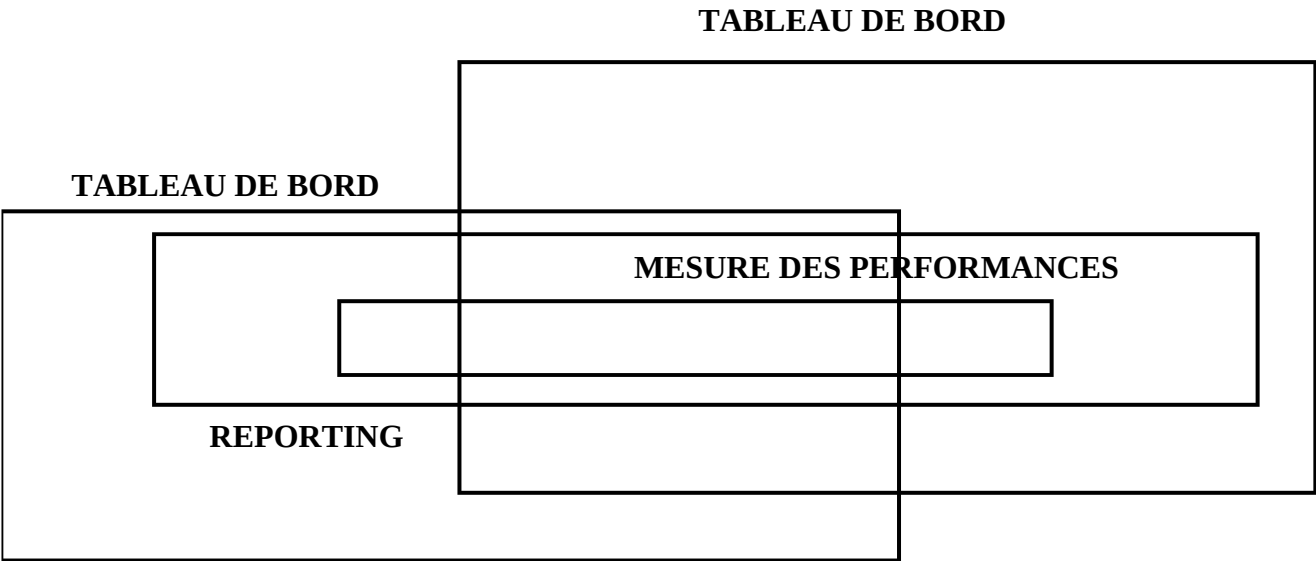
Les tableaux de bord présentent plusieurs caractéristiques qui en font un outil spécifique au regard des autres outils de gestion existants :

- ❖ Réactivité dans le processus de décision : alors que les processus d'autres outils de gestion sont davantage rythmés par la comptabilité financière ;
- ❖ Élargissement de la notion de performance : un tableau de bord, en apportant un autre regard sur la performance que celui apporté par la comptabilité financière, peut permettre de faire apparaître les liens de causalité entre les résultats de l'organisation, sa performance (souvent réduite à la performance financière mais pas seulement) et les leviers d'action expliquant le niveau de performance atteint ;
- ❖ Informations synthétiques : un tableau de bord doit ne retenir qu'un nombre limité d'indicateurs, ceux qui sont représentatifs de la bonne conduite de la gestion de l'organisation et de la performance atteinte. Un nombre d'indicateurs trop important ne permettra pas de faire du tableau de bord un outil de gestion permettant de piloter la performance, il ne saura donner une vision d'ensemble de l'activité.

Gibert privilégie les tableaux de bord et les états de *reporting*²¹¹ comme instruments permettant de structurer le système de contrôle de gestion dans le secteur public. S’il opère une juste distinction²¹² entre les tableaux de bord et ceux du *reporting*, leur intérêt est justifié selon lui parce que « *ces instruments ont un caractère plus polymorphe que les autres et que leur plasticité se prête bien aux investigations et travaux d’adaptation qui doivent être opérés lorsque l’on désire mettre sur pied des systèmes de contrôle de gestion publique pertinents.* »

Selon H. Bouquin, de même que les notions de *reporting* et de tableau de bord sont trop souvent confondues, il ne faut pas non plus confondre le tableau de bord avec l’ensemble des indicateurs, car il n’est pas une banque de données. H. Bouquin, pour qui la définition d’un tableau de bord est délicate et doit être faite « sur-mesure », présente de façon schématique les complémentarités et distinctions entre le tableau de bord et d’autres notions proches Bouquin et Kuszla (2013)²¹³, montrant clairement à travers cette figure que le tableau de bord est par nature un outil de mesure des performances.

Figure 9: Distinctions et complémentarités avec les tableaux de bord.



²¹¹ Gibert (2009) qualifie les états de reporting « d’éléments de reddition de la performance », pour éviter le recours à une expression « franglaise ».

²¹² Pour Gibert (2009, p. 83) : Le tableau de bord d’un service est une aide au pilotage de celui-ci. En sont extraits et/ou agrégés un certain nombre d’indicateurs qui vont constituer le document d’information du niveau supérieur, ce sont les états de *reporting*. À partir des indicateurs contenus dans tous les états de *reporting* des services rattachés à une même direction et de ses propres indicateurs transverses, est élaboré le tableau de bord de cette direction. Cette dernière va alors produire des états de *reporting* pour le niveau supérieur, qui va confectionner un tableau de bord, le processus se poursuit.

²¹³ Bouquin, H., Kuszla, C. (2013). Le contrôle de gestion. P.U.F. 10ème édition (1ère édition : 1986).

Source : Bouquin et Kuszla, 2013.

La deuxième caractéristique des tableaux de bord évoquée précédemment (élargissement de la notion de performance), si elle n'est pas plus importante que les deux autres, revêt cependant un caractère primordial en ce sens qu'elle correspond aux exigences attendues du système de contrôle de gestion que nous souhaitons mettre en œuvre pour les universités : un regard élargi sur la notion de performance et des relations de cause à effet entre les leviers d'actions sur les processus clés et la performance atteinte.

À travers ces trois caractéristiques, les tableaux de bord deviennent des outils de pilotage des activités de l'organisation permettant de contrôler les risques et l'atteinte des objectifs, ils sont également des outils de communication entre les différents centres de responsabilités permettant d'adapter et réorienter les objectifs, les niveaux de performance à réaliser ou attendus.

Le risque existe cependant que les tableaux de bord se limitent à une collection de statistiques administratives, non exploitées pour piloter effectivement, ce risque est notamment important au sein de l'université qui doit déjà produire de très nombreux indicateurs liés à ses obligations de *reporting*. Pour pallier ce risque, le recours à « l'animation de gestion » (appelée plus souvent *dialogue de gestion* dans les administrations publiques et à l'université) est nécessaire. Elle passe par l'élaboration de tableaux de bord fiables dont la nature ne sera pas contestée par les utilisateurs, permettant une acceptation de l'évaluation de la performance et une adhésion au système des acteurs concernés²¹⁴.

Pour Meyssonier et Rasolofo-Distler (2011)²¹⁵, l'accent est surtout mis sur le développement des leviers de la performance à travers l'utilisation des tableaux de bord, de façon à agir sur les sources de performance en amont. En effet les autres outils du contrôle de gestion, utilisés par exemple pour la maîtrise des coûts ou des budgets sont de plus en plus automatisés et permettent de contenir en aval les risques de dérives, du fait notamment de l'usage développé des systèmes d'information de gestion de type ERP.

Mais l'usage d'un tableau de bord dépasse largement les frontières du contrôle de gestion, ainsi pour Berland et De Rongé (2013)²¹⁶, « *s'il permet d'améliorer le système de mesure de la performance, son*

²¹⁴ Augé, B., Naro, G., Vernhet, A. (2010). Le contrôle de gestion au service du gouvernement de l'université: propos d'étapes sur la conception d'un balanced scorecard au sein d'une université française. 31ème congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC). Nice.

²¹⁵ Meyssonier, F., Rasolofo-Distler, F. (2011). Balanced scorecard et pilotage de la responsabilité sociale de l'entreprise. Retour d'expérience. *Revue Française de Gestion*, 37(211), pp. 81-92.

²¹⁶ Berland, N., De Rongé, Y. (2013). *Contrôle de gestion : perspectives stratégiques et managériales*. Pearson.

fonctionnement a aussi des conséquences importantes sur les aspects stratégiques, organisationnels et humains. Ainsi, sa richesse est en grande partie liée à la diversité de ces finalités. »

Parmi les différents types de tableaux de bord, le *balanced scorecard* (BSC) est probablement celui qui a connu et connaît encore le plus grand succès au niveau international. Il est apparu dans les années 1990 aux États-Unis (Kaplan et Norton, 1998)²¹⁷ et a contribué à la « *re-découverte de l'intérêt du tableau de bord et des indicateurs non financiers* »²¹⁸. Le BSC coexiste en France avec un autre type de tableaux de bord, ces derniers sont souvent qualifiés de tableaux de bord « à la française » dans la littérature francophone pour les distinguer du précédent. Ils sont de facture ancienne puisqu'ils sont déjà mentionnés dans des manuels des années 1930, mais sont réactualisés dans un contexte où des mesures de performance non financières viennent enrichir les mesures traditionnelles et que le lien entre stratégie et mesure des performances est renforcé²¹⁹.

Pour Bourguignon, Malleret et Nørreklit (2002), les tableaux de bord « à la française » présentent avec le BSC trois similitudes et trois différences.

❖ **Points communs entre le BSC et les tableaux de bord « à la française » :**

- L'introduction de mesures de performance non financières dans les systèmes de mesure des performances stratégiques, de façon à mesurer une performance multidimensionnelle ;
- Le développement de mesures de performance qui améliorent la réactivité, de façon à influencer sur les résultats tant qu'il en est encore temps et ne pas seulement constater des résultats a posteriori (identification des facteurs et processus générateurs de performances) ;
- La sélectivité des informations, de façon à éviter la surcharge de données.

❖ **Différences entre le BSC et les tableaux de bord « à la française » :**

- L'existence d'un modèle causal de performance : les liens de causalité qui relient les quatre axes de la performance dans le BSC aboutissent à une hiérarchisation au profit de la performance financière. Cette hiérarchisation des perspectives stratégiques n'existe pas dans les méthodes « à la française », qui font figure « d'artisanat du management » dans lesquelles le modèle de performance qui sous-tend le tableau de bord est fondé sur la vision de la

²¹⁷ Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1998). Le tableau de bord prospectif. Éditions d'Organisation.

²¹⁸ Bouquin, H., Kuszla, C. (2013). Le contrôle de gestion. P.U.F. 10ème édition (1ère édition : 1986).

²¹⁹ Bourguignon, A., Malleret, V., Nørreklit, H. (2002). L'irréductible dimension culturelle des instruments de gestion: l'exemple du tableau de bord et du balanced scorecard. Comptabilité - Contrôle - Audit, (3), pp. 7-32.

stratégie qu'ont les managers, formalisé par les cadres de l'entreprise. Le modèle de performance est de ce fait multiple et subjectif ;

- La méthode de mise en œuvre : le déploiement du BSC est envisagé par Kaplan et Norton comme un processus top down, ce sont les niveaux supérieurs de l'entreprise qui définissent l'objet des indicateurs, alors que la démarche de déploiement des tableaux de bord « à la française » est participative, les tableaux de bord partent des managers de terrain et reflètent les objectifs et les conditions concrètes de fonctionnement des centres de responsabilité concernés²²⁰ ;
- La finalité des outils : dans le contexte américain de développement du BSC, la mesure de performance est étroitement liée à l'évaluation individuelle du manager et à sa rémunération, alors que la nécessité d'un lien entre les indicateurs produits par le tableau de bord et les rémunérations des managers ne sont jamais mentionnée dans le contexte français.

3 Evolution du Tableau de bord prospectif.

Le tableau de bord prospectif va au-delà des mesures financières traditionnelles en intégrant d'autres dimensions importantes de la performance, telles que la satisfaction des clients, les processus internes, l'apprentissage et la croissance organisationnelle. Il reconnaît que la performance globale d'une organisation ne peut être évaluée uniquement en se basant sur des indicateurs financiers.

Les auteurs distinguent trois phases phares de développement de cet outil de mesure de la performance :

❖ 1^{er} version du BSC :

La première version du BSC voit le jour en 1950, le premier terrain d'application était General Electrics. Sa mise en œuvre avait pour mission de piloter près de 150 centres de profit. Le 2^{ème} terrain d'application était la société Analog Devices en 1980, l'utilisation du BSC avait pour objectif d'évaluer le système de management de la qualité de cette société.

Même en cette 1^{er} version le tableau de bord prospectif est composé de quatre axes : financier, client, processus et organisationnel, représentés par un nombre limité d'indicateur. Répondant à une pondération spécifique : 20% d'indicateurs financiers, 25% d'indicateurs clients, 35% d'indicateurs processus et 20% d'indicateurs liées à l'organisation apprenante.

²²⁰ Choffel, D., Meyssonier, F. (2005). Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard. Comptabilité - Contrôle - Audit, 11(2), pp. 61-81.

❖ 2eme version du BSC :

1992, marque l'apparition du terme "balanced scorecard" dans un article publié dans le Harvard Business Review et dont les deux auteurs sont Robert Kaplan et David Norton. Depuis, plusieurs entreprises dans nombreux pays américains et européennes ont optés pour l'implantation d'un système de pilotage en s'appuyant sur la méthode de Kaplan et Norton.

Cette deuxième version suggère une grille de lecture standardisée, organisée en quatre axes d'analyse : les résultats financiers, la satisfaction des clients, les processus internes et l'apprentissage organisationnel. Cette conception privilégie une perception multidimensionnelle de la performance. Les quatre axes de Norton et Kaplan cherchent à mesurer non pas que la performance passée, mais aussi la performance future. Cette 2eme présentation introduit la notion de liens de causalité entre ces différents éléments de la performance. Ces liens sont spécifiques à chaque organisation.

❖ 3ème version :

Kaplan et Norton marquent l'apparition de la troisième génération (entre 2000 et 2003) par la publication de deux articles : The strategy Focused Organisation et Strategy Maps – Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes.

Cette nouvelle conception du Balanced Scorecard se base sur deux composantes essentielles :

- La carte de stratégie qui articule la stratégie en une série d'objectifs de performance liés ;
- Le tableau de bord prospectif, composé d'indicateurs, de cibles, d'initiatives, de plans d'action stratégiques et du budget nécessaire pour réaliser avec succès la stratégie.

Cette troisième version, pose les piliers pour un nouveau modèle générique spécifique aux organisations publiques. C'est ainsi que deux modèles sont préconisés : un premier pour le secteur privé et le deuxième pour les organisations publiques.

L'application du BSC aux organisations publiques prend en considération les spécificités de ces organisations, et plus précisément l'enjeu final constituer par "les valeurs pour le citoyen, l'utilisateur et le contribuable" et non pas la récompense financière comme pour les sociétés privées.

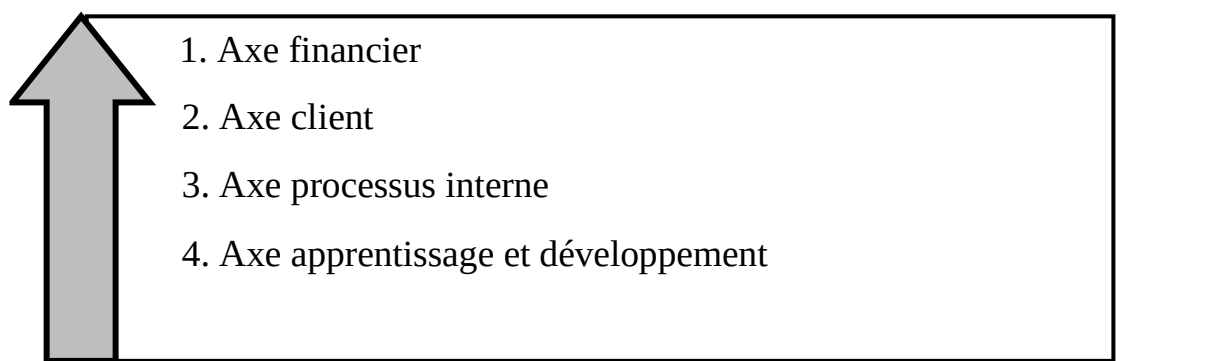
Le secteur privé plaide pour une seule finalité : augmenter la valeur actionnariale. Tandis que les organisations du secteur public cherchent à satisfaire un ensemble large et diversifié de mission.

La mission principale de ces organisations et de répondre aux besoins des clients cibles (parties prenantes). Mais, bien qu'elle ne soit pas dominante, la perspective financière reflète les objectifs des donateurs qui fournissent le financement.

4 Les atouts du balanced scorecard ou tableau de bord prospectif

Le BSC est connu en France sous le nom de « tableau de bord prospectif », il est proposé par Kaplan et Norton (1998). Son modèle général est fondé sur des liens de causalité, il considère que la bonne performance financière dépend de la satisfaction des clients, qui dépend elle-même de la bonne réalisation des processus de l'entreprise, elle-même dépendante de la mobilisation efficiente des ressources humaines de l'organisation.

Figure 10 : Les quatre axes du balanced scorecard.



Source : Kaplan et Norton

Si la traduction littérale du BSC devrait être « tableau de bord équilibré », le choix retenu de « tableau de bord prospectif » reflète mieux les apports de cette méthode dans le contexte français²²¹. Si le BSC est qualifié de prospectif, c'est qu'il doit intégrer des indicateurs censés traduire l'avenir de l'organisation à travers les relations de cause à effet. En effet la dimension équilibrée du BSC, si elle pouvait apparaître comme une innovation dans le contexte anglo-saxon, était déjà bien connue dans les démarches de tableaux de bord « à la française », souvent équilibrés entre les intérêts des acteurs internes ou des partenaires externes de l'organisation. Ainsi pour Meyssonier et Rasolofo-Distler (2011)²²² :

« L'apport fondamental du BSC réside donc principalement dans l'importance accordée aux liens de causalité qui mènent depuis la réalisation d'objectifs physiques locaux (indicateurs avancés, aux sources de la performance) jusqu'à la matérialisation des effets induits au niveau de la rentabilité de l'entreprise (indicateurs retardés, de concrétisation de la performance). »

²²¹ Meyssonier, F., Rasolofo-Distler, F. (2011). Balanced scorecard et pilotage de la responsabilité sociale de l'entreprise. Retour d'expérience. *Revue Française de Gestion*, 37(211), pp. 81-92.

²²² Idem

Souvent mise en avant dans les apports de la méthode du BSC, l'élargissement de la vision de la performance, non plus cantonnée à la seule performance financière, n'est donc pas une réelle innovation au regard des tableaux de bord « à la française » qui pouvaient déjà présenter de telles caractéristiques, sans en faire pour autant une condition indispensable de leur réalisation. Par rapport aux tableaux de bord « à la française », par exemple élaborés par la méthode OVAR qui est la méthode la plus mobilisée, le BSC est construit dans une démarche moins participative et davantage *top-down*, ceci facilite la clarification de la stratégie pour les membres de l'organisation. À travers cette démarche *top-down*, les indicateurs définis au niveau supérieur vont être déclinés sur les niveaux inférieurs afin d'établir les relations de cause à effet entre les leviers d'actions et la performance. Kaplan et Norton veulent également faire du BSC un outil de communication au sein de l'organisation, il doit véhiculer une démarche d'amélioration continue et d'apprentissage. En effet la lecture d'un BSC doit être l'occasion d'échanger, d'analyser l'activité et d'envisager de nouveaux plans d'actions²²³.

Le BSC est né d'une remise en cause, dans un contexte anglo-saxon, des systèmes d'évaluation de la performance exclusivement centrés sur le suivi des résultats financiers. Pour Choffel et Meyssonier (2005), après avoir constaté la perte de pertinence du contrôle de gestion due à la focalisation des mesures de performance sur des aspects seulement financiers, Kaplan et Norton développent le BSC comme un outil qui intègre des dimensions financières et non financières et dans lequel aucune de ces deux dimensions n'était privilégiée par rapport à l'autre :

« Les mesures financières permettaient plutôt d'appréhender les effets d'actions déjà entreprises (indicateurs de performance retardés ou a posteriori), alors que les mesures non financières permettaient à la fois d'élargir la vision de la performance de l'entreprise dans une approche multicritère et de mieux anticiper ce que pourrait être la performance future de l'entreprise. »

Bouquin et Fiol (2007)²²⁴ mettent en avant dans l'aspect multidimensionnel du BSC le fait que pour disposer d'une information pertinente à même d'assurer la mise en oeuvre de la stratégie, Kaplan et Norton élargissent non seulement les dimensions mais aussi les champs de collecte de l'information. Celle-ci était essentiellement interne dans les instruments traditionnels du contrôle de gestion, elle inclut dans le BSC « *des données sur l'environnement, les concurrents, les clients, les fournisseurs, etc. Elle était financière ; elle s'étend maintenant aux données opérationnelles et sociales. Elle était quantitative*

²²³ Berland, N., De Rongé, Y. (2013). Contrôle de gestion : perspectives stratégiques et managériales. Pearson.

²²⁴ Bouquin, H., Fiol, M. (2007). Le contrôle de gestion : repères perdus, espaces à retrouver. 28ème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC). Poitiers.

; elle est aussi devenue qualitative. Elle était spécifique à chaque entité ; elle est aujourd'hui partagée par l'ensemble des acteurs au sein de l'entreprise. »

Le fait que le BSC soit un outil multidimensionnel ne signifie pas pour autant qu'il s'attache à la prise en compte de toutes les parties prenantes. Ainsi pour Nørreklit (2000)²²⁵, si le BSC permet de redéfinir la vision stratégique de l'organisation et sa mesure, c'est bien parce que les quatre dimensions prises en compte par le BSC nécessitent implicitement d'adopter une vision équilibrée des activités de l'organisation au regard de ses parties prenantes ; néanmoins toutes ne sont pas prises en compte, elle note que certaines comme les fournisseurs ou les pouvoirs publics en sont exclues alors qu'elles peuvent être importantes pour certaines organisations.

Cette observation semble aujourd'hui dépassée par les évolutions du concept de BSC. Les limites inhérentes à l'outil tel qu'il a été proposé dans sa forme canonique par Kaplan et Norton se sont effacées progressivement au gré des expériences d'adaptation et d'appropriation sur le terrain. Ainsi, d'un outil de pilotage et de contrôle multidimensionnel dont la finalité était la performance financière représentée par l'axe placé au sommet du tableau de bord. Les adaptations contextuelles ont permis d'expérimenter et de développer des BSC spécifiques à certains secteurs d'activité, par exemple pour les activités de service, ou des BSC adaptés aux spécificités des organisations à but non lucratif ou pour le secteur public, dont la finalité n'est évidemment pas la performance financière et nécessitent de prendre en compte d'autres parties prenantes.

4.1 Un outil adapté aux activités de service et aux administrations

Concernant la mise en œuvre du BSC dans les activités de service, Meyssonier (2011)²²⁶ considère que le BSC est particulièrement bien adapté à leur contexte. Il estime en effet que la caractéristique multidimensionnelle du BSC permet de répondre à la grande diversité des éléments à contrôler dans les activités de service, qui doivent à la fois gérer la relation client et réaliser une production co-construite avec celui-ci. Meyssonier (2011) indique également que les tableaux de bord sont, d'une façon générale et davantage que d'autres outils du contrôle de gestion, au cœur du pilotage de la performance dans les activités de service et que le BSC permet de bien répondre à ces enjeux :

²²⁵ Nørreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11(1), pp. 65-88.

²²⁶ Meyssonier, F. (2011). Le contrôle de gestion des services, réflexion sur l'instrumentation et les concepts. 32ème congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC). Montpellier.

« Dans le secteur des services, les tableaux de bord sont au cœur du pilotage de la performance (probablement plus que les budgets) et le lien entre les indicateurs opérationnels (mesure avancée de la performance en train de se construire) et les indicateurs financiers (mesure retardée de la performance constatée) se fait particulièrement bien dans le cadre du balanced scorecard. On articule ainsi le contrôle stratégique au contrôle opérationnel sans passer par l'outil central habituel du contrôle de gestion : la modélisation financière des budgets est reléguée au second plan. »

Kaplan lui-même a cherché à étendre ses travaux sur le BSC à son application dans des organisations à but non lucratif (Kaplan, 2001) et constate que nombreuses sont celles qui placent l'axe client au sommet du BSC. Il recommande d'une façon générale à ces organisations de placer au sommet du tableau de bord un objectif de leur mission fondamentale, qui est la justification même de l'existence de l'organisation à but non lucratif et qui représente la responsabilité de l'organisation vis-à-vis de la société. Cet objectif supérieur doit être un objectif à long terme, les sous-objectifs attachés aux autres axes du BSC seront orientés vers l'amélioration de cet objectif de plus haut niveau²²⁷. Dans le cas plus précis des administrations, Kaplan et Norton (2001)²²⁸ considèrent que *« les "vrais" clients de ces organisations sont les citoyens en général »* et que les trois axes supérieurs doivent correspondre aux trois objectifs qui vont permettre l'accomplissement de la mission : créer de la valeur, à un coût minimum, et accroître le soutien continu et l'engagement de son autorité de financement :

- ❖ **Le coût encouru** : pour Kaplan et Norton (2001) *« le coût mesuré devrait inclure aussi bien les dépenses de l'organisme que le coût social qu'il impose aux citoyens et aux autres organisations par ses actions »* ;
- ❖ **La valeur créée** : il s'agit ici des impacts positifs de l'activité de l'organisation sur la société, c'est de l'aveu de Kaplan et Norton (2001) l'axe le plus problématique et le plus difficile à mesurer. Nous l'avons vu les nombreux extrants du système de production d'une organisation publique sont parfois difficiles à identifier et souvent impossibles à mesurer dans une dimension financière. Pour Kaplan et Norton (2001), le BSC permet cependant de mesurer les conséquences de la mission de service public et en donnent un exemple issu du contexte de l'enseignement supérieur :

²²⁷ Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit management and Leadership*, 11(3), pp. 353-370.

²²⁸ Kaplan, R. S., Norton, D. P. (2001). *Comment utiliser le tableau de bord prospectif*. Éditions d'Organisation.

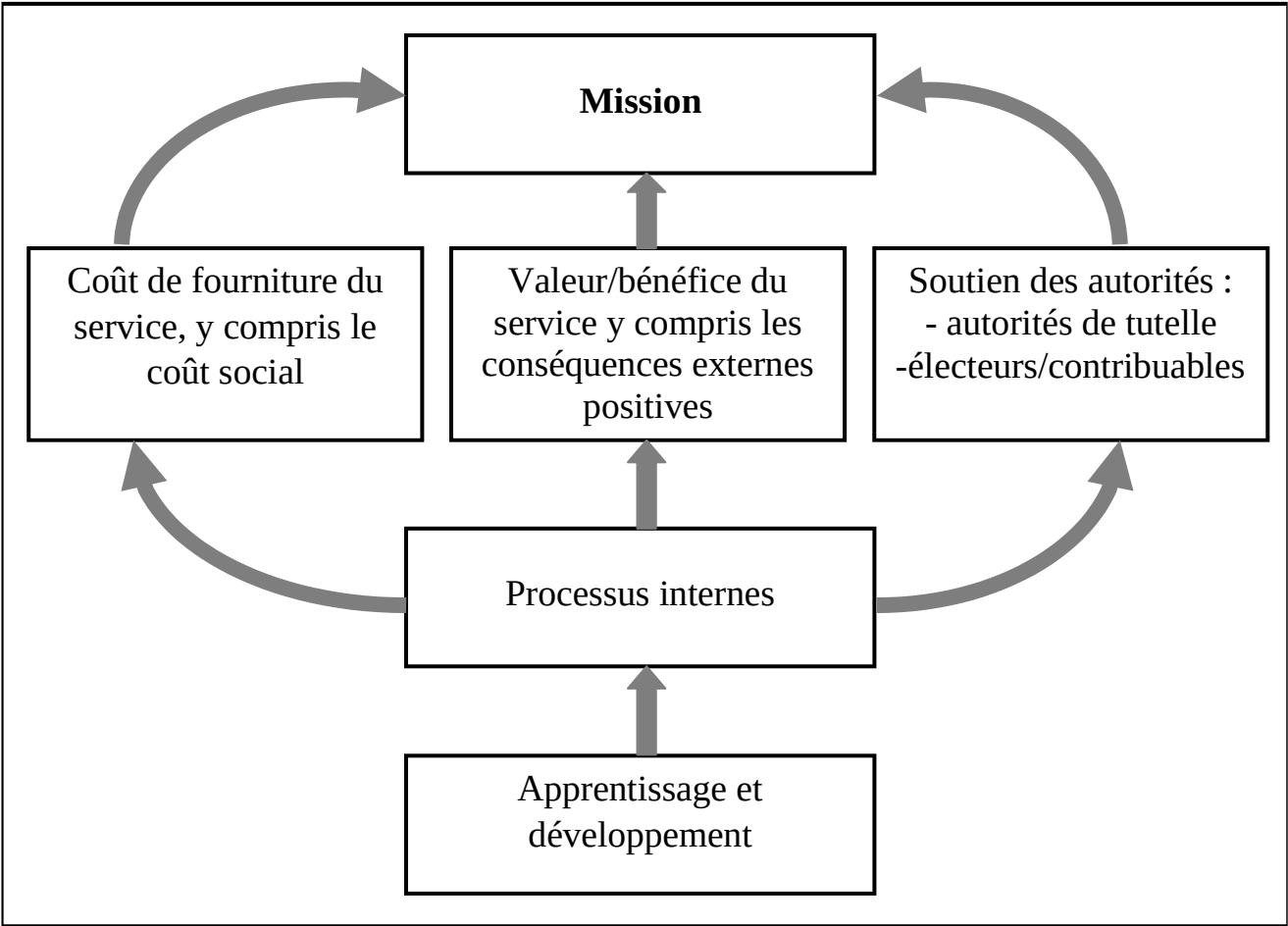
« Des palliatifs pour mesurer la valeur créée pourraient inclure le pourcentage d'étudiants acquérant des compétences ou des connaissances particulières. [...] En général, les organismes du secteur public s'apercevront qu'ils utilisent plus de mesures de production que de résultats. Les citoyens et leurs représentants élus, finiront par juger les bénéfices de ces conséquences par rapport aux risques encourus. »

Par ces propos, il semble que la dimension « communicante » du BSC est primordiale dans le secteur public puisque cette communication à destination des parties prenantes sur les impacts sociétaux de l'activité de l'organisation (l'université) va permettre *in fine* aux citoyens de juger sa performance. Ceci renforce l'intérêt à porter à la détection des attentes réelles des parties prenantes de l'université et à la satisfaction de celles-ci.

- ❖ **La justification du soutien** : pour Kaplan et Norton (2001) les autorités de tutelle d'un organisme public sont des « clients » importants de celui-ci. Ceci s'applique à l'université qui doit rendre des comptes de façon à remplir les objectifs assignés par ses sources de financement. Le BSC est alors pensé comme un outil de contrôle diagnostique permettant d'assurer la production des indicateurs de *reporting*.

En fonction de ces trois objectifs supérieurs, l'organisation publique peut alors en déduire les autres objectifs qui lui permettront de les réaliser, liés aux axes *processus internes* et *apprentissage et développement*.

Figure 11: Les axes du BSC pour les organismes du secteur public.



Source : Kaplan et Norton, 2001.

42 Un outil de de contrôle diagnostique et interactif

Pour Naro et Travaillé (2011)²²⁹, le modèle conceptuel de leviers de contrôle de Simons (1995)²³⁰ est une grille de lecture pertinente du rôle du BSC dans les processus stratégiques car elle apporte au BSC une assise conceptuelle. En effet, les caractéristiques du BSC permettent à cet outil de gestion d'être envisagé autant comme levier de contrôle interactif que comme système de contrôle diagnostique. Le choix de l'utilisation du BSC selon l'une de ces deux approches, à la lecture du Tableau ci-après, repose sur des « *oppositions essentielles qui renvoient aux fondements du contrôle de gestion stratégique : le BSC est-il conçu en vue d'aligner ou de construire la stratégie ?* ».

Tableau 7 : caractéristiques du BSC utilisé comme système de contrôle diagnostique ou interactif.

	Utilisation diagnostique du BSC	Utilisation interactive du BSC
Nature du système	Le BSC est conçu comme un tableau de bord permettant une comparaison régulière des résultats à des standards prédéterminés.	Le BSC est conçu par les dirigeants comme un moment privilégié d'interaction avec leurs subordonnés.
Objectifs	Le BSC permet l'alignement stratégique et la mise en œuvre des stratégies délibérées.	Le BSC focalise l'attention de l'organisation sur les changements et favorise l'émergence des initiatives et stratégies.
Facteurs clés de conception	Les indicateurs et les thèmes de la carte stratégique du BSC traduisent les facteurs clés de	Les indicateurs et les thèmes de la carte stratégique du BSC traduisent une vision et un

²²⁹ Naro, G., Travaillé, D. (2011). Le BSC à l'épreuve de l'expérience. De l'assemblage d'un "puzzle" et construction d'un "Lego". Revue Française de Gestion, 37(211), pp. 65-80.

²³⁰ Simons, R. (1995). Levers of Control. Harvard University Press, Boston.

	succès d'une stratégie définie à priori.	ensemble d'hypothèses stratégiques.
Rôles du personnel dans la préparation et l'analyse de l'information.	Le BSC est l'affaire des services financiers et de contrôle de gestion.	Le BSC est l'affaire du top management qui implique l'ensemble des managers.
Implication des managers opérationnels	Le BSC est conçu en amont et s'impose aux managers opérationnels	A travers le BSC le top management implique les managers opérationnels dans les relations de type bottom-up et transversales.
Utilisation des données et informations	Les données du BSC sont transmises à travers des procédures formelles de reporting.	Les données du BSC font l'objet d'une interprétation entre supérieures, subordonnés et pairs, au cours de réunions dans lesquelles le top management favorise le dialogue et les débats.
Nature du processus	Le BSC est focalisé sur une comparaison entre les résultats et des objectifs et cibles prédéfinis.	Le BSC est l'occasion d'une remise en cause permanente des stratégies et hypothèses.

Source : Naro et Travaillé (2011)

Cette dernière question a suscité de nombreux débats entre chercheurs et alimenté leurs travaux, par exemple Nørreklit (2000) pour laquelle le BSC doit faire appel à des processus de contrôle davantage interactifs aux stades de la formulation de la stratégie, de la construction du BSC lui-même et de sa mise en oeuvre²³¹. Kaplan et Norton, dans leurs différents ouvrages ayant permis le développement du BSC, ont eux-mêmes successivement proposé des approches différentes. Si on se réfère à *l'alignement stratégique* dont ils font de façon récurrente une caractéristique du BSC - et qui sera le titre d'un de leurs ouvrages en 2007 - alors le BSC est pensé comme un outil de contrôle diagnostique, qui nécessite l'existence d'une stratégie bien établie. Simons (1995) lui-même cite d'ailleurs le BSC comme un exemple d'outil de contrôle diagnostique et Kaplan (2009) reconnaît que le BSC était initialement envisagé comme un système de mesure de performance amélioré relevant d'un système de contrôle diagnostique au sens de Simons²³².

En revanche, dans d'autres de leurs ouvrages ou articles (Kaplan et Norton, 2001 ; Kaplan, 2009) ils mettent en avant l'importance et l'efficacité du BSC utilisé dans une démarche de contrôle interactif, qui permet alors le développement des apprentissages et favorise les stratégies émergentes. Cette évolution dans leur conception de l'outil est essentiellement liée aux retours d'expériences issus des mises en oeuvre des BSC dans les entreprises :

*« Ces managers ne connaissaient pas la description et la définition donnée par Simons d'un système interactif. Mais leur aptitude naturelle à diriger leur a permis d'exploiter leur tableau de bord pour s'interroger, sonder, mettre en question et tirer des apprentissages pour leur stratégie et sa mise en oeuvre, un exemple parfait de la description donnée par Simons d'un système interactif »*²³³

« Certaines applications de BSC ont échoué, parce que les organisations n'ont utilisé le tableau de bord que pour le diagnostic et n'ont pas réussi à tirer les bénéfices d'apprentissage et d'innovation du système interactif ».

Le BSC apparaît donc comme un outil de gestion mobilisable à la fois dans des situations d'alignement stratégique, où la stratégie sera bien définie et le système de contrôle utilisé de façon diagnostique, mais

²³¹ "If the balanced scorecard is to become more realistic, then its control methods need to be adjusted. The control processes should be more interactive during strategy formulation, during the building of the scorecard and during the subsequent implementation." (Nørreklit, 2000 p. 81).

²³² "Norton and I originally envisioned the Balanced Scorecard as an enhanced performance measurement system, labeled by Simons as a diagnostic system." (Kaplan, 2009 p.23).

²³³ "These managers had never seen Simons' description and definition of an interactive system. But their natural leadership style was to operate their scorecard system to question, probe, challenge, and coach about the strategy and its implementation, an ideal example of Simons' description of an interactive system." (Kaplan, 2009 p.25-26).

également dans des situations stratégiques complexes ou émergentes, pour lesquelles le BSC utilisé de façon interactive va favoriser la remise en cause et permettre l'apprentissage. Son utilisation pour le pilotage de la performance multidimensionnelle de l'université semble donc particulièrement appropriée.

5 Les limites du BSC et les raisons des échecs de mise en œuvre

Pour limiter les risques d'échec dans la mise en œuvre d'un tableau de bord de type BSC, il importe d'identifier les limites de cet outil et de comprendre les raisons des échecs constatés.

Choffel et Meyssonier (2005)²³⁴ mettent en évidence plusieurs limites. La plus importante tient à la façon dont le BSC est réellement utilisé par les organisations, il est ainsi possible de se tromper sur ce que le BSC est capable d'apporter en restreignant son usage à un des aspects de son fonctionnement. Pour eux l'utilisation d'un BSC peut recouper trois réalités :

- ❖ Levier de communication externe : le BSC est alors une simple représentation de la performance stratégique multidimensionnelle de l'organisation. Il permet de montrer aux parties prenantes, dans un document de synthèse multidimensionnel combinant indicateurs financiers et non financiers, comment leurs préoccupations sont prises en compte ;
- ❖ Outil de représentation stratégique : le BSC est utilisé par l'équipe de direction pour formaliser une vision partagée des facteurs clés de succès et des chaînes d'implications qui permettent leur réalisation. Il permet de mettre en évidence les relations de cause à effet dans une carte cognitive collective ;
- ❖ Système de pilotage : le BSC intègre la mise en place d'objectifs, de plans d'action, de systèmes d'incitation et de dispositifs de pilotage, complémentaires ou alternatifs aux budgets.

Ils relèvent également une limite culturelle à son usage dans le contexte français. En effet, le BSC serait selon eux « *plus adapté aux organisations à système d'autorité simple et centralisé que le tableau de bord "à la française"* ». Le tableau de bord « à la française » repose sur une conception plus politique de la stratégie que le BSC et paraît ainsi mieux à même de fonctionner dans des organisations « *où le pouvoir est diffus et où chaque niveau hiérarchique et chaque service désirent garder une zone de liberté* »²³⁵.

²³⁴ Choffel, D., Meyssonier, F. (2005). Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard. Comptabilité - Contrôle - Audit, 11(2), pp. 61-81.

²³⁵ Idem.

Trébucq (2011)²³⁶ considère également les facteurs culturels parmi les raisons d'échec possible de la mise en œuvre des BSC en France et constate par exemple le rejet assumé par certains de l'usage d'un outil d'origine américaine. Il relève parmi les cas d'échec plusieurs situations :

- ❖ Le désintérêt des dirigeants, alors que le *top-management* doit être moteur dans de la démarche ;
- ❖ L'existence de pertes financières faisant en sorte que toute logique prospective devient secondaire ;
- ❖ Le manque d'autonomie de gestion dans une filiale, qui rend difficile la mise en œuvre d'une démarche non initiée par les dirigeants du groupe et ne correspondant pas aux attentes de *reporting* ;
- ❖ La mise en place d'un BSC par un cabinet extérieur qui provoque des tensions liées aux pertes de prérogatives et un rejet de l'outil, notamment de la part du service contrôle de gestion y voyant un danger de perte de son influence et de son expertise ;
- ❖ Une focalisation sur la notion d'indicateurs de performance qui entraîne des réflexes de résistance et de rétention d'information ;
- ❖ Une vision court-termiste qui s'accommode mal de la dimension prospective du BSC.

6 Le BSC en milieu hospitalier : Des retours d'expériences au niveau international

Les systèmes de contrôle budgétaire et les indicateurs de gestion demandés dans le cadre du *reporting*, sont autant d'outils de type diagnostique qui sont indispensables à l'hôpital et peuvent permettre de comparer des résultats à des objectifs chiffrés et éventuellement corriger les écarts. Les indicateurs élémentaires produits servent néanmoins davantage à fournir des statistiques administratives qu'à réellement piloter l'organisation.

Le tableau de bord prospectif (BSC), en tant qu'innovation de gestion intégrant des mesures de performance financière et non financière à la lumière de la stratégie organisationnelle, a été largement adopté par diverses organisations depuis le début des années 1990. Après son introduction et sa promotion par Kaplan et Norton²³⁷ et de nombreux autres défenseurs, la BSC est passée d'un système d'évaluation des performances stratégiques à un outil efficace de transformation et de mise en œuvre de la stratégie, et est devenue de plus en plus populaire dans la pratique de la gestion. Selon certaines études, plus de 80 % des 1000 plus grandes entreprises du monde ont adopté la BSC, et l'adoption de la BSC

²³⁶ Trébucq, S. (2011). Le balanced scorecard en France. *Revue Française de Gestion*, 37(211), pp. 131-143.

²³⁷ Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1998). *Le tableau de bord prospectif*. Éditions d'Organisation.

s'est étendue à de plus en plus de pays au cours de la dernière décennie. Au-delà du monde de l'entreprise, la BSC a également été adoptée avec succès ces dernières années par des organisations à but non lucratif dans les secteurs de l'administration, de la santé, de l'éducation et de la bienfaisance, même si certaines modifications de la conception de la BSC sont appliquées.

Les hôpitaux sont aussi dans l'obligation à mettre en place des systèmes de contrôle de gestion de façon à favoriser le dialogue de gestion. Augé et al.²³⁸ estiment alors que pour favoriser et faciliter ce dialogue, les instruments de contrôle diagnostique peuvent être judicieusement complétés par des leviers de contrôle interactifs. L'utilisation de tableaux de bord peut constituer un lieu d'échanges, de dialogues et de débats. La conception collective d'un BSC, son utilisation dans le cadre d'un contrôle interactif, permet de favoriser le dialogue de gestion dans le cadre d'une bonne gouvernance.

La construction collective d'un balanced scorecard, de par sa méthodologie, consistant à conduire une réflexion stratégique, puis à la traduire, sous la forme d'une carte stratégique pour parvenir à la définition d'indicateurs, peut ainsi favoriser un processus de construction et d'appropriation collectives d'une stratégie et d'un modèle de performance. De même, que l'organisation de réunions régulières, autour de l'analyse et l'interprétation collective des résultats du BSC, peut favoriser des moments privilégiés de débats et d'échanges interactifs.

Conscients de l'intérêt et des apports que pouvaient apporter l'utilisation d'un BSC, plusieurs expériences ont été entreprises dans des hôpitaux, cherchant à mettre en œuvre cet outil. Si les hôpitaux du NHS ont été pionnières dans cette démarche, des expérimentations ou réflexions ont été menées dans de nombreux pays, majoritairement anglo-saxons. Nous pourrions tirer des enseignements de ces expériences et travaux, nous serons en mesure de synthétiser les conditions de mise en œuvre du BSC à même d'en assurer la réussite dans les hôpitaux publics Marocain.

Bruce Gurd et Tian Gao²³⁹, élaborent le 1^{er} travail sur l'adoption du BSC dans les hôpitaux australiens, les résultats de ce travail répondent à des questions d'une grande importance :

- Quel est le modèle de diffusion du BSC en Australie ?
- Quels sont les obstacles à la mise en œuvre du BSC ?
- Est-ce que les organisations qui accordent une grande importance à l'utilisation des systèmes de mesure de la performance pour la planification stratégique sont-elles susceptibles de mettre en

²³⁸ AUGÉ, B., NARO, G., VERNHET, A. (2010), Le contrôle de gestion au service du gouvernement de l'université : propos d'étapes sur la conception d'un balanced scorecard au sein d'une université française, 31^e congrès de l'AFC, Nice

²³⁹ Tian Gao, Bruce Gurd, (2006), lives in the balance: managing with the scorecard in not-for-profit healthcaresettings, Australia and New Zealand Third Sector Research, November 2006.

œuvre le BSC que les organisations qui n'accordent qu'une faible importance à la planification stratégique ?

- Les hôpitaux ayant une orientation à long terme sont-ils plus susceptibles de mettre en œuvre le BSC que ceux ayant une orientation à court terme.
- Quels sont les objectifs d'utilisation du BSC en milieu hospitalier ?

Afin de répondre à ces questionnements les auteurs ont utilisés un questionnaire conçu sur la base du questionnaire de Chan et Ho (2000), adressé aux hôpitaux australiens de plus de 100 lits. Le questionnaire a été envoyé aux directeurs généraux des 216 hôpitaux australiens. En général, le directeur général remettait le questionnaire à un administrateur principal pour qu'il le remplisse. Les principaux résultats de cette étude sont :

- Modèles de mise en œuvre du BSC : la plupart des hôpitaux disposent d'un système d'évaluation de la performance sous la forme d'un tableau de bord. Un deuxième constat confirme les travaux de Hoque et James²⁴⁰, les grands hôpitaux (plus de 200 lits) sont les plus susceptibles de disposer d'un BSC, ce qui peut s'expliquer par leurs besoins d'un meilleur système d'information pour la prise des décisions et aussi car ces hôpitaux disposent des ressources suffisantes.
- Diffusion du BSC et obstacles à sa mise en œuvre : le BSC est en cours de développement dans le secteur hospitalier australien. La plupart des hôpitaux indiquent qu'ils sont en train de le développer. Concernant les obstacles à la mise en œuvre du BSC, trois principaux facteurs ont été décelés : le manque de compétence et de ressources, une gestion axée sur le court terme et la résistance au changement.
- Planification stratégique et BSC : une conclusion importante, il n'y a pas de corrélation entre la présence d'un BSC et des niveaux élevés d'utilisation des mesures de performance pour la planification stratégique.
- Orientation à long terme et utilisation du tableau de bord : il n'y a pas de corrélation entre l'orientation à long terme et l'utilisation du BSC.
- Forme et utilisation du tableau de bord : les résultats de l'enquête portant sur les perspectives les mieux importantes du BSC dans le contexte australien concluent que : la perspective financière est la plus importante vu une plus grande pression pour atteindre les objectifs financiers du gouvernement et des caisses d'assurance maladie. La perspective client arrive en deuxième

²⁴⁰ Hoque, Z. and James, W. (2000) Linking Balanced Scorecard Measures to Size and Market Factors: Impact on Organizational Performance. Journal of Management Accounting Research, 12, 1-17.
<https://doi.org/10.2308/jmar.2000.12.1.1>

position, ce qui est cohérent avec la mission des organismes de santé, qui est de fournir des soins de santé de qualité aux patients.

Aidemark²⁴¹, dans son article coopération et concurrence : tableau de bord équilibrée et privatisation des hôpitaux, présente les résultats d'une étude menée dans la région de Skane en suède, qui décide de privatiser les services médicaux prodigués dans la région à un entrepreneur privé. Le conseil de la région avait la responsabilité de passer un contrat avec le prestataire et de le contrôler. La mission de l'entreprise comprend une coopération étroite avec le conseil de la région et les autorités sanitaires de la région. Aussi, prodiguer des soins médicaux de qualité à la population. Toutefois, cette privatisation ne se fera pas d'une manière traditionnelle, les deux parties sont tenues d'élaborer les conditions d'exploitation ensemble et progressivement, sur la base des expériences acquises. La question principale est comment le conseil de la région (acheteur du service) va réussir à gérer l'asymétrie de l'information, et si cette privatisation va entraîner une diminution des coûts des soins de santé dans la région. Afin de réussir cette mission le conseil de la région opte pour le tableau de bord prospectif, qui constitue la base de paiement et de suivi régulier des services fournies par l'entrepreneur privé. L'utilisation du BSC, a permis de pallier aux problèmes suivants :

- Le problème de l'asymétrie de l'information : le contrat entre le conseil de la région de Skane et l'entrepreneur privé prévoyait un tableau de bord prospectif, qui constitue l'outil offert à l'acheteur pour contrôler les opérations, la qualité et le développement. Les différents objectifs ont été formulés, il s'agit essentiellement de :
 - Veiller aux intérêts des citoyens et des patients ;
 - Assurer l'intégration entre les différents niveaux de soins.
- La perspective ‘ patients-habitants – permet au conseil de Skane d'obtenir des mesures régulières, par le biais de plusieurs indicateurs de la qualité des soins médicaux et la qualité perçue par les patients. Et pour s'assurer de l'intégration des soins médicaux entre l'hôpital et les différents niveaux de soins, la perspective ‘ Direction’ offre plusieurs indicateurs pour satisfaire à ce besoin.
- Pour le problème de la forme de paiement et coût de soins : l'accord entre les deux parties stipule que l'entrepreneur reçoit 45% de la somme totale sous forme des paiements fixes. S'ajoute à cette somme les paiements variables destinés à couvrir les coûts de fonctionnement de l'entreprise. Les avantages financiers de cette forme contractuelle ont été considérables :

²⁴¹ Aidemark, L.-G. (2001), ‘The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation’, Financial Accountability & Management, Vol. 17, No. 1, pp. 23– 40.

le conseil déclare que les paiements effectués à l'entrepreneur étaient inférieur de 12% aux coûts s'il avait conservé l'activité en l'état.

Cette forme contractuelle : le contrôle par la coopération a permis aux autorités de Skane grâce à l'utilisation d'un tableau de bord prospectif de concevoir un système de contrôle qui réduit l'ambiguïté de l'évaluation des performances par la mesure. Cette coopération a permis d'assurer la cohérence des objectifs dans le cadre d'un TBP.

Catherine Barnardo et Amin Jivanni²⁴² élaborent un article afin d'évaluer l'utilité d'un BSC en tant que système d'information sur les performances dans l'autorité sanitaire de Fraser (la Colombie-Britannique, Canada). L'autorité sanitaire de Fraser est une grande autorité sanitaire comprenant un réseau de 12 hôpitaux de soins aigus et une gamme de services de soins primaires, communautaires et résidentiels au service d'une population de 1,5 millions d'habitants. En 2006, l'autorité sanitaire de Fraser adopte officiellement le tableau de bord prospectif afin de refléter les objectifs de l'organisation, déclinés en six dimensions : l'accès, l'efficacité, la sécurité, la satisfaction, l'accessibilité financière et l'efficacité par rapport auxquelles la performance de l'organisation est mesurée.

Le BSC de l'autorité de Fraser avait pour but de fournir au conseil d'administration, aux cadres, à la direction générale et aux responsables de programmes un rapport sommaire sur la manière dont les programmes de l'autorité sanitaire dans son ensemble progressaient vers la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation. Les auteurs ont menés une étude qualitative en ligne à l'aide d'un modèle logique comprenant deux séries de questionnaires 26 et 32 questions, destinés aux dirigeants et aux responsables de la gestion des programmes. Au total, 216 enquêtes ont été envoyées par courrier électronique personnalisé à une liste prédéterminée de participants. Sur les 121 répondants (55%), 50% étaient des cadres supérieurs et 50% des responsables de programme. Parmi les répondants, 54% ont déclaré avoir un tableau de bord de programme depuis plus d'un an et 14% depuis moins d'un an. Parmi les répondants, 78% sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le BSC est utile pour rendre compte de la performance et 85% et 74%, respectivement, sont d'accord pour dire qu'il est facile à comprendre et facilement accessible. En revanche, rien ne prouve que la BSC soit utilisée pour la gestion des performances. Bien que 72% des répondants à l'enquête soient d'accord pour dire que les mesures de performance sont liées aux objectifs stratégiques de FH et 57% pour dire que le BSC est utilisé pour identifier les stratégies d'amélioration de la performance, seulement 27% des répondants ont utilisé le BSC pour attribuer la responsabilité de l'amélioration de la performance et 32% ont indiqué que les informations du BSC sont liées à un plan de performance de la direction.

²⁴² Barnardo C, Jivanni A. Evaluating the Fraser Health Balanced Scorecard — A Formative Evaluation. *Healthcare Management Forum*. 2009;22(2):49-60. doi:10.1016/S0840-4704(10)60466-8

Laura Broccardo²⁴³ a analysé les études portant sur l'utilisation du BSC dans le système de santé italien de la période 1992-2012. Par cette étude, l'auteur a tenté de répondre à trois questions principales :

- Quelles sont les perspectives utilisées ?
- Quels sont les indicateurs utilisés ?
- Quelle génération de BSC utilisée ?

Dans un objectif d'identifier le plus grand nombre possible d'application du BSC dans le secteur de la santé italien, une recherche a été menée via Google Scholar, Ebsco Host et Science Direct pour les articles internationaux et ESSPER pour les articles italiens.

Cette recherche a permis de trouver 12 articles publiés dans différentes revues. Ces revues ont deux domaines clairement différenciés : l'un concerne la médecine et l'autre l'économie. Sur les 12 articles identifiés, seuls cinq articles indiquent les indicateurs nécessaires pour contrôler les facteurs clés d'une mise en œuvre correcte de la stratégie.

L'analyse des documents fait apparaître les résultats suivants :

- Quatre hôpitaux italiens (33 %) placent la perspective de l'utilisateur/patient au premier plan.
- Sept hôpitaux italiens (59 %) placent les perspectives financières au premier plan.
- Un hôpital italien place la perspective des processus internes en tête (8 % des documents analysés).
- Dans 11 hôpitaux, les quatre perspectives classiques - utilisateurs/patients, performance économique et financière, processus internes et croissance et apprentissage - même si elles sont parfois nommées différemment, sont présentes ; dans un seul hôpital, la perspective financière est absente.
- Dans dix hôpitaux, le nombre total de perspectives est de quatre, dans un hôpital de trois et dans un autre de cinq.

Pour l'étude des indicateurs utilisés, l'auteur a recensé cinq articles qui les mentionnent :

- Pour trois hôpitaux, la plupart des indicateurs sont présents dans la perspective des processus internes ; pour un hôpital, dans la perspective des clients ; et pour un hôpital, dans la perspective financière.
- La majeure partie des indicateurs est placée dans la perspective du client.

²⁴³ Broccardo L. The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis. *Journal of Health Management*. 2015;17(1):25-41. doi:10.1177/0972063414560868

Par conséquent, il est possible d'affirmer, en ce qui concerne la première question, "quelles sont les perspectives utilisées", que dans la plupart des travaux, les quatre perspectives classiques - utilisateurs/patients, performance économique et financière, processus internes et croissance et apprentissage - sont utilisées, et il apparaît que dans les hôpitaux italiens, la perspective économique et financière comprend les principaux résultats critiques.

Tandis que pour la deuxième question, 'quels sont les indicateurs utilisés', il est possible d'affirmer que le nombre d'indicateurs est plus élevé dans les perspectives non économiques et financières, même s'ils sont moins soutenus pour le nombre réduit d'articles. En fait, dans les cinq hôpitaux analysés, le nombre le plus élevé d'indicateurs est présent (dans l'ordre) dans la perspective des utilisateurs/patients, la perspective des processus internes, la perspective financière et la perspective de l'apprentissage et de la croissance. Il est possible d'affirmer que dans le système de santé italien, l'attention est portée sur la perspective du client (utilisateur/patient) en termes de satisfaction et sur les processus internes en termes de qualité et de temps, même si la perspective financière est en tête.

En ce qui concerne la troisième question, "quelle génération de BSC est utilisée", il est possible d'affirmer que le BSC est utilisé comme un outil de contrôle et non comme un outil de gestion pour mettre en œuvre la stratégie et, par conséquent, dans les hôpitaux italiens, c'est la première génération qui est utilisée.

Li-cheng chang et al²⁴⁴. ont cherché dans un article à examiner les liens entre le PAF et le BSC et identifie certaines questions relatives à l'utilisation d'un système de mesure des performances de type BSC dans le contexte du NHS.

Au Royaume-Uni, le gouvernement a récemment introduit un système de mesure des performances pour le National Health Service (NHS), appelé Performance Assessment Framework (PAF). Le PAF a pour objectif déclaré d'aider le NHS à travailler à l'amélioration de la santé du public et à fournir de meilleurs soins et résultats sanitaires aux personnes qui utilisent ses services. Le PAF comporte six dimensions qui prennent en compte les besoins des différentes parties prenantes, les mesures des résultats et des processus, ainsi que les objectifs à court et à long terme. Le gouvernement entend que le PAF serve à la fois de système de mesure et de système de gestion stratégique reliant les stratégies nationales de santé à l'activité opérationnelle locale afin d'améliorer les performances aux niveaux national et local.

Selon le gouvernement, le PAF est une approche BSC qui peut être utilisée pour identifier, mesurer et gérer les aspects du service de santé considérés comme les plus importants pour les patients, le public,

²⁴⁴ Chang, L. C., Lin, S. W., & Northcott, D. N. (2002). The NHS Performance Assessment Framework: a "balanced scorecard" approach?. *Journal of management in medicine*, 16(4-5), 345–358. <https://doi.org/10.1108/02689230210446526>

le Parlement et les autres parties prenantes. Cette déclaration indique clairement l'objectif du gouvernement d'emprunter les concepts du BSC et de les fixer dans le contexte du NHS. Bien que le PAF ne soit pas identique au BSC de Kaplan et Norton, il tire ses principales caractéristiques de ce modèle.

Les conclusions de cette étude confirment que le PAF n'est pas identique au BSC, mais l'approche du BSC a été transformée pour s'adapter au contexte unique du NHS.

L'objectif implicite du BSC original, à savoir l'augmentation de la richesse des actionnaires, a été remplacée par l'amélioration de la santé, mesurée en termes de réduction des taux de mortalité. Cela reflète la responsabilité du gouvernement envers les contribuables et les électeurs.

Comme d'autres approches BSC, le PAF suppose une relation de cause à effet entre les mesures de processus et de résultats. Une telle relation causale permet aux gestionnaires d'utiliser le système de mesure des performances comme un outil de contrôle en amont²⁴⁵, où l'amélioration des mesures de processus devrait alors contribuer à l'amélioration des mesures de résultats. Dans le contexte du PAF, cependant, on a supposé que les efforts déployés pour améliorer les principaux services de santé contribueraient à l'amélioration globale de la santé. Compte tenu des critiques formulées à l'encontre de l'hypothèse d'une relation causale dans le BSC, ainsi que de la complexité des processus et des résultats des soins de santé, cette hypothèse ne devrait pas être considérée comme allant de soi dans le cadre du PAF.

Xiao-yun Chen et al²⁴⁶ utilisent le BSC pour comparer la performance des hôpitaux entre la Chine et le Japon. Afin de répondre à l'objectif de cet article, un certain nombre d'indicateurs comparatifs du BSC sont utilisés pour comparer des hôpitaux chinois et japonais.

Pour que les comparaisons de performances soient valables, il faut des critères et des méthodes d'évaluation rigoureux et normalisés, en particulier lorsqu'ils sont utilisés pour comparer des pays. Le BSC est une mesure de la performance qui se concentre sur le suivi de indicateurs clés regroupés selon quatre perspectives (financière, processus d'affaires internes, client, apprentissage et croissance) qui, ensemble, constituent une vision équilibrée d'une organisation²⁴⁷. La comparaison entre les deux

²⁴⁵ Norrekliit, H. (2000) The Balance on the Balanced Scorecard: A Critical Analysis of Some of Its Assumptions. *Management Accounting Research*, 11, 65-88. <https://doi.org/10.1006/mare.1999.0121>

²⁴⁶ Chen, X. Y., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

²⁴⁷ Kaplan, R. and Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 79.

hôpitaux montre que tous les indicateurs des perspectives financières et des processus internes suggèrent que l'hôpital C (Chinois) est plus performant en matière de processus internes et que sa situation financière est meilleure que celle de l'hôpital N (Japonais). D'autre part, les différents indicateurs de clientèles, d'apprentissage et développement ne sont pas toujours décisifs. A titre d'exemple les temps d'attente en ambulatoire sont beaucoup plus prolongés dans l'hôpital chinois, tandis que les dépenses de recherches sont limitées. Cela peut être justifié par l'orientation des objectifs stratégiques des dirigeants chinois à court termes. Ce constat questionne la contribution de chaque hôpital dans la performance de l'ensemble du système de santé de son pays. Bien que le Japon soit mieux classé que la Chine au niveau de l'OMS, cela n'est pas conforme aux résultats de la comparaison des deux hôpitaux. Pour cette étude le BSC a servi à une comparaison entre deux hôpitaux, dans deux pays différents, grâce à un ensemble d'indicateurs comparatifs.

Dans un autre article, Elin Funck²⁴⁸ a étudié comment la conception et la fonction du BSC a été influencé par les diverses parties prenantes de l'environnement des soins de santé publics en Suède. Les organisations des soins suédois sont composées de professionnels soutenus par une administration et gouvernés par des politiciens élus. Les professionnels sont formés pour effectuer des tâches complexes, et de manière indépendante en utilisant leur expérience et leur expertise. Ce qui leur permet d'agir de manière indépendante sans contrôle administratif formel²⁴⁹. Cette étude est effectuée au cours de 2003 dans comté au sud du suède, conseil de comté comprenait deux hôpitaux et plusieurs centres de traitement ambulatoire qui, ensemble, offraient des soins de santé et des services dentaires publics à ses habitants. Les données sont collectées à différents niveaux de l'organisation. Les personnes interrogées sont le président du conseil exécutif du conseil de comté, le directeur du budget du conseil de comté, le directeur général des deux hôpitaux, le directeur d'une clinique chirurgicale et un médecin en chef.

Résultats :

- ❖ Pour les administrateurs : le BSC est considéré comme une révolution managériale, permettant de présenter les performances sous quatre perspectives différentes au lieu de se concentrer sur une seule. L'application du BSC un meilleur dialogue entre les départements opérationnels et l'administration, et surtout entre l'administration et les hommes politiques, lors des discussions sur les performances et la répartition des ressources.
- ❖ Pour les politiciens : l'attitude à l'égard du nouvel instrument de contrôle de gestion était positif, Cependant, ils ont déclaré que l'image qui leur était présentée n'était plus noire ou

²⁴⁸ Funck, E. (2007), "The balanced scorecard equates interests in healthcare organizations", *Journal of Accounting & Organizational Change*, Vol. 3 No. 2, pp. 88-103. <https://doi.org/10.1108/18325910710756122>

²⁴⁹ Abernethy, Margaret A. & Stoelwinder, Johannes U., 1995. "The role of professional control in the management of complex organizations," *Accounting, Organizations and Society*, Elsevier, vol. 20(1), pages 1-17, January

blanche. En raison de la multiplicité des points de vue, la situation au sein du conseil général est devenue plus grise. Le processus décisionnel pouvait donc, dans certaines situations, prendre plus de temps qu'auparavant.

- ❖ Pour les professionnels : l'attitude n'était pas très positive. Les médecins soutenaient que les besoins et les droits des patients étaient la priorité absolue, indépendamment de ce que le budget ou le BSC permettait.

Le BSC a permis un équilibre entre les différentes logiques. Ce qui implique que les intérêts des politiciens, des administrateurs et des professionnels de la santé peuvent être souligné sans donner la priorité à un intérêt par rapport à un autre. Dans le conseil de comté étudié, le BSC a été doté d'une nouvelle fonction : il rend les différents intérêts organisationnels visibles et égaux.

Dans un autre article, Beata Kollberg & Mattias Elg²⁵⁰, visent à mieux comprendre la manière dont la BSC est utilisée dans trois organisations de soins de santé suédoises. Les questions de recherche dérivées de l'objectif sont les suivantes :

Qu'est-ce qui caractérise l'utilisation de la BSC dans les soins de santé suédois ? Que faut-il pour utiliser la BSC dans ce contexte ?

Les trois organisations se concentrent sur des maladies similaires et appartiennent à des conseils de comté différents en Suède. Nous avons essayé de synthétiser les résultats des 3 études de cas dans le tableau suivant :

Tableau 8 : synthèse des études de cas étudiés.

Elément	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Objectif	Permettre le suivi et la communication des résultats. Créer une structure claire pour l'orientation stratégique.	Améliorer la communication au sein de la hiérarchie organisationnelle. Permettre l'amélioration et le développement de l'organisation pour	Créer une structure et une orientation claire pour une nouvelle organisation Prendre en compte les valeurs des

²⁵⁰ Beata Kollberg & Mattias Elg, 2011. "The practice of the Balanced Scorecard in health care services," International Journal of Productivity and Performance Management, Emerald Group Publishing Limited, vol. 60(5), pages 427-445, June

		créer une structure de réunions de gestion	employés et leur situation de travail.
Visualisation	Mesures en cinq et trois perspectives. Utilisation d'un graphique bien connu pour présenter les mesures dans Excel.	Mesures dans quatre perspectives utilisations d'un graphique bien connu pour représenter les mesures dans Excel.	Mesures dans cinq perspectives. Utilisation de l'assistance informatique pour créer des graphiques complets à partir des données collectées.
Mises en œuvre	Forte implication des employés à un stade précoce. Les agents de changement impliquent et soutiennent les employés dans l'utilisation du BSC. Adaptation de la terminologie dans le BSC.	Relation avec les différents niveaux de l'organisation et avec les acteurs externes de l'organisation. Les agents de changement impliquent et soutiennent les employés dans l'utilisation du BSC	Identification d'un besoin de changement. Les agents de changement impliquent et soutiennent les employés dans l'utilisation du BSC
Actions entreprises	Les managers utilisent le BSC : pour rendre compte des résultats à leurs supérieurs. Les employés utilisent le BSC : dans les discussions entre professionnels et dans les équipes de planification annuelle.	Les managers utilisent le BSC : pour communiquer les résultats aux supérieurs, et pour discuter des efforts d'amélioration. Les employés utilisent le BSC dans les discussions entre professionnels et dans	Les managers utilisent le BSC : pour communiquer les résultats aux supérieurs, et pour discuter des efforts d'amélioration. Les employés utilisent le BSC pour recevoir les

		les équipes de planification annuelle.	informations sur l'activité.
Contribution	Amélioration de l'ordre et de la structure dans le travail de gestion. Meilleur compréhension du travail par les employés Participation accrue	Coordination accrue entre les unités Elargissement de la vision.	Intérêt accru pour la situation professionnelle des employés. Participation accrue des employés aux activités de développement. Amélioration de la structure de gestion.

Source : Auteur.

Dans les cas étudiés, il y a beaucoup de preuves montrant que le BSC est utilisé pour soutenir le développement organisationnel. Cependant, rien dans le matériel n'indique que le BSC n'est pas utilisée à des fins financières. Sans exclure l'aspect financier de l'objectif, nous pouvons donc conclure, sur la base de nos résultats, que l'objectif de l'utilisation est axé sur le développement et l'amélioration des capacités organisationnelles. Dans les trois cas, l'utilisation du BSC vise à créer une structure pour différentes occasions. Le cas 1 utilise la structure pour rendre l'orientation stratégique plus claire, le cas 2 pour structurer les réunions de gestion et le cas 3 pour rendre les stratégies de la nouvelle organisation plus complètes. Outre la contribution de la structure, la BSC est utilisée pour permettre des procédures de suivi, améliorer la communication au sein de l'organisation et prendre en compte le point de vue des employés. Ainsi, l'objectif de l'utilisation de la BSC est axé sur les capacités internes et le développement des membres et des procédures de l'organisation.

En ce qui concerne la *visualisation de* la BSC, les résultats montrent que les trois cas ont utilisé

Les personnes interrogées ont utilisé des versions du cadre original de Kaplan et Norton dans la conception de leurs tableaux de bord. Quatre ou plusieurs perspectives sont utilisées dans les

cas et les personnes interrogées font ressortir les perspectives comme fondement de leurs tableaux de bord. Il semble donc que l'organisation des mesures en perspectives soit perçue comme un cadre utile pour la représentation organisationnelle. Bien que les cadres soient similaires dans les trois cas, les techniques de présentation des mesures diffèrent. Alors que les cas 1 et 2 présentent leurs mesures dans

un diagramme en toile d'araignée conçu manuellement dans Excel, le cas 3 utilise un support informatique pour concevoir et afficher des diagrammes visuels. Dans le cas 3, le support informatique a permis la mise en œuvre de la BSC en fixant et en augmentant l'échange d'informations, en facilitant la vue d'ensemble des activités et en créant une ouverture dans l'organisation. Outre le support informatique, les cas 1 et 2 montrent qu'il y a plusieurs avantages à appliquer des techniques bien connues lors de la visualisation et de la diffusion des mesures auprès du personnel et de la direction générale. Le diagramme en toile d'araignée est une illustration familière dans les hôpitaux et l'utilisation de cette technique dans la BSC pourrait faciliter la compréhension des mesures par les membres de l'organisation.

En se concentrant sur la *mise en œuvre* du BSC, les résultats élucident plusieurs facteurs importants. Un facteur important dans tous les cas est l'importance des agents de changement dans l'implication et l'engagement des personnes dans l'initiative BSC. Les agents de changement identifiés dans ces cas ont une position de management et ont une expérience professionnelle dans l'activité clinique. Ils ont également un véritable intérêt et des connaissances dans les techniques de la BSC, qu'ils ont acquises par la formation, les études personnelles ou les relations avec d'autres organisations cliniques. Un autre facteur important, que l'on retrouve dans les cas 1 et 3, est la forte implication des employés dans la mise en œuvre. Le cas n° 1 a informé les employés dès le début de la mise en œuvre et a permis à toutes les sections de concevoir leurs propres tableaux de bord. Dans le cas 3, la direction générale a organisé des séminaires avec tous les employés et la direction du département a demandé aux employés de faire des suggestions d'amélioration et a encouragé les boucles de retour d'information.

Le thème suivant traite des *actions entreprises sur la* base des informations contenues dans le BSC. Le principal domaine d'application du BSC pour les managers est la diffusion d'informations à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. Il s'agit là d'une indication supplémentaire de l'importance de la carte de score pour la compréhension de l'organisation. La structure divisée en perspectives est facile à comprendre et à reconnaître, et donne aux gens une image unifiée de l'organisation. Le BSC sert également de base aux discussions entre la direction et les employés, entre les professions et au sein des équipes dans les trois organisations.

Cette constatation est confirmée dans la plupart des ouvrages consacrés à la BSC. La principale différence dans l'utilisation de la BSC dans les trois cas concerne l'utilisation de la BSC comme système de suivi et de reporting. Alors que dans les cas 1 et 2, la BSC sert de support aux rapports de suivi et de reporting, La troisième organisation utilise la BSC pour recevoir des connaissances et des informations lorsqu'elles sont nécessaires pour les affaires internes.

Enfin, nous nous sommes intéressés à la contribution expérimentée de la BSC. Les résultats indiquent que la BSC contribue principalement à améliorer la structure du travail de gestion. Dans les cas 1 et 3, les personnes ressentent une structure améliorée dans la manière de gérer l'organisation et dans le cas 3, la BSC a conduit à une meilleure compréhension de ce que signifie la gestion et la direction d'une organisation. En outre, les entretiens montrent que les personnes ressentent une amélioration des conditions de travail et de l'engagement des employés dans les améliorations. La mise en œuvre de la BSC a permis aux employés de mieux comprendre le travail d'amélioration et de s'y engager davantage. La BSC peut donc être considérée comme un moyen de transférer le pouvoir de connaissance des initiatives d'amélioration de la direction aux employés, ce qui peut accroître l'influence des employés sur les décisions de la direction.

Cet état des lieux nous permis de présenter une cartographie intéressante des leviers de performance associés aux quatre perspectives traditionnelles du BSC dans le contexte hospitalier, et peut être mobilisée pour alimenter la réflexion sur la construction effective d'un BSC dans le contexte hospitalier marocain.

Conclusion de la deuxième section :

Le tableau de bord prospectif se révèle être un outil puissant pour évaluer et améliorer la performance hospitalière. En intégrant des indicateurs financiers et non financiers, il offre une vision holistique de la performance de l'hôpital, en tenant compte à la fois des aspects financiers, des processus internes, de la satisfaction des patients et de l'apprentissage organisationnel. L'utilisation d'un tableau de bord prospectif dans le contexte de la performance hospitalière permet aux établissements de santé de définir clairement leurs objectifs stratégiques et de suivre leur réalisation au fil du temps. Il permet de traduire la stratégie globale de l'hôpital en mesures tangibles et d'évaluer la performance par rapport à ces objectifs. Les différents indicateurs du tableau de bord prospectif fournissent des informations précieuses sur les domaines qui nécessitent une attention particulière, permettant aux responsables de prendre des décisions éclairées pour améliorer la performance dans ces domaines spécifiques. Cependant, il convient de noter que la mise en place d'un tableau de bord prospectif efficace nécessite une planification et une conception rigoureuses. Il est essentiel d'identifier les bons indicateurs qui reflètent fidèlement les objectifs stratégiques de l'hôpital et de garantir la disponibilité des données nécessaires pour alimenter le tableau de bord. De plus, un suivi régulier et une évaluation critique des indicateurs sont nécessaires pour s'assurer de leur pertinence continue et de leur capacité à générer des informations utiles pour la prise de décision.

Conclusion du deuxième chapitre :

Le présent chapitre nous a permis tout d'abord de passer en revue les principaux obstacles relatifs aux établissements hospitaliers. Dans ce développement, nous avons aussi présenté l'apport du contrôle de gestion afin de pallier aux dysfonctionnements de l'organisation hospitalière, pour atteindre une performance meilleure. Ensuite, nous avons apporté les éclaircissements nécessaires au concept de la performance hospitalière, avant d'établir une revue de la littérature basée sur un ensemble des études empiriques traitant à la fois les apports et les effets de l'introduction des systèmes de mesure de la performance en milieu hospitaliers. Ensuite, la deuxième partie de notre chapitre a été consacrée à l'étude des différents outils et modèles de mesure de la performance hospitalière. Avant d'accorder plus de développement à notre cadre conceptuel : le tableau de bord prospectif. Le BSC est caractérisé par son approche multidimensionnelle de la performance, et par ses quatre perspectives, ainsi que la relation de cause à effets assurée par un set d'indicateurs financiers et non financiers. En dernier lieu, et pour explorer les conditions de construction, et de réussite du BSC en milieu hospitalier, nous avons procédé à l'examen d'un nombre important d'articles documentant des expériences d'utilisation du BSC, dans des contextes diversifiés.

Troisième chapitre. Présentation du champ de l'étude

Le système de santé marocain a enregistré des avancées notables au cours des dernières décennies. De nombreuses réformes ont vu le jour avec un objectif principal d'améliorer le niveau de la qualité des services rendus à la population. Cependant, certains défis restent à relever notamment la généralisation de la couverture médicale tout en assurant la protection financière des citoyens. Les réformes proposent de revoir l'organisation de l'offre de soins, remédier à la pénurie du personnel de santé, renouveler les équipements, digitaliser le système d'information, améliorer le financement et enfin renforcer la gouvernance du système de santé en général. Le tout intégré dans le projet de « Couverture Sanitaire Universelle » qui est un projet fédérateur permettant d'améliorer le financement et avoir un effet de levier sur les autres fonctions du système de santé.

Cependant, cette généralisation mettra sous pression les établissements hospitaliers, principalement les hôpitaux secondaires et tertiaires spécialisés dans le traitement des cas complexes plus graves et dont les soins sont également plus coûteux.

Avec plus de six millions de patients admis par an, les services des urgences constituent la porte d'entrée privilégiée des patients. Des services qui témoignent d'une insuffisance de l'infrastructure existante pour répondre aux besoins de la population.

Ce chapitre s'articule autour de deux sections. Dans une première section nous présenterons l'organisation du système de santé marocain et son historique tout en exposant les différentes réformes du système de santé marocain. Dans une deuxième section, nous mettrons en lumière l'organisation du réseau des urgences au Maroc, nous présenterons notre structure d'accueil à savoir le CHR AL GHASSANI de façon générale et le service des urgences d'une manière particulière.

Section I : Le système de santé Marocain : une évolution continue.

Le système de santé marocain est un système qui vise à fournir des soins de santé à l'ensemble de la population du Maroc. Il se compose de différents niveaux de soins, allant des soins de base aux soins spécialisés, et est régi par le Ministère de la Santé.

Le Maroc dispose d'un réseau étendu de centres de santé de base, appelés "Centres de santé de proximité" ou "Centres de santé", qui fournissent des soins primaires à la population. Ces centres offrent des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi médical. Ils sont souvent le premier point de contact pour les patients et jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

En plus des centres de santé de base, le Maroc compte des hôpitaux régionaux et des centres hospitaliers universitaires qui offrent des services spécialisés et des soins de plus haut niveau. Ces établissements disposent de services médicaux et chirurgicaux avancés, de départements spécialisés et de personnel médical qualifié. Le système de santé marocain est confronté à plusieurs défis, notamment des disparités d'accès aux soins entre les zones rurales et urbaines, des inégalités socioéconomiques et une demande croissante en matière de services de santé. Le gouvernement marocain s'efforce de relever ces défis en investissant dans l'expansion des infrastructures de santé, en renforçant les ressources humaines, en améliorant l'accès aux soins et en mettant en place des programmes de couverture sociale pour une meilleure prise en charge des frais médicaux.

Sous-section 1 : Description du système de santé Marocain.

Nous allons procéder à une description du système de santé marocain, en présentant un aperçu historique de son évolution.

1 Le système de santé Marocain : un aperçu historique.

L'évolution du système de santé marocain a été marquée par deux périodes phares : la première pendant le protectorat et la deuxième au lendemain de l'indépendance.

1.1 La période de protectorat : un système de santé face à la discrimination et les épidémies.

Le protectorat français a été signé en 1912 au Maroc. Les autorités françaises du protectorat ont mis en place des infrastructures sanitaires pour apporter les soins nécessaires aux européens et à préserver le "capital humain" marocain, considéré comme un réservoir de main d'œuvre pour l'industrie et l'agriculture pour servir les intérêts français.

Cette politique sanitaire considérait les marocains comme des éventuels soldats en cas de conflits armés.

La santé au Maroc pendant la période de protectorat peut être divisée en trois phases²⁵¹ :

- 1912 – 1938 : période des épidémies
- 1939- 1945 : période “ creuse ”
- 1946- 1956 : décollage sanitaire.

1.1.1 La période des épidémies.

Cette période correspond à celle de “la pacification”, ou un nombre important des militaires a été impliqués et qui a atteint 80000²⁵². Dès lors une infrastructure était nécessaire pour répondre aux besoins en santé de ces troupes. Les médecins et infirmiers prodiguait des soins en priorisant la population française civile et militaire, parmi les marocains, seuls les notables avaient accès aux soins.

Trois principaux épisodes épidémiques ont frappé le Maroc : la variole, la peste et le typhus.

La variole : connue une grande propagation dès 1912, avec un nombre de décès journalier qui atteint 10 victimes entre 1912 et 1914. Les villes le plus touchés étaient : Casablanca, Fès et Salé. Or, le foyer de l'épidémie se trouvait dans la région de Souss. La maîtrise de cette épidémie n'a été possible que vers les années 30 après de forte campagne de vaccination.

La peste : les premiers cas ont été enregistrés dans les deux régions de Tadla et Doukkala au cours de l'hiver 1911, cette épidémie a fait des ravages en enregistrant près de 12000 décès²⁵³. Dès 1912, elle atteint la population de Casablanca, obligeant les autorités à édifier un Lazaret à EL Ank, pour y garder en quarantaine toutes personnes voulant rentrer dans la ville. Cette épidémie s'est répandue ensuite dans les villes de Rabat et Salé, elle ne disparaît que vers 1917.

Le typhus : était le phénomène le plus redouté. La mortalité due à cette maladie était moindre que celle occasionnée par la peste, mais elle frappait beaucoup plus une population plus étendue. Au cours de l'hiver 1914, le typhus s'est répandit à Casablanca, Salé, Kenitra et surtout Rabat, tuant une dizaine de personnes par jours dans chacune de ces villes. Deux autres épisodes épidémiques dus à une forme plus meurtrière touchèrent le Maroc : 1927-1928 et 1937-1938.

Cette période a connu la construction d'un nombre considérables d'hôpitaux dans plusieurs villes marocaines. Dès 1912, l'hôpital Cocar (actuellement sous le nom d'hôpital Ibn Ikhathib) a été construit

²⁵¹ RAYNAUD L., (1902) Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc. J.B. Baillière et fils, Paris,

²⁵² MOUSSAOUI D., BATTAS O., Communication présentée à la séance du 28 mars 1992 de la Société française d'Histoire de la Médecine consacrée à l'Histoire de la Médecine au Maroc.

²⁵³ Idem.

par le docteur Cristiani. Au cours de cette même période, le Dr Guichard ouvrait les premiers bâtiments de l'hôpital Mauchamp à Marrakech. Pour lutter contre les épidémies plusieurs Lazaret ont été construit notamment : en 1913 à EL Ank à Casablanca par le Dr Duché, un deuxième Lazaret avait été construit à Oujda. En 1914, il y a eu création à Casablanca de la première unité civile au sein de l'hôpital militaire construit en 1911. En 1917, l'hôpital " indigène" fut ouvert à Casablanca²⁵⁴, destinés à soigner les malades Marocains.

En 1919, il y a eu création de l'hôpital psychiatrique de Berrechid, la première structure psychiatrique moderne au Maroc. Les travaux de construction sont achevés en 1936.

En 1921 fut créé l'hôpital de Rabat, dénommé Marie Feuillet, renommé après l'indépendance l'hôpital militaire Mohammed V. en 1929, l'institut pasteur est créé, mais n'entra en fonctionnement qu'en 1932. Le 30 décembre 1930, l'institut d'hygiène est inauguré à Rabat.

1.1.2 La période creuse

C'est une phase exceptionnelle, marquée par la deuxième guerre mondiale, l'ensemble des efforts sont concentrés sur le front militaire. Cette période a connu une famine et la recrudescence des épidémies²⁵⁵ : typhus à Fès en 1942 et la peste à Casablanca en 1944. La pénurie touchait aussi les médicaments, le personnel médical et paramédical ce qui conduit à un arrêt total des constructions sanitaires.

1.1.3 La période de décollage sanitaire

Cette période a connu l'apparition d'un nombre considérables de mutations, caractérisé par :

- ❖ L'apparition du mouvement nationaliste et un développement social sans précédent, du notamment à l'essor économique que connaissait l'Europe d'après-guerre.
- ❖ Cette prospérité économique a favorisé l'exode rural, l'arrivée massive de campagnards a contribué la constitution des bidonvilles, ceinturant les villes, notamment Casablanca du fait de son haut degré d'industrialisation. L'entassement des campagnards, l'insalubrité, l'absence d'eau potable constituaient les raisons essentielles de la recrudescence des maladies infectieuses.

La grande victoire de la médecine coloniale a d'abord été contre les maladies infectieuses, en particulier celles qui sévissaient de manière endémique ou épidémique. Les grandes institutions de prévention et de

²⁵⁴ Opcit.

²⁵⁵ Opcit.

soins ont également été initialisées pendant cette période. Cependant, la grande lacune du protectorat dans le domaine de la santé a été la quasi absence de formation de personnel médical et paramédical marocain. C'est l'un des premiers objectifs du pays après l'indépendance.

1.2 Le système de santé Marocain après l'indépendance

Au Maroc, le système de santé repose sur deux pôles : le secteur public représenté essentiellement par les services du ministère de la Santé et ceux des forces armées royales, et le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. Le ministère de la santé est responsable de l'exécution de la politique de santé du gouvernement sur les 12 régions sanitaires ainsi que dans les provinces et préfectures médicales correspondant à celles du découpage administratif. Sur chaque région est nommé un directeur régional chargé de coordonner le développement sanitaire de la région, et à la tête de chaque province, un délégué du ministère de la santé est en charge d'appliquer la politique de santé au niveau de son territoire.

Le Ministère de la Santé constitue le premier prestataire de soins, puisqu'il dispose de 80% de la capacité litière du pays selon le rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Sur la base d'un rapport²⁵⁶, la distribution de l'offre se répartit de façon inégale puisque les grandes villes disposent des services de santé les mieux dotés en équipements et en ressources (médecins en particulier) alors que les besoins non satisfaits se trouvent dans les zones rurales.

Les hôpitaux publics sont contrôlés par le Ministère de la Santé mais la gestion et l'administration quotidienne dépendent des autorités de santé provinciales et des directeurs d'établissements. L'augmentation du nombre d'hôpitaux régionaux et provinciaux a engendré une forme d'indépendance financière : SEGMA (Service d'Etat Géré de Manière Autonome).

Ce statut autorise à ce type d'hôpital de gérer et d'administrer son propre budget bien que celui-ci reste sous la supervision de son autorité de santé provinciale. En 2007²⁵⁷, 91 hôpitaux disposaient de ce statut (soit 68 % des hôpitaux publics). Il existe également deux autres statuts : les établissements autonomes et les établissements de régie sous la tutelle directe de l'Etat.

1.3 L'organisation hospitalière au Maroc

L'organisation de l'offre de soins au Maroc est régie par les dispositions de la loi cadre n° 34.09 du 2 Juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins au Maroc, et au décret d'application n° 2-14-562 du 24 juillet 2015 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas

²⁵⁶ KHERBACH. F. EL ALAMI. L. (2007) Étude sur le financement des soins de santé au Maroc.

²⁵⁷ Ministère de l'économie et des finances (2021) rapport sur les services de l'Etat gérés de manière autonome.

régionaux de l'offre de soins. Ces deux textes juridiques régissent l'organisation de soins au Maroc et définissent les types d'établissements de santé et les niveaux de recours.

Les hôpitaux publics au Maroc sont organisés selon trois critères²⁵⁸, la gamme de leurs prestations et la nature de leurs équipements, en d'autres termes, la nature de l'offre ;

- ❖ Le statut juridique (leur mode de gestion) et
- ❖ Le plan organisationnel (leur champ d'action et le niveau des prestations dispensées).

1.3.1 Organisation des hôpitaux selon la nature de l'offre de soins

La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés :

- ❖ Les hôpitaux généraux : Ils comprennent des services des urgences, de chirurgie, de médecine, d'obstétrique et de pédiatrie et parfois d'autres spécialités médicales et chirurgicales.
- ❖ Les hôpitaux spécialisés : Ils reçoivent généralement les malades ayant besoin de soins spéciaux, orientés par un établissement sanitaire où ils ont été vus auparavant. (Hôpitaux psychiatriques. Hôpitaux de pneumo-phtysiologie, léprologie etc..).

1.3.2 Organisation des hôpitaux publics selon leurs statuts

Sur le plan du statut juridique des hôpitaux, il existe trois types d'hôpitaux combinant des modes d'organisation et de gestion, très différents : les établissements publics, les établissements gérés de manière autonome (SEGMA), les établissements en régie.

- ❖ Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) :

Ils sont représentés par les 06 centres hospitaliers universitaires (CHU), disposant d'un statut qui leur confère une personnalité morale (titulaire de droits et d'obligations et peut avoir un nom, un patrimoine et un siège sociale) et une autonomie financière. Ils sont répartis sur les villes de Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès, Oujda et Agadir.

Dans ces efforts pour renforcer son réseau hospitalier, le Maroc envisage de construire un centre hospitalier universitaire par région. C'est ainsi que le nouveau CHU de Tanger vient d'être inauguré. Tandis qu'un nouveau CHU est en cours de construction dans la ville de Laayoun.

- ❖ Les Services d'Etat Gérés de Manière Autonome (SEGMA)

²⁵⁸ La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins

Ce sont les hôpitaux les plus nombreux. Ils n'ont pas de personnalité morale mais ont une autonomie financière. C'est un statut qui a été initié pour la première fois en 1987 dans cinq hôpitaux. En 1998, il a connu une nouvelle organisation selon laquelle les hôpitaux SEGMA sont regroupés en Centres Hospitaliers Provinciaux, Préfectoraux (CHP) ou Régionaux (CHR), c'est le cas de l'hôpital AL GHASSANI, objet de notre recherche.

❖ Les hôpitaux gérés en mode régie

Ce type de statut ne confère à l'hôpital ni personnalité morale ni autonomie financière. Son budget n'est pas individualisé par rapport à celui de la délégation territoriale dont il relève.

1.3.3 Organisation des hôpitaux selon le champ d'action et le niveau de prestation dispensé

Le réseau des établissements hospitaliers est hiérarchisé selon trois niveaux de recours²⁵⁹ :

1.3.3.1 Premier niveau

❖ *La polyclinique : en milieu urbain*

Constitue le premier niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers. Elle comprend, en plus des urgences les disciplines de base suivantes :

- ❖ L'obstétrique ;
- ❖ La pédiatrie ;
- ❖ La médecine générale ;
- ❖ La chirurgie générale.

Son implantation exige une agglomération d'au moins 20 000 habitants.

❖ *L'hôpital local (HL) : en milieu rural*

Il assume, en plus des fonctions d'un centre de santé communal avec une unité d'accouchement, celle des soins curatifs hospitaliers. Il dispose, en plus, d'une unité polyvalente d'hospitalisation d'une capacité de 25 lits et d'un dispositif pour effectuer des examens de radiologie et de laboratoire.

²⁵⁹ La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins

1.3.3.2 Deuxième niveau

Le centre hospitalier provincial, préfectoral ou régional (CHP ou CHR). Il peut être constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il constitue, dans la limite territoriale de la province ou préfecture de son implantation, le deuxième niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers. Il doit dispenser, outre les prestations médicales citées ci-dessus, des prestations de soins et services spécialisés en traumatologie-orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillofaciale, stomatologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, psychiatrie et pneumophtisiologie.

Le CHP peut avoir une vocation régionale quand son attractivité dépasse l'aire régionale. Dans ce cas il doit développer des disciplines comme l'urologie, la neurochirurgie, le service des brûlés, la néphrologie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

1.3.3.3 Troisième niveau

Constitué par le centre hospitalier universitaire (CHU) à vocation universitaire qui dispense des prestations de soins et services dans toutes les disciplines médicales. Il regroupe un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés, à vocation universitaire. C'est un centre d'enseignement et de recherche. Il comprend des disciplines qui ont un caractère national telles que :

- ❖ La cancérologie ;
- ❖ La chirurgie réparatrice ;
- ❖ La chirurgie thoracique ;
- ❖ La chirurgie cardio-vasculaire ;
- ❖ L'hématologie clinique.

2 Evolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc

Depuis l'indépendance, des avancées importantes ont été enregistrées par notre système de santé en matière du développement de l'offre de soins. Ces avancées concernent notamment l'extension du réseau hospitalier, des établissements de soins de santé primaires, des cliniques et des cabinets privés. En effet, le Maroc compte en 2019²⁶⁰, 159 hôpitaux avec une capacité litière de 25385 et 2888 établissements de soins de santé primaires urbains et ruraux.

²⁶⁰ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de la Planification et des Ressources Financières Division de la Planification et des Etudes. Service des Etudes et de l'Information Sanitaire Santé en chiffres 2021

Aussi, l'offre de soins privée se développe avec un rythme accéléré. On compte un total de 359 cliniques, 9671 cabinets de consultation médicale, 3614 cabinets de chirurgie dentaire et 8997 officines de pharmacie²⁶¹.

Quant au personnel médical, le Maroc dispose en 2019, dans les structures publiques de sante, de 12034 médecins toutes spécialités confondues dont 160 pharmaciens et 458 chirurgiens-dentistes exerçant hors CHUs et un effectif de 31657 personnels paramédicaux, contre un effectif de 13545 médecins exerçant dans le secteur privé dont 8355 spécialistes. Pour mieux illustrer l'évolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc, nous synthétisons les données concernant cette évolution entre 2019 et 2021 dans les tableaux ci-dessous :

²⁶¹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Direction de la Planification et des Ressources Financières Division de la Planification et des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffre 2021.

Tableau 9. Evolution des établissements de soins de santé primaire publics

Etablissement de soins de santé primaires	2019	2021	Evolution
Centre de santé urbain	831	861	+ 30
Centre de santé ruraux	1270	1296	+26

Source : Elaboré par nos soins sur la base de santé en chiffre

Tableau 10. Evolution des établissements hospitaliers publics

	Nombre			Nombre des lits		
	2019	2021	Evolution	2019	2021	Evolution
Hôpitaux	148	155	7	21692	25199	3507
Hôpital de psychiatrie	10	10	0	1146	1512	366

Source : Elaboré par nos soins sur la base de santé en chiffre

Tableau 11. Evolution des effectifs du personnel exerçant dans les établissements publics

Catégorie		2019	2021	Evolution.
Corps médical	Généraliste	3818	3494	-324
	Spécialiste	7414	9402	-1988
Corps paramédical		29738	35789	6051
Corps administratif		1340	2080	740
Corps technique		4148	4868	720

Source : Elaboré par nos soins sur la base de santé en chiffre

Tableau 12. Evolution de l'offre de soins dans le secteur privé

			2019	2021	Evolution
Ressources humaines	Médecins généralistes		4624	5414	790
	Médecins spécialistes		7518	8785	1267
Etablissements sanitaires privés.	Cliniques	Nombre	356	384	28
		Nombre des lits	9719	12534	2815
	Cabinets de consultations médicales		9475	11928	2453
	Cabinets de radiologie		276	308	32
	Cabinets dentaires		3121	4416	1295
	Officines de pharmacies		8914	9603	689
	Cabinets de laboratoires.		531	636	105

Source : Elaboré par nos soins sur la base de santé en chiffre

Malgré l'amélioration de l'infrastructure sanitaire en termes quantitatifs, le développement du secteur demeure insuffisant, pour plusieurs raisons :

- ❖ En termes de proximité, plus de 20% de la population se trouve encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire et les indicateurs de disponibilité et d'utilisation des services sont nettement en défaveur du secteur rural.
- ❖ La pénurie des ressources humaines : on note que pour les médecins, le taux de couverture reste trop faible. En effet on enregistre 6,2 pour 10 000 habitants et celui des personnels infirmiers demeure inférieur à 9,7 pour 10 000 habitants²⁶².

²⁶² Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Direction de la Planification et des Ressources Financières Division de la Planification et des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffre 2021.

- ❖ La répartition géographique : 38%²⁶³ des médecins hors CHU sont présent sur les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zaer et Grand Casablanca.
- ❖ En matière de financement, les dépenses globales consacrées à la santé, selon les comptes nationaux de santé, ont atteint 47,8 milliards de dirhams en 2010 contre 19 milliards en 2001, soit une augmentation des dépenses de santé par habitant de 59 dollars US en 2001, à 181 dollars US en 2010 soit 6,2 %²⁶⁴ du PIB. Cette progression est toujours en dessous de la moyenne mondiale, c'est-à-dire celle de pays membres de l'OMS qui est de 302 dollars US par habitant. Les dépenses relatives à la santé représentent 5,2% du budget de l'Etat, le budget national consacré à la santé demeure en dessous des normes requises par l'OMS.
- ❖ La couverture médicale n'est pas encore généralisée, une part importante de la population ne bénéficie pas du régime de couverture médicale (en 2010, le RAMED n'était pas généralisé et aujourd'hui le secteur informel et les indépendants ne sont toujours pas couverts).

En partant des résultats affichés ces dernières années, par le système de santé marocain, le gouvernement affirme que l'état de santé de la population a connu une importante évolution.

L'amélioration des conditions de vie et d'accès aux soins avait pour conséquence l'amélioration du nombre d'indicateurs démographiques et épidémiologiques²⁶⁵ : maîtrise de l'accroissement démographique, plus grande longévité, baisse de la charge des maladies transmissibles et augmentation de la charge des maladies chroniques et des traumatismes.

Le système de santé marocain hérité du protectorat français a connu une évolution plus lente. Cependant, il est important de rappeler que la grande partie des établissements hospitaliers ont vu le jour après l'indépendance. La capacité litière totale a enregistré une augmentation, mais la distribution de ces lits laisse apparaître une grande disparité entre régions et entre milieux. De manière générale, l'offre hospitalière n'évolue pas en parallèle avec l'évolution générale de la population.

Sur le plan de la mise en place des infrastructures sanitaires, le Maroc a certes déployé des efforts importants. Néanmoins, eu égard aux attentes du citoyen, ces efforts demeurent insuffisants. Cette insuffisance combinée avec la mauvaise gestion constitue un frein à la performance de l'hôpital public marocain.

²⁶³ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Direction de la Planification et des Ressources Financières Division de la Planification et des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffre 2014.

²⁶⁴ Stratégie de coopération Maroc-OMS 2017-2021.

²⁶⁵ Ministre de la santé, Plan « santé 2025 »

Sous-section 2 : La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain.

Le fonctionnement et l'organisation de l'administration publique, ont connu un profond changement au début des deux dernières décennies du 20ème siècle, cette mutation, a été couronnée par l'introduction d'un nouveau concept, celui de New Public Management (NPM) ou la nouvelle gestion publique. La construction théorique de ce nouveau concept a été étayée par les acquis de la révolution managériale du secteur privé qui a permis, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, une adaptation du management public au contexte économique²⁶⁶. Une croyance s'est répandue dans le monde des affaires, selon laquelle, « le privé fonctionne mieux que le public » ce constat est affirmé surtout avec une période de croissance vertigineuse des dépenses publiques. La volonté a été de transposer les règles managériales du secteur privé au secteur public.

1 Les principes de la nouvelle gestion publique

Les principes généraux de la démarche du NPM visent, à implanter des méthodes de décision et de gestion reposant sur une « approche de marché » dans la gestion des affaires publiques et de renouveler la gestion traditionnelle des processus bureaucratiques, en s'inspirant des techniques d'amélioration continue telles que l'assurance qualité. Cinq processus de transformation, selon Finger²⁶⁷, sont susceptibles de caractériser la nouvelle gestion publique : la distanciation, l'autonomisation de l'administration vis-à-vis de la politique traditionnelle, le rapprochement de l'administration vis-à-vis du citoyen, qui de ce fait devient également client, la dynamisation et la transformation organisationnelle de l'administration, la décentralisation et l'orientation plus grande vers les résultats.

Le politique fixe les objectifs, les organisations publiques cherchent librement à les atteindre.

Nous assistons à une décentralisation de l'État, grâce à la création d'agences publiques sous contrat. Les cinq processus préconisés par Finger faisaient l'objet des réformes et ont été mise de l'avant à travers le monde, ces réformes ont pris différentes formes :

- ❖ La sous-traitance, la privatisation et les partenariats Public-Privé (PPP) : Ces trois éléments consistent à transférer les responsabilités autrefois assumées par l'État vers des acteurs du secteur privé, que ce soit sous forme de ventes totales ou partielles d'actifs publics, de contrats visant la

²⁶⁶ ROCHET C. 2007. Le management public comme science morale : un programme de recherche pour le management public, Université Paul Cézanne, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille III, Habilitation à diriger des recherches en sciences de gestion, p.47-48, p.195.

²⁶⁷ FINGER M., RUCHAT B. (1997). Le New Public Management : Etat, administration et politique, in « Pour une nouvelle approche du management public. Réflexion autour de Michel Crozier », Ed. Séli Arslam, p.32-55.

délégation de tâches ou encore de partenariats redéfinissant les responsabilités de l'État et des acteurs privés.

- ❖ La décentralisation, l'autonomisation et la mise en compétition des unités administratives : Ces trois types de réformes sont fondamentaux à la NGP et traversent l'ensemble de la littérature sur le sujet²⁶⁸. L'analyse la plus systématique du phénomène de décentralisation est fournie par Troupin, Verhoest et Rommel, qui la définissent par la présence de deux caractéristiques : la désagrégation et l'autonomie. La désagrégation concerne le lien formel qui unit une administration publique à l'État. Plus ce lien est lâche, plus l'unité administrative est susceptible de détenir une personnalité juridique distincte. Le concept d'autonomie, désigne la « capacité décisionnelle propre »²⁶⁹ de l'administration publique et « l'absence de limitations à la mise en œuvre de cette capacité décisionnelle ». La décentralisation implique généralement une délégation de pouvoirs vers des niveaux géographiques ou hiérarchiques inférieurs. Celle-ci se manifeste fréquemment par la constitution d'agences publiques ou semi-publiques dotées d'une autonomie décisionnelle et opérationnelle plus grande que les administrations publiques directement rattachées à un ministère. Elle s'exprime également par la généralisation des conseils d'administration au sommet d'entités publiques qui en étaient jusqu'alors dépourvues.
- ❖ La gestion par résultats : Si la NGP est souvent décrite comme s'inspirant des techniques de gestion du secteur privé, c'est également en raison de l'importance qu'elle accorde à l'atteinte de résultats quantitatifs, donc mesurables, en tant qu'indicateurs de gains d'efficacité et d'efficience. Parmi ces techniques et systèmes de gestion, nous retrouvons par exemple le recours au *benchmarking*, lequel consiste à trouver les meilleures pratiques au sein d'organisations leaders dans leur domaine, qu'elles soient publiques ou privées, pour les importer dans une organisation donnée. La gestion par résultats implique aussi généralement l'obligation pour tous les ministères et organismes publics d'établir un plan stratégique.

Plusieurs pays du monde ont rapidement introduit les nouveaux principes de la nouvelle gestion publique dans les administrations et les services de l'État, nous citons, ici, certains pays dont les expériences sont distinguées : Les pays scandinaves sont les pionniers en matière de la nouvelle gestion publique. Ces pays sont allés plus loin dans l'application des règles du New Public Management. La Suède représente

²⁶⁸ Desrochers. D, La nouvelle gestion publique : une manifestation des transformations néolibérales du pouvoir, Université du Québec Montréal, Février 2016.

²⁶⁹ Troupin S., Verhoest K., Rommel J. 2010. "Décentralisation fonctionnelle ? Leçon d'expériences internationales». Dans Le Paraétatisme. Nouveaux Regards sur la Décentralisation Fonctionnelle en Belgique et dans les Institutions Européennes. Jadoul P., Lombaert B., Tulkens F. (eds.) Bruxelles, 19 Novembre 2010, p. 307-345.

un exemple type. Dans ce pays, à chaque ministère est attribué un budget global qu’il répartit entre des agences autonomes placées sous sa direction. Celles-ci disposent elles-mêmes d’un budget global et d’une large autonomie en matière de gestion. Les objectifs sont assignés par le Parlement aux ministres et par les ministres aux agences qui doivent rendre compte de leurs résultats. Chaque ministère et chaque agence tiennent une comptabilité patrimoniale et une comptabilité de gestion.

En Amérique du nord, aux Etats-Unis, après la fin de la 2ème guerre mondiale, la commission Hoover recommandait de mettre en place des « budgets de performance » fondés sur « les fonctions, les activités et les projets ». Quelques années plus tard, les américains avaient officialisés le management par objectif et les budgets base zéro²⁷⁰. Une comptabilité d’exercice et une gestion budgétaire appuyée sur des indicateurs de performances ont été mises en place à partir des années quatre-vingt-dix. Les agences indépendantes existent depuis longtemps aux Etats-Unis et les dirigeants de certaines d’entre elles, directement responsables devant le Congrès, ont un statut proche de celui d’un ministre dans d’autres pays.

Au Royaume-Uni, la fourniture de nombreux services publics, notamment la gestion d’infrastructures, a également été confiée à des sociétés privées dans le cadre de « *partenariats publics privés* ». Des réformes semblables, inspirées par la nouvelle gestion publique, ont été réalisées dans d’autres pays, comme le Canada, les Pays-Bas et l’Australie. Le tableau ci-dessous met en comparaison l’administration de type wébérienne et le New Public Management ²⁷¹:

Tableau 13 comparaison des administrations de type wébérienne et NPG

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et les procédures.	Atteindre les résultats, satisfaire le client.
Organisation	Centralisé (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidal).	Décentralisée (délégation de compétence, structuration en réseau, gouvernance)

²⁷⁰ BBZ consiste à reconstruire complètement les budgets sans partir de ceux de l’année précédente.

²⁷¹ BOUBNAD, M. A., EL HILA, R., HAJBI, R., & SAADI, M. (2021). Le New Public Management : Emergence et portée. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 2(5), 720-735. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5541792>

Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	Interdépendance des fonctions politiques et administratives.	Plus grande séparation des deux domaines
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation.	Autonomie.
Recrutement	Concours	contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme.	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance.
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance.
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs.

Source : BOUBNAD, M. et al. (2021).

Après avoir exposé les principes de la nouvelle gestion publique, nous nous focalisons dans le paragraphe suivant sur l’application de ces principes dans le contexte hospitalier marocain.

2 Le NPM prisme des réformes du système de santé marocain

Les adeptes du NPM voyaient dans ces principes le remède à une administration publique classique malade. Par la transposition des principes de gestion qui prévalent dans le secteur privé, cette transformation de l’administration publique wébérienne fondée sur la rationalité est apparue au cours des années 80, en même temps que la remise en question du rôle de l’Etat et de la protection sociale²⁷².

L’ensemble des pays occidentaux ont procédé à des réformes de leurs systèmes de santé, alors que les pays à revenus intermédiaires ou faibles ont vu l’organisation de leurs systèmes de santé se complexifier de plus en plus²⁷³.

Si le mouvement des réformes est généralisé, ses répercussions sont variables. Dans certains pays ces réformes sont prisonnières du discours politique. Alors, que pour d’autres, les réformes avaient comme résultats une reconfiguration réussie de l’administration publique.

²⁷² CHEVALLIER J, (2003) L’Etat de droit, Montchrestien, Paris, (4e éd.)

²⁷³ PERROT J., DE ROODENBEKE E., (2005) Contractualisation (Général) : La contractualisation dans les systèmes de santé, Karthala.

Le Maroc n'a pas fait exception à ce mouvement des réformes mondialisé les pratiques du NPM ont fait l'objet de plusieurs recherches²⁷⁴.

Dans ce sillage, le secteur de la santé au Maroc a essayé d'adopter ces pratiques, en adoptant un processus des réformes entamé depuis la fin des années 90. Ces réformes ont touché la dimension répertoriée par Pollit et Bouckaert (2004)²⁷⁵ : la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la reconfiguration organisationnelle.

Quant aux motifs derrière le mouvement des réformes, ils sont nombreux mais se justifient principalement par :

1. La maîtrise d'une demande de soins en transition (nouveaux problèmes et nouveaux groupes à risques) de plus en plus complexe et incertaine ;
2. La maîtrise des processus de gestion et amélioration de la performance des établissements de soins ;
3. La maîtrise de coût des soins de plus en plus inflationnistes ;
4. L'assurance d'une certaine équité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins qui oblige un rôle actif de l'Etat dans la régulation du système de santé.

L'analyse des réformes du système de santé marocain permet de déceler quatre grandes périodes²⁷⁶, et ce depuis sa mise en place au le demain de l'indépendance :

1. Première période (1959-1981) : Mise en place et développement du système national de santé : la naissance du système de santé au Maroc remonte à la première conférence sur la santé organisée en Avril 1959, sous la présidence effective de feu sa Majesté Mohammed V, qui a annoncé les principes qui constitue les pierres angulaires des politiques sanitaires au Maroc : " la santé de la nation incombe à l'Etat", " le Ministère de la santé publique doit en assurer la conception et la réalisation". C'est ainsi, que cinq plans de développement sont venus mettre en œuvre ces orientations avec comme grands préoccupation : nationaliser et développer l'offre de soins et lutter contre les grands fléaux épidémiques. Donc le système de santé a connu d'une part

²⁷⁴ IDRISSE, K., & ELAMRAOUI, L. (2020). Apport du nouveau management public dans la consécration de la performance de l'administration publique marocaine. *Revue Du contrôle, De La Comptabilité Et De l'audit* , 2(4). Retrieved from <https://www.revuecca.com/index.php/home/article/view/296>

²⁷⁵ POLLITT, C., & BOUCKAERT, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford University Press, USA.

²⁷⁶ BELGHITI ALAOUI, A., La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités.

la fondation des premières facultés de médecine, des écoles de formation professionnelle et d'autre part le développement des premières stratégies de couvertures sanitaires. Au fur à mesure de l'extension des infrastructures, un effort a été déployé pour organiser la couverture sanitaire, renforcer les structures centrales et définir l'organisation et les attributions des services extérieurs.

2. Deuxième période (1981-1995) : le développement de l'offre et des programmes sanitaires : cette période vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma-Ata en 1978. L'engagement du Maroc en faveur de cette déclaration et des politiques des soins de santé primaires fut décliné à travers le plan quinquennal 1981-1985. Durant cette période on assiste à un grand renforcement des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires. Un grand intérêt est porté au financement des systèmes de santé par l'établissement d'une première étude sur le financement des soins (1981).
3. Troisième période (1995-2000) : quête de changement et annonce la réforme : cette période a été marquée par la restructuration des services centraux du ministère de la santé. Bien qu'elle ne soit pas la première en son genre. Cette tendance des réformes à viser la consolidation et la continuité de certaines directions, comme celle de la population. La valorisation d'autres structures, comme celle des médicaments et de la pharmacie qui passe d'une division à une direction centrale. Mais aussi la création de nouvelle structure : une direction des hôpitaux et des soins ambulatoires dont la mission principale est de piloter la réforme hospitalière. Mais aussi la création d'un service d'économie de santé au sein de la direction de la planification des ressources financières. Cette orientation vise la concrétisation de l'intérêt accordé à la maîtrise des aspects économiques liés à la santé.
4. Quatrième période (2000-2018) : pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé : ces réformes ont été initiées par le gouvernement de Driss JETTOU (2002-2007). Les premières mesures ont touchés les aspects comptables et budgétaires, par la globalisation des crédits alloués au ministère de la santé, qui dispose dès lors d'une plus grande autonomie dans la gestion de ses ressources. Ces mesures visaient à établir une culture de transparence, de performance et d'obligation de rendre compte (Arjda, 2002).

Sur le plan stratégique, une importance grandissante est donnée au processus de planification, elle se caractérise par l'adoption de trois plans stratégiques pour la santé : plan d'action santé 2008-2012, la stratégie sectorielle de la santé 2012-2016 et plan santé 2025.

A partir de 2003, de nouveaux dispositifs de gestion voient le jour, notamment ceux visant l'initialisation de la régionalisation sanitaire. Ainsi, selon le Dahir n° 1-11-83 du 29 rajeb 1432 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09, une carte sanitaire a été adoptée, visant essentiellement l'adoption d'un mode de

gouvernance moins hiérarchique par le renforcement de la responsabilité des gestionnaires des services déconnectés dans la réalisation des objectifs.

Le processus de planification sanitaire au niveau déconcentré, débute par l'établissement d'un schème régional de l'offre de soins (SROS) qui permet de définir " les besoins en infrastructures, en moyens et en activités de soins qui répondent de façon optimale et satisfaisante aux objectifs de santé d'une région. Il organise les liens fonctionnels entre les établissements de soins, qui doivent exister entre les secteurs d'activités (public et privé) et les réseaux de soins (ambulatoire et hospitalier)" (ministère de la santé, 2005).

Le SROS a été une vraie opportunité pour l'exercice de la planification sanitaire au niveau des régions. Ces régions sanitaires supposées exercer un rôle de régulation, de rationalisation de l'offre de soins et de redistribution des ressources sur des bases plus équitables. Un mécanisme de contractualisation est mis en place entre l'administration centrale (ministère de la santé) et les régions sanitaires, qui peuvent à leur tour contractualiser avec leurs propres composantes. Cette expérience a débuté effectivement en 2007 pour six régions sanitaires. Les modalités de choix de ces régions contractualisées ont été menées par l'administration centrale, selon plusieurs critères. Ces préalables sont : les capacités et les moyens managériaux, les compétences disponibles au sein de la région et la pertinence des programmes et des actions annoncées. Ces critères étaient également destinés à créer un climat de compétition entre les régions sanitaires. Chaque région est amenée, en coordination avec l'ensemble de ses composantes, à effectuer son diagnostic stratégique, à déterminer ses choix de développement, à rédiger les documents et à conduire la négociation de son " plan régional de développement sanitaire" avec l'administration centrale. Cette dernière s'occupe de l'évaluation des actions et projets présentés et de négocier avec chacune des régions pour perfectionner des arbitrages.

Ce processus de contractualisation, favorise un mode de gouvernance qui se caractérise par la nette séparation entre les fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre).

Parmi les apports du NPM, on trouve la gestion axée sur les résultats (GAR) qui peut être définie comme : « un processus formalisé visant à délimiter chaque année, mais dans le cadre d'un programme triennal, avec une budgétisation annuelle, les responsabilités respectives des directions de l'administration centrale et des service déconnectés du ministère de la santé coordonnées par les régions sanitaires bénéficiant d'une délégation de pouvoir en vue de la réalisation d'objectifs fixés en commun accord »²⁷⁷.

²⁷⁷ Ministère de la santé, stratégie ministérielle 2012-2016.

En application à la GAR, les budgets- programmes sont expérimentés pour la première fois, en 2004, entre le ministère de la santé et les régions sanitaires en plus de quinze hôpitaux à gestion autonome. Ce processus de planification est fondé sur la volonté de produire des stratégies des régions sanitaires et de leurs composantes en cohérence avec la stratégie globale du ministère de la santé, ce qui permet de transformer en profondeur le mode de formulation de la stratégie.

Un autre élément constitutif du NPM est celui de l'évaluation et la mesure de la performance. Ainsi, l'ensemble des structures hospitalières quelle que soit leur niveau, élaborent des indicateurs précis. Ces derniers sont intégrés dans un système d'information sanitaire qui assure un reporting aux différents niveaux hiérarchiques sous formes de situations mensuelles, trimestrielles ou annuelles.

Quant à la performance financière, elle fait l'objet d'un suivi strict à travers des situations et des indicateurs précis : taux d'engagement et taux d'émission pour prendre les résolutions budgétaires nécessaires notamment l'augmentation ou la réduction du budget alloué à un établissement de soins.

Parmi les facettes d'application des principes du NPM dans le système de santé marocain, nous signalons l'utilisation massive des technologies de l'information et de la communication (TIC), dans la gestion de différentes activités.

Dans un souci d'introduire une approche participante dans le secteur de la santé, les décideurs ont apporté une nouveauté : le projet d'établissement hospitalier (PEH), qui est un outil de planification stratégique et de communication. Il contribue au développement d'une vision et l'engagement des professionnels et des gestionnaires autour d'objectifs communs. Un deuxième élément renforçant la communication à la fois interne qu'externe est le processus "intidarate" qui s'intéresse à les attentes des citoyens, de la société civile et des professionnels de la santé²⁷⁸.

L'ensemble de ces réformes concernant une époque "dépassée", ce qui questionne les nouvelles réformes et stratégies initiées pour remédier aux dysfonctionnements du système de santé. Les propositions en matière de la nouvelle gouvernance du système de santé sont les suivantes ²⁷⁹:

- Renforcer la contractualisation et la complémentarité public-privé afin d'augmenter l'efficacité, la qualité et la cohérence de l'ensemble du système de santé ;
- La refonte du système d'information pour qu'il puisse donner les éléments stratégiques nécessaires au pilotage de la performance du secteur ;

²⁷⁸ Opcit

²⁷⁹ Opcit.

- Création d'un partenariat avec l'université marocaine en vue de renforcer la recherche scientifique autour des déterminants sociaux de la santé ;
- Introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale ;
- Réalisation d'une évaluation des activités de sous-traitance dans les centres hospitaliers en vue de maîtriser les coûts et de réguler leur développement.

Toutefois, il faut s'interroger sur les résultats escomptés, sur les conditions d'application dans un contexte du secteur de santé marocain. Ce dernier connaît actuellement une refonte.

3 La refonte du système de santé marocain

Le Maroc aspire à une émergence économique qui ne peut se faire sans un système de santé équitable, global, fort et répondant aux attentes des citoyens. En fait, le système de santé est une composante incontournable des politiques publiques qui permettent de renforcer la solidarité sociale et assurer une contribution de la population, en particulier celle vulnérable, à l'activité économique et à la stabilité du pays. Cela nécessite, la mise en place des réformes nécessaires pour accompagner, au mieux, notre système de santé en vue de faire face aux mutations constantes et aux changements épidémiologiques et démographiques des années à venir.

C'est dans cette optique que survient la démarche structurée du Ministère de la Santé et de Protection Sociale (MSPPS) qui vise la refonte de notre système de santé au Maroc suite aux discours royaux appelant à une refonte du système de santé (Juillet 2019), et à celui relatif à l'extension de la couverture sociale à toute la population marocaine (juillet 2020). Ces chantiers structurants s'inscrivent dans l'objectif de concrétiser le droit à la santé qui a été formalisé par la Constitution de 2011 et par-delà à assurer l'équité sociale dans une perspective de développement humain harmonieux et inclusif.

3.1 Le système de santé marocain : les causes de la refonte

L'analyse de plusieurs rapports et études nous permet de connaître l'état des lieux du système de santé au Maroc. Cet état des lieux est caractérisé d'une manière générale par des avancées considérables réalisées par le système de santé au Maroc : augmentation de l'espérance de vie, la diminution de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de l'offre de soins...

Toutefois, de nombreux dysfonctionnements doivent également être surmontés afin d'atteindre les objectifs du système de santé, de satisfaire les besoins de la population et de répondre à leurs attentes. Ces dysfonctionnements se situent à plusieurs niveaux.

3.1.1 Disparités territoriales

Au niveau des prestations de soins, le rapport sur le nouveau modèle de développement (NMD) précise que malgré l'élargissement de l'offre de soins, la qualité des services de santé reste faible. Ainsi le Maroc est classé aux 112 rangs sur 195 pays concernant la qualité des soins²⁸⁰.

Par ailleurs on estime que la répartition de l'offre de soins souffre de disparité entre les territoires du royaume et le parcours de soins est également mal organisé, ce qui crée plusieurs inégalités et des discriminations dans la population²⁸¹.

Un autre problème dont souffre le système de santé au Maroc c'est la pénurie des ressources humaines. En effet on compte 1.9 professionnel de santé pour 1000 habitants alors que l'OMS recommande un taux de 4.45 si on veut atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette pénurie accentue la disparité entre les régions.

Enfin il existe une obsolescence des équipements sanitaires et un manque de médicaments dans les établissements sanitaires par rapport aux besoins de la population.

3.1.2 Financement insuffisant

S'agissant du financement du système de santé le rapport sur le NMD estime qu'il reste insuffisant. En effet, le budget alloué par l'Etat du MS ne dépasse pas les 6% alors que l'OMS recommande un minimum de 15% du budget général de l'Etat soit consacré au secteur de la santé. Ce manque de financement a un impact sur le financement du système de santé vu que 50% des dépenses de la santé sont financées par les paiements directs des ménages, et 38% de la population est dépourvue de couverture médicale. Un autre exemple qui montre l'insuffisance du financement est le rapport des dépenses de santé par habitant. Le Maroc dépense 489\$ par habitant, ce qui est inférieur à ce que dépensent des pays au même niveau de développement que celui du Maroc, notamment la Tunisie, le Liban ou la Jordanie qui dépensent respectivement 912\$, 1086\$ et 738\$.²⁸²

Malgré les efforts pour élargir la couverture médicale, il existe encore quelques dysfonctionnements : le panier de soins couvert par le Régime d'Assistance Médicale des Economiquement défavorisées (RAMED) est limité, les remboursements ne reflètent pas les coûts des prestations, et l'existence de plusieurs régimes rend le principe de solidarité et de mutualisation des risques inefficace.

²⁸⁰ La commission spéciale sur le développement, rapport général, avril 2021.

²⁸¹ Rapport du Conseil Economique Social et Environnemental, rapport annuel 2013.

²⁸² Ministère de la santé direction de la planification et des ressources financières, comptes nationaux de la santé 2018

3.1.3 Un mode de gouvernance inefficace

Tous ces dysfonctionnements sont surtout dus à un mode de gouvernance inefficace du système de santé au Maroc. Les chercheurs estiment que la « la bonne gouvernance est devenue un facteur essentiel dans les efforts de renforcement des systèmes de santé et son impact sur la santé est aujourd'hui plus décisif. Elle permet une utilisation efficace des médicaments, des informations, des ressources humaines et financières pour de meilleurs services et résultats de santé »²⁸³.

Ainsi le rapport sur le NMD précise que « La gouvernance globale du système ne responsabilise pas les acteurs et n'incite pas à la qualité. Il n'y a pas de système d'assurance de la qualité ».

Une bonne gouvernance est basée sur un système d'information fiable. Toutefois parmi les problèmes dont souffre le système de santé au Maroc et qui est constaté par la Commission spéciale sur le modèle de développement (CSMD) c'est l'existence d'un système d'information sanitaire qui manque d'efficacité et de fiabilité. Pour remédier à l'ensemble de ces dysfonctionnements le NMD a proposé des multiples axes de réformes.

32 Les axes de réformes

L'analyse des orientations stratégiques proposées pour la refonte du système de santé marocain nous montre que les propositions effectuées permettent le renforcement des six fonctions.

Nous allons à présent voir les propositions pour renforcer chacune des fonctions du système de santé.

3.2.1 Amélioration des prestations de service de santé

Pour améliorer les soins offerts aux citoyens, plusieurs mesures ont été proposées :

Sur le plan de l'organisation territoriale du parcours des soins, et afin d'alléger la charge sur les structures sanitaires, réduire les délais d'attente et bien répartir les soins entre les régions, le Ministère de la santé et de la protection sociale (MSPS) préconise une réorganisation de l'offre de soins dans chaque niveau territorial :

- ❖ Au niveau communautaire, offrir des soins adaptés telle la télémédecine ou les caravanes médicales.
- ❖ Au niveau de proximité (district ou cercle) offrir des soins essentiels soit primaires ou hospitaliers.

²⁸³ MARGOT N. et al. (2013). En chemin vers la couverture sanitaire universelle. Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. Revue Tiers Monde 2013/3 n°215.

- ❖ Au niveau régional développer l'offre de soins des hôpitaux spécialisés. Dans ce schéma le CHU joue un rôle essentiel comme une institution de spécialité de pointe, de recherche et de formation et également comme une structure à laquelle sont liés les autres hôpitaux de la région dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé (GRS).

La conception de la refonte du système de santé au niveau régional est d'une importance capitale vu la diversité des spécificités territoriales en termes des besoins, des ressources et des contraintes. Cette nouvelle conception régionale/territoriale du système de santé passe avant tout par l'adoption d'une nouvelle gouvernance visant à renforcer les mécanismes de régulation et de pilotage, ainsi qu'une refonte de la gouvernance hospitalière et la planification territoriale de l'offre sanitaire, en créant de nouveaux organes de gestion et de gouvernance dans le secteur de la santé. Notamment, le GST (Groupement de Santé Territorial).

Qu'il soit piloté par un CHU ou une Agence Régionale de la Santé (ARS), le GST possède une autonomie budgétaire, une autonomie de planification régionale et de décision par rapport à l'élaboration et l'exécution des projets médicaux régionaux (PMR), du plan régional de santé et du schéma régional de l'offre de soins, ainsi que la stratégie régionale en matière de ressources humaines. Globalement, le GST veille à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale de soins en adéquation avec la politique nationale. Enfin, Le GST aura des missions de soins, de santé publique, de formation et de recherche et innovation. Pour réussir ses missions, le GST doit reposer sur un certain nombre de piliers incontournables. Il s'agit tout d'abord de valoriser les ressources humaines en santé ; professionnels de santé et administratifs

L'organisation des soins passe également par le renforcement du médecin traitant comme porte d'entrée dans le système.

Par ailleurs, il faut mettre en place des filières de soins spécifiques qui sont soit coûteuses soit nécessitant une prise en charge particulière (par exemple : le diabète, le cancer, les femmes enceintes, les personnes à besoins spécifiques etc.).

Autre mesure qui a pour but d'améliorer les services de santé pour la population est le Partenariat Public Privé (PPP). Cet outil mutualise les ressources du secteur public et du secteur privé et permet par exemple aux médecins de ce dernier d'offrir des soins de santé au niveau des structures sanitaires publiques en profitant de leur plateau technique.

On recommande aussi de s'appuyer sur le PPP dans la construction des hôpitaux de proximité. Enfin une dernière mesure concerne l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé en encourageant des comportements assurant une bonne hygiène de vie et en améliorant le bien être individuel. Cela

passer par des actions telles que la médecine communautaire, la médecine scolaire, la lutte contre les impacts négatifs de l'activité économique sur la santé etc.

3.2.2 Mise en place d'une gestion des ressources humaines

Pour remédier à la pénurie des ressources humaines et leur répartition inéquitable entre les régions, plusieurs actions ont été proposées²⁸⁴ :

- ❖ Renforcer la densité du personnel soignant pour arriver au seuil de 4.5 pour 1000 habitants en 2035 ;
- ❖ Augmenter les capacités de formation des facultés de médecine et CHU, et revoir le système de formation actuelle en diminuant la durée de formation des médecins généralistes de 7 à 5 ans ;
- ❖ Augmenter les capacités de formation des instituts des infirmiers existants et encourager les écoles privées d'infirmières ;
- ❖ Former des gestionnaires de la santé capables d'offrir le support adéquat pour une bonne gestion des établissements sanitaires.

Pour valoriser le rôle du personnel de la santé les réformes suggèrent la refonte du statut de ces derniers, la création de la fonction publique de santé, avec un dispositif de rémunération attractif et incitatif pour l'ensemble des acteurs. La conception d'un cadre incitatif permettant d'attirer les nouveaux lauréats et de les inciter à s'installer dans les déserts sanitaires, la conception d'un dispositif contractuel attractif et incitatif pour la contribution des professionnels privés aux missions de service public sanitaire régional, et bien évidemment un accent doit être fait sur l'augmentation de la capacité régionale d'accueil et de formation publique et privée des professionnels de santé. Quant à la répartition géographique du personnel de santé, nous remarquons qu'elle est inéquitable entre les différentes régions. De ce fait les réformes suggèrent un recrutement régional avec une augmentation des postes budgétaires. Puis contrôler d'une façon stricte l'exercice du personnel public dans les structures privées.

3.2.3 Généralisation du système d'information sanitaire (SIS)

Un système d'information fiable et efficace est un outil essentiel d'aide à la prise de décisions basées sur des données probantes. Pour cela, la réforme propose de digitaliser le système d'information actuel. D'abord par la digitalisation des registres médicaux de chaque patient, afin de créer un dossier patient informatisé. Ceci facilitera le suivi de l'historique médical de chaque malade et partant la prise en charge

²⁸⁴ Ministère de la santé et de la protection sociale, plan santé 2030.

dans les différentes structures médicales. Ensuite, par l'utilisation des nouvelles technologies dans la gestion des hôpitaux afin de faciliter le travail du personnel et pourvoir obtenir l'information juste au temps opportun. Cette digitalisation de la gestion peut être utilisée par exemple dans le cadre de la prise des rendez-vous, dans le cadre de la facturation ou dans l'orientation du patient au sein du parcours de soins. Ce système permettra l'exploitation de toutes les données de base de l'écosystème de santé, y compris celles du secteur privé, la mise en place et la gestion du dossier médical partagé du patient (DMP), et l'amélioration du système de facturation dans les établissements hospitaliers.

La digitalisation du système de santé est un outil efficace et moderne permettant la transparence et le pilotage stratégique.

3.2.4 Amélioration du financement du système de santé

Le financement est un maillon faible dans la gestion du système de santé au Maroc, puisque 50%²⁸⁵ des dépenses de la santé sont financées par des paiements directs, et que 38% de la population ne possède pas de couverture médicale.

La mise en place du projet intitulé « Couverture Sanitaire Universelle » permet de dépasser ces insuffisances.

La réforme instaurée propose un ensemble de mesures pour améliorer le financement du système de santé au Maroc. La première consiste à revoir le panier de soins, en définissant des prestations de base ou essentielles donnant lieu à des remboursements reflétant le coût réel (santé de la mère et de l'enfant, maladies infectieuses, soins d'urgences...), puis élargir ce panier en fonction des cotisations. Le panier de soins essentiel sera universel et couvert par l'ensemble des régimes.

La deuxième porte sur l'élargissement de la couverture selon les modalités suivantes :

- ❖ la couverture des travailleurs non-salariés (TNS) qui ne bénéficient pas actuellement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Cette couverture pourra être intégrée à une contribution forfaitaire à l'impôt et à la protection sociale ;
- ❖ le changement du fonctionnement du RAMED, qui évoluera vers un régime assurantiel couvrant les soins essentiels et limité dans un premier temps aux hôpitaux publics (2021-2025) puis élargi aux établissements privés (2025-2035) ;

²⁸⁵ Ministère de la santé direction de la planification et des ressources financières, comptes nationaux de la santé 2018

- ❖ Le regroupement de l'ensemble des régimes (RAMED et AMO) dans une caisse unique donnant accès à un panier de soins identifié. Enfin mettre en place des assurances complémentaires afin de permettre aux individus de bénéficier d'un panier de soins plus élargi.

La gouvernance de ces différentes caisses sera attribuée à l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) pour ce qui est de la caisse unique d'assurance de base (AMO et RAMED) et à l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale) pour ce qui est des assurances complémentaires (ACAPS)

La mise en place de ce nouveau régime de couverture maladie doit être accompagnée par un certain nombre d'actions. En premier lieu accélérer la mise en place de la facturation dans les hôpitaux publics, afin de permettre à ces derniers de bénéficier des remboursements des soins de santé et assurer un financement reflétant le coût réel des prestations. En deuxième lieu renforcer le financement de la couverture médicale de base, en relevant d'abord les cotisations des salariés de la fonction publique, puis en instaurant une cotisation forfaitaire des TNS et enfin en renforçant la participation de l'Etat par l'allocation d'une partie des recettes fiscales au financement de la santé.

3.2.5 Renforcement de la gouvernance du système de santé marocain

L'ensemble des actions de réforme sont tributaires d'une bonne gouvernance du système de santé. Cette réforme propose des mesures de renforcement de cette gouvernance.

Nous avons déjà évoqué la création des Groupements Régionaux de Santé (GRS) comme structure qui englobe tous les hôpitaux d'une région sous le pilotage du CHU. Ces hôpitaux devraient bénéficier de l'autonomie financière nécessaire pour des services de qualité.

À côté des GRS, seront créées des Agences Régionales de Santé (ARS) qui remplaceront les actuelles Directions Régionales. Ces ARS auront comme mission de renforcer la responsabilisation des différents acteurs et la réédition des comptes ainsi qu'une meilleure coordination des actions de santé.

Ce type de gouvernance a pour but principal d'améliorer la qualité de services de santé. Pour cette raison il y aura l'instauration d'une autorité scientifique autonome chargée de la définition des normes, des accréditations et la mise en place d'une démarche qualité dans le secteur de la santé.

L'épidémie du COVID-19 a rendu nécessaire le renforcement de la résilience du système de santé face aux risques sanitaires futurs. Pour ceci il est recommandé de mettre en place un certain nombre de mesures pour renforcer cette résilience. D'abord il faut mettre en œuvre les capacités et techniques nécessaires pour faire face aux urgences de santé publique. Puis développer une industrie capable de fournir les moyens nécessaires pour lutter contre les épidémies. Enfin créer une agence nationale de

santé publique et des laboratoires accrédités capables d’appliquer une stratégie de veille et de riposte sanitaires face aux risques futurs.

Plusieurs orientations ont été choisies pour instaurer un système de santé équitable, des soins de qualité et une couverture médicale pour l’ensemble des individus. Ces orientations s’inscrivent parfaitement dans le cadre conceptuel de l’OMS, ce qui nous permet de dire que les propositions effectuées sont construites sur des bases théoriques conformes aux orientations de l’OMS.

Les réformes proposent de revoir l’organisation de l’offre de soins, remédier à la pénurie du personnel de santé, renouveler les équipements, digitaliser le système d’information, améliorer le financement et enfin renforcer la gouvernance du système de santé en général. Le tout intégré dans le projet de « Couverture Sanitaire Universelle » qui est un projet fédérateur permettant d’améliorer le financement et avoir un effet de levier sur les autres fonctions du système de santé.

Ceci ne peut être fait sans une volonté politique et une implication de tous les acteurs notamment les professionnels de santé, les partis politiques, la société civile et tout intervenant dans le domaine de la santé. Cela nécessite aussi d’assurer d’abord un pilotage efficace de la reforme à long terme, et ensuite offrir les ressources nécessaires pour la réussite des différents chantiers. Le tableau suivant présente les réformes du système de santé marocain.

Tableau 14 : synthèse des réformes du système de santé marocain.

Axes de réformes	Actions
Amélioration des prestations de service de santé	- Organisation territoriale de l’offre de soins ; - Renforcement du rôle du médecin traitant ; - Mise en place des filières de soins spécifiques ; - Création des GRS pilotés par les CHUs ; - Partenariat Public Privé ; - Intervention sur les déterminants sociaux de la santé.
Mise en place d’une gestion des ressources humaines	- Former plus de médecins et infirmiers ; - Revoir le parcours de formation des médecins ;

	- Encourager la recherche scientifique ; - Augmenter les postes budgétaires et encourager le recrutement régional ; - Améliorer les conditions de travail ; - Lier la rémunération au rendement (paiement à l'acte) - Contrôler le travail dans les établissements privés.
Généralisation du système d'information sanitaire.	- Digitalisation du système de santé ; - Dossier médical électronique ; - Rendez-vous électronique. - Facturation informatisée.
Amélioration du financement du système de santé marocain	- Revoir le panier de soins en définissant des prestations essentielles et adaptant ce panier au niveau de cotisation ; - Elargir la couverture médicale aux travailleurs non-salariés ; - Faire évoluer le RAMED vers un régime assurantiel couvrant les soins essentiels ; - Regrouper l'ensemble des régimes dans une caisse unique sous la gouvernance de l'ANAM ; - Mettre en place des assurances complémentaires gouvernés par l'ACAPS ; - Accélérer la mise en place de la facturation dans les hôpitaux publics ; - Augmenter les cotisations à l'AMO ; - Allocations fiscales à la santé.
Renforcement de la gouvernance du système de santé marocain	- Création des GRS ; - Création des ARS ; - Instauration d'une autorité scientifique autonome pour la mise en place d'une démarche qualité ;

	- Renforcer la résilience du système de santé ; - Créer l'agence nationale de santé publique ; - Créer les laboratoires accrédités.
--	---

Source : Elaboré par nos soins

Conclusion de la première section :

Le système de santé marocain vise à fournir des soins de santé accessibles et de qualité à l'ensemble de la population. Malgré les défis auxquels il est confronté, des efforts sont déployés pour améliorer l'accès aux soins, renforcer les infrastructures de santé et répondre aux besoins croissants de la population marocaine en matière de santé.

Le chantier de la refonte du système de santé marocain représente un enjeu majeur pour le pays. Le système actuel fait face à plusieurs défis et lacunes qui nécessitent une réforme approfondie afin d'assurer l'accès équitable aux soins de santé et d'améliorer la qualité des services offerts. L'un des principaux enjeux est l'inégalité d'accès aux soins de santé, qui persiste entre les zones rurales et urbaines ainsi qu'entre les différentes couches socioéconomiques de la population marocaine. Les régions rurales ont souvent un accès limité aux services de santé, avec une pénurie de personnel médical et une infrastructure insuffisante. Il est donc primordial de mettre en place des mesures visant à réduire ces disparités et à garantir que tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence, puissent accéder à des soins de qualité. Un autre enjeu majeur est la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé. Le Maroc fait face à une pénurie de professionnels de la santé, en particulier dans certaines spécialités médicales et dans les régions éloignées. Il est essentiel de développer des stratégies visant à attirer, former et retenir les professionnels de la santé qualifiés. Cela peut inclure des incitations financières, des programmes de formation continue et des politiques de répartition équilibrée des ressources humaines dans tout le pays.

La refonte du système de santé marocain va de pair avec l'utilisation d'outils de gestion efficaces pour améliorer la performance et l'efficacité du système. Les outils de gestion jouent un rôle crucial dans la planification, la coordination et le suivi des activités de santé, ainsi que dans la prise de décisions stratégiques.

Section II : description du service des urgences du Centre Hospitalier Régional EL GHASSANI.

Entreprendre une étude de en science de gestion implique la connaissance approfondie du terrain d'étude. Cette connaissance se fonde principalement sur l'organisation l'établissement d'accueil, les activités développées par le prestataire, les ressources mobilisées pour produire les services, ainsi que du processus de production des différents services.

Dans cette section, nous présenterons d'une part, la structure d'accueil à savoir le CHR EL GHASSANI de Fès. D'autre part, le service des urgences et son environnement qui représente le service de soins, objet de pilotage de la performance hospitalière.

Mais avant, nous passerons en revue l'environnement général des réseaux intégrés de soins d'urgence médicales au Maroc, puis nous exposerons les causes, les conséquences et esquisses de solutions de la principale problématiques des services des urgences à savoir : la surcharge.

Sous-section 1 : Les réseaux intégrés de soins d'urgences médicales au Maroc.

Avant de s'intéresser à la présentation de notre structure d'accueil, il est important de présenter les réseaux intégrés des soins d'urgences médicales au Maroc. Et ensuite traiter d'une problématique inhérente aux services des urgences au Maroc : la surcharge.

1 Les réseaux intégrés de soins d'urgences médicales au Maroc :

L'organisation des soins au Maroc a été pendant plusieurs années structurée en deux réseaux : le réseau des établissements de soins de santé de base (RESSB) et le réseau des établissements hospitaliers (REH). Ce qui traduit le caractère pyramidal du système de santé marocain.

Malgré sa pertinence, cette organisation ne peut contenir la filière de l'urgence médicale qui n'est par régie par une référence entre niveaux de soins mais par la gestion des délais et des conditions de transfert et la régulation médicale des cas urgents.

Après un long processus de réflexion avec les principaux partenaires dans le domaine de l'urgence médicale, le Ministère de la santé met en place un troisième réseau de soins " RISUM " : Réseau intégré de Soins d'Urgence Médicale, afin d'assurer la continuité et la complémentarité des soins d'urgence pré-hospitaliers et hospitaliers.

La mission, la composition et les règles de fonctionnement de ce réseau seront traitées dans les paragraphes ci-après.

1.1 Mission et composantes :

- ✓ Mission : la mission du réseau intégré de soins d'urgence médicale, à travers ses différentes composantes, est de tendre à offrir, partout et en tout temps à toute personne le sollicitant et

présentant ou ressentant un problème de santé urgent, l'accès à une prise en charge et /ou une orientation de qualité dans des délais acceptables.

- ✓ Composantes : le réseau intégré de soins d'urgence médicale comprend pour toute la région :
 - Les services d'urgence hospitaliers (SUH) ;
 - Le service d'Assistance Médicale Urgente (SAMU) avec son centre de régulation des appels Médicaux (CRAM) et son centre d'enseignement des soins d'Urgence (CESU). Cette structure pouvant être commune à plusieurs régions ;
 - Les services mobiles hospitaliers d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
 - Les structures de soins de santé de base participant aux activités médicales urgentes ;
 - Les moyens de transport sanitaire mobilisés par le CRAM dans le cadre de l'activité d'Assistance Médicale Urgente (AMU)

Les établissements participant aux activités d'urgence sont individualisés en trois types :

- Type 1 : établissements assurant des activités d'urgence sans SMUR
- Type 2 : établissements assurant des activités d'urgence avec SMUR
- Type 3 : établissements assurant des activités d'urgence et de régulation médicale avec SMUR.

12 Rôles et attributions

- Les services d'Urgence hospitaliers (SUH).

Les services d'Urgences relevant des hôpitaux de la région, dont l'activité est organisée en équipes garantissant la permanence 24h/24h et 7j/7j durant toute l'année, assurent la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, en lien avec les autres composantes du RISUM. Toute référence ou contre référence de/ou vers ces services doit se faire à travers le CRAM.

- Le service d'assistance médicale urgente (SAMU)

Le SAMU est un service hospitalier faisant partie du pôle ou département clinique comportant le service chargé des urgences médico-chirurgicales polyvalentes du centre hospitalier universitaire ou du centre hospitalier régional, conformément aux règles d'organisation dudit centres ou il est implanté. Les éléments dudit pôle ou département, doivent être situés dans une zone à proximité les uns des autres.

Il se compose d'un centre de Réception des appels médicaux (CRAM) et d'un centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU). Le financement des activités des composantes du SAMU Régional (CRAM, CESU) est intégré dans le budget de l'hôpital d'implantation.

- Le Centre de régulation des Appels Médicaux (CRAM).

Le CRAM, assure une écoute médicale permanente, détermine et déclenche dans les délais les plus brefs le " juste soins " qui est la réponse la mieux adaptée au besoin de santé du patient pour lui offrir une prise en charge globale, intégrée et continue.

Dans un premier temps, cette action de régulation médicale concernera en priorité les références et contre références secondaires inter hospitalières avec intégration progressive des partenaires concernés par l'urgence médicale. La régulation médicale est systématique en préalable à tout transfert secondaire urgent entre établissements.

Chaque unité participant au réseau est tenue d'accueillir en permanence toute personne qui lui est adressée par le CRAM du SAMU.

Le ou les médecins assurant la régulation médicale au CRAM, ont pour mission de :

- Assurer une écoute médicale permanente ;
- Evaluer la gravité de la situation et mobiliser les ressources disponibles (médecins, ambulances ...) ;
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ;
- Coordonner l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'assistance médicale urgente,
- Organiser le transport des patients par les moyens les plus adaptés ;
- Organiser l'accueil hospitalier des patients orientés vers la structure de soins la plus adaptée à leur cas ;
- Suivre les différentes phases de la prise en charge du patient concernée et veiller à son admission ;
- Participer à l'élaboration et au déroulement des plans de secours en particulier lors de situation d'exception ou lors des grands rassemblements de foule et accidents impliquant un grand nombre de victimes.

Les actes accomplis par les médecins chargés de la régulation sont considérés à ce titre comme des actes médicaux et ne peuvent en aucun cas être délégués.

Le CRAM qui, selon sa situation relève du CHR ou du CHU, est dirigé par un médecin réanimateur ou un médecin spécialiste en médecine d'Urgence et Catastrophe.

- Le Centre d'Enseignement des soins d'Urgence (CESU)

Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence CESU, assure la formation permanente et régulière des ressources humaines exerçant au niveau du RISUM, en vue de veiller à maintenir le niveau de compétence exigé.

Ces CESU sont classés en deux niveaux :

- Les CESU de niveau 2, dotés d'un encadrement pédagogique et technique sont chargés de contribuer, en étroite collaboration avec les Facultés de Médecine, à l'enseignement d'urgence et à la formation des personnels de santé impliqués dans les activités d'urgence aux gestes et techniques d'urgence.
- Les CESU de niveau 1, en plus des activités suscitées, ils assurent la formation des formateurs et participent à la création de référentiels en médecine d'urgence.
- Les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Les SMUR sont des unités mobiles hospitalières qui font partie du pôle ou département chargé des urgences médico-chirurgicales polyvalentes.

Les SMUR sont créés dans des établissements désignés par le ministre en fonction de la capacité de l'hôpital à assurer la disponibilité des moyens humains et matériels pouvant garantir la présence d'une ou de plusieurs équipes 24h/24h. Ces moyens doivent répondre à un certain nombre de conditions.

L'activité des SMUR d'une ou de deux régions, est régulée par le CRAM du SAMU régional ou interrégional dont elles relèvent. Aucune mission d'assistance médicale urgente, sauf cas de force majeure, ne pourra être effectuée sans la décision du médecin assurant la Régulation Médicale au niveau du CRAM.

13 Types d'urgence et niveaux de soins :

Le Réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) accomplit sa mission selon les trois modes suivants :

- Les Urgences Médicales de Proximité (U.M.P) : assurées par les centres de santé de deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux de cercles ;
- Les Urgences Pré-Hospitalières (UPH) : assurées par les moyens de transport de secours de base, les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services médicaux hélicoptérés (HELISMUR) ;
- Les Urgences médico-hospitalières : qui comprennent les urgences médico-hospitalières de base assurées par les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux, les urgences médico-hospitalières complètes assurées par les centres hospitaliers régionaux et les urgences médico-hospitalières spécialisées assurées par les centres hospitaliers interrégionaux.
- Les urgences médicales de proximités (UMP)

Ce sont des soins d'urgences médicales prodigués dans les centres de santé ruraux et urbains du deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux des circonscriptions sanitaires et distants des hôpitaux de référence. Ces structures préconisent sept fonctions :

- Permanence 24/24 h (Garde ou astreinte) ;
- Diagnostic clinique des détresses vitales ;
- Gestes et manœuvres de premier secours (Oxygénation, pose de garrot, sondage vésicale) ;
- Contention provisoire et immobilisation de fractures (Attelle, minerve ...) ;
- Surveillance du patient (salle d'observation) ;
- Examens biologiques de base ;
- Transfert sanitaire simple 24/24h.

- Les urgences médico-hospitalières de base (UMBH)

Implantés au niveau des Centres hospitaliers provinciales, elles prodiguent en plus des fonctions précitées cinq autres fonctions :

- Gestes de réanimation ;
- Examen complémentaire de base (échographie, ionogramme, bactériologie et immunologie) ;
- Transfusion ;
- Hospitalisation ;
- Interventions chirurgicales (Bloc opératoire).
- Les urgences médico-hospitalières complètes (UMHC)

Elles sont prodiguées au niveau des hôpitaux régionaux et centres hospitaliers interrégionaux. En plus des fonctions des UMHB, on trouve les quatre autres fonctions suivantes :

- Réanimation hospitalière polyvalente ;
- Examen complémentaire complet ;
- Transfert SMUR ;
- Régulation des appels médicaux.

Malgré les efforts déployés par le ministère de tutelle pour améliorer la qualité des services rendus au niveau des services des urgences, par l'adoption d'une organisation en réseau. Les constats témoignent d'une insuffisance de l'infrastructure existante à répondre aux besoins de la population. Les services des urgences sont surchargés avec plus de 6 millions de patients fréquentent annuellement les urgences hospitalières, avec un accroissement annuel moyen d'environ 10 %²⁸⁶. Ce qui représente plus de 50 % des consultations ambulatoires des hôpitaux publics, dont 10 % se soldent par une hospitalisation. Il est à noter que 35,5 % des interventions chirurgicales majeures sont réalisées en urgence ce qui justifie la nécessité de restructurer ces services, d'en assurer la mise à niveau et d'actualiser leur fonctions et attributions.

²⁸⁶ Déclaration de Mr. Anas Doukkali, Ex. ministre de la Santé, lors de la cérémonie de lancement du plan d'accélération de la mise à niveau des urgences

Nous étudions dans le paragraphe suivant la surcharge au niveau des services des urgences. C'est ainsi que nous analyserons les causes et les conséquences de la surcharge au niveau des urgences, avant de présenter une ébauche des solutions à ce phénomène.

2 La surcharge dans les services des urgences : causes, conséquences et esquisses de solutions

De l'arrêt cardiorespiratoire au problème strictement social, les urgences restent un des derniers phares de la ville ouvert jour et nuit. Fort d'un personnel dont les compétences et les capacités progressent, aidé par un plateau technique de qualité, le service des urgences (SU) devient une porte d'entrée importante de l'hôpital. Les patients font recours aux médecins généralistes et spécialistes aussi, mais bien que conséquentes les ressources sont limitées, plus encore en période de rationalisation des dépenses de santé. Ainsi, nous sommes de plus en plus confrontés à gérer la surcharge des urgences, et par voie de conséquence celle de l'hôpital. Pour simplifier le SU à un modèle compartimental, il y a trop d'entrées et/ou pas assez de sorties et/ou une insuffisance des ressources nécessaires au bon fonctionnement du SU. Les conséquences en sont une mauvaise prise en charge du patient avec une augmentation de la morbidité et mortalité. La surcharge des urgences s'intègre ainsi dans un système global et autoentretenu de dysfonctionnements institutionnels. Une partie des dysfonctionnements imputés aux SU, partie émergée de l'iceberg, reflète ceux de l'établissement et plus largement du système de santé. Il n'existe pas une solution miracle pour améliorer l'aval des urgences, mais plusieurs « petits » moyens directement liés à la multiplicité des causes de surcharge.

2.1 Les causes de la surcharge du circuit patient en structure des urgences

Les causes de surcharge des SU sont multiples et souvent intriquées. La physiopathologie de cette surcharge est complexe et nous la simplifierons ci-dessous en trois grandes « étiologies » illustrées d'exemples : le nombre d'entrées vers la SU est trop important, l'insuffisance des ressources extérieures nécessaires au fonctionnement de la SU (examen complémentaire, avis spécialisé), le nombre de sorties de la SU est trop faible.

En fait, il existe des causes liées aux patients et des causes organisationnelles²⁸⁷.

²⁸⁷ SARASIN, F., YERSIN, B., HÜGLI, O. (2011), Surcharge des services d'urgence : constats et solutions, Rev Med Suisse, -3, no. 305, 1563–1564.

2.1.1 Causes liées aux patients :

La littérature²⁸⁸ décrit plusieurs causes aboutissant à une augmentation du nombre d'entrées se révélant trop importantes par rapport au personnel, médical et paramédical, présent pour les accueillir. Nous citerons à titre d'exemple les consultations non-urgentes, les « habitués » des SU ainsi que les pics d'activité et les variations saisonnières.

- ❖ **Les consultations non-urgentes :** Il est habituel d'affirmer que les consultations pour des motifs futiles sont une des principales causes de surcharge en SU. La responsabilité de la surcharge incombe alors au patient qualifié d'indiscipliné et non plus à la collectivité médicale qui devient donc victime. Cependant, une étude rétrospective²⁸⁹ a retrouvé que 32 % des patients ont d'abord essayé d'obtenir une consultation avec un médecin généraliste. Les raisons avancées par les patients pour venir consulter en SU sont la nécessité d'obtenir une réponse rapide au motif de consultation mais aussi la difficulté d'obtenir cette réponse ailleurs qu'en SU. La communauté médicale doit donc répondre à cette attente et la permanence d'accès aux soins, parfois carencée, doit remplir son rôle. Diriger les patients vers la SU n'est pas la meilleure solution et contribue à augmenter l'activité. Cependant, ces patients consomment peu de ressources et sont souvent pris en charge plus rapidement. C'est aussi pour une certaine patientèle le seul moyen d'accès aux soins.
- ❖ **Les « habitués » des SU :** Chaque SU compte parmi sa patientèle des habitués qui consultent plusieurs fois par semaine ou même par jour. Source d'agacement pour le personnel, ces patients sont souvent accusés de participer à l'engorgement des SU. Toutefois, comme pour les consultations non-urgentes, le motif de fréquentation de ces usagers est moins complexe que celui des utilisateurs ponctuels. Le coût de la visite en SU (examen biologique, d'imagerie, recours aux spécialistes) du patient fréquent est souvent moindre que celui de l'utilisateur ponctuel. Par ailleurs, ces patients sont parfois dans des situations précaires et consultent souvent en période de garde pour des motifs d'addictions et/ou psychiatriques. Une étude française multicentrique (30 SU) a montré que les patients sans domicile fixe re-consultaient plus souvent dans le mois suivant leur admission. Ils étaient plus souvent alcoolisés mais exprimaient moins

²⁸⁸ PIERRE-GERAUD C., (2016) Le circuit patient en structure des urgences : comment lutter contre la surcharge ? Médecine humaine et pathologie. Université Montpellier.

²⁸⁹ EL OUALIDI, M. & SAADI, J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. Santé Publique, 25, 433-439. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>

souvent une plainte douloureuse²⁹⁰. L'accueil de tous les patients est une mission essentielle des hôpitaux publics.

- ❖ **Pics d'activité et variations saisonnières** : Conséquences d'épidémies virales et de fréquentations touristiques, ces variations sont souvent prévisibles. Dans une étude rétrospective faite au Canada, les auteurs concluent que les détournements d'ambulances pour cause de SU surchargées sont effectivement plus importants en période d'épidémie grippale²⁹¹. Cependant, les auteurs nuancent l'importance des épidémies sur la surcharge en expliquant que ces périodes sont de faible durée. En plus d'être prévisibles et de courte durée, ces pics d'affluence lorsqu'ils entraînent des hospitalisations, aboutissent le plus souvent à des hospitalisations dont la durée de séjour est courte.

2.1.2 Causes organisationnelles :

La surcharge en SU résulte souvent d'une durée de séjour en SU trop importante. Cette durée de séjour est la somme d'une multitude de délais correspondant chacun à différents processus faisant souvent appel à des ressources extérieures à la SU. Nous citerons à titre d'exemple, l'attente des résultats d'examens complémentaires ou des consultations spécialisées :

- ❖ **Délai d'attente pour les résultats d'examens complémentaires** : Les examens complémentaires, processus indispensable de beaucoup de prises en charge en SU, contribuent grandement à augmenter la durée de séjour en SU. Une étude rétrospective portant sur plus de 300 millions de consultations aux États-Unis a montré une augmentation de la durée de séjour en SU de 72 min pour un bilan sanguin et de 59 min pour la réalisation d'une tomodensitométrie²⁹².
- ❖ **Délai d'attente pour les consultations spécialisées** : De la même manière, la demande d'une consultation spécialisée augmente la durée de séjour en SU. Dans une étude prospective monocentrique canadienne, les auteurs²⁹³ retrouvent un délai de 221 min entre la demande par un médecin urgentiste de consultation en médecine interne et sa réalisation. Certaines spécialités

²⁹⁰ESTRYN-BEHAR M (.2013).Ergonomie participative aux urgences. Méthode d'implantation de changements. Partie 1.Analysedel'existant.

²⁹¹ EL OUALIDI, M. & SAADI, J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. Santé Publique, 25, 433-439. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>

²⁹² CHERET, PHILIPPE & BOBBIA, X. & RICHARD, P. & POHER, F. & COUSSAYE, J.-E. (2014). Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Annales françaises de médecine d'urgence. 4. 10.1007/s13341-014-0415-5.

²⁹³ FALVOT, STIKER ,SCHLENKER M,et al. (2007) The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. AcadEmergMed.

sont plus promptes à venir en SU et ces délais sont très hôpital-dépendant. Cependant, ces délais constituent une importante cause d'attente en SU et donc de surcharge.

Le manque de solutions d'aval pour les patients entraîne un engorgement puis une surcharge de la SU. L'attente trop importante des patients avant d'être hospitalisés représente une cause majeure de surcharge. Cette attente peut être due à une insuffisance de place en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ou parce que ces places sont réservées pour les patients programmés. Elle peut également être la conséquence du refus des services à accueillir le patient bien qu'une place soit disponible.

- ❖ **Nombre de lits de MCO disponible** : Entre 2000 et 2009²⁹⁴, le nombre de lits d'hospitalisation complète en France, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de plus de 480 000 à moins de 430 000. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Cette baisse a été particulièrement importante en 2009. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 91 000 en 1998 à 99 000 en 2009²⁹⁵. Cependant, une transformation des modes de prise en charge est intervenue à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures a pu être effectué en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète. Entre 2001 et 2009, il s'est ainsi créé près de 13 000 places d'hospitalisation à temps partiel, dont plus de 8 000 dans les secteurs de la médecine, chirurgie et obstétrique, venant compléter les 16 000 places déjà existantes²⁹⁶.

Cependant, un défaut de l'aval fait que certains patients restent trop longtemps en MCO (« bed bloqueurs »), réduisant ainsi les capacités d'accueil de l'établissement. Le problème d'un faible nombre de lits disponibles est acutisé en période hivernale, ajoutant un effet de saisonnalité à cette carence. Cependant et bien que les capacités hospitalières soient très hétérogènes en Europe, la France bénéficie d'un nombre de lits pour 100 000 habitants relativement important en Europe (748 lits), juste derrière l'Allemagne (845) et l'Autriche (771).

- ❖ **Organisation de l'hospitalisation programmée** : La surcharge des SU peut être la conséquence d'une surcharge en aval des services, elle-même conséquence d'une occupation des lits par une activité programmée trop importante au regard des capacités de l'établissement. Pour envisager des solutions, il ne s'agit pas d'opposer l'activité programmée à l'activité non programmée, mais de définir de façon concertée et prévisionnelle la place de chacune.

²⁹⁴ SARASIN, F., YERSIN, B., HÜGLI, O. (2011), Surcharge des services d'urgence : constats et solutions, *Rev Med Suisse*, -3, no. 305, 1563–1564.

²⁹⁵ Idem.

²⁹⁶ Idem.

- ❖ **Refus des services à accueillir le patient** : Comme le montre une revue systématique de 2015 portant sur 35 études²⁹⁷, un nombre important de patients à hospitaliser est la cause principale de surcharge. Les malades des urgences qui sont en attente d'hospitalisation sont souvent des sujets âgés, dépendants et polypathologiques, « ceux dont personne ne veut » parce qu'à durée de séjour prolongée, moins rentable en termes de tarification, consommateurs de temps et d'énergie et sources de difficultés pour les équipes. Dans une étude rétrospective chinoise²⁹⁸ ont recherché les facteurs associés à une durée de séjour prolongée en salle d'accueil des urgences vitales. Les facteurs retrouvés sont l'âge, l'arrivée durant la nuit, l'absence de visite en salle d'accueil des urgences vitales par la famille et les motifs d'hospitalisation multiples relevant de la médecine interne. Cette absence d'élan de la part des services d'hospitalisation entraîne une importante surcharge pour les SU qui sont inadaptées à héberger sur de longues durées ces patients souvent dépendants.

22 Les conséquences de la surcharge du circuit patient en structure des urgences

Les conséquences des surcharges de la SU et de l'hôpital dans son ensemble sont une augmentation de la morbi-mortalité pour le patient. La surcharge de l'un est en partie responsable de la surcharge de l'autre, et réciproquement. L'ensemble constitue donc un cercle vicieux de dysfonctionnements aboutissant à une mauvaise prise en charge du malade.

2.2.1 Surcharge de la structure des urgences

De nombreuses études décrivent les conséquences néfastes pour le patient d'une surcharge des SU. Cette surcharge retentit directement sur la prise en charge. Kulstad et al²⁹⁹. ont observé une augmentation significative des erreurs de prescription lors des périodes de surcharge en SU.

La surcharge retentit également sur l'ensemble du parcours patient, du triage jusqu'après la sortie du patient. Depinet et al.³⁰⁰ ont montré qu'une surcharge en SU pédiatrique diminuait la surveillance des patients ayant des paramètres vitaux anormaux à l'arrivée. La surcharge de la SU est également associée à une augmentation des sorties contre avis médical et des fugues. Enfin, la surcharge des SU aboutit à

²⁹⁷ MRAMOR B, BINGISSER R. (2016) Medical Team Evaluation : Effect on Emergency Department Waiting Time and Length of Stay.

²⁹⁸ YANG JC, LINCH. (2015) The Impact of Ambulance and Patient Diversion on Crowdedness of Multiple Emergency Department in a Region

²⁹⁹ KULSTAD EB,SIKKA R,SWEIS RT,KELLEY KM,RZECHULA KH.ED (2010) over crowding is associated with an increased frequency of medication errors

³⁰⁰ DEPINET HE, IYERSB, HORNUNG R,TIMM NL,BYCZKOWSKI TL.(2014) The effect of emergency department crowding on reassessment of children with critically abnormal vital signs.

une augmentation de la mortalité. Dans une étude rétrospective réalisée en Espagne, les auteurs ont observé une corrélation positive entre la mortalité et le taux de surcharge en SU. Akhtar et al³⁰¹. ont montré qu'une attente inférieure à 8 h en SU était associée, chez les patients présentant un accident vasculaire cérébral, à une diminution des complications, de la durée de séjour hospitalière, du pronostic fonctionnel et de la mortalité intrahospitalière.

2.2.2 Attente d'hospitalisation ou « boarding »

Le terme « boarder », d'origine anglo-saxonne, désigne ces patients admis aux urgences, la prise en charge en SU est terminée mais qui restent dans les locaux, sous la responsabilité des médecins urgentistes en attente d'un lit d'hospitalisation. La présence de famille et d'accompagnant pour ces patients contribue également à la surcharge de la SU.

Les SU en situation de surcharge sont plus nombreux à souffrir d'une longue attente dans les couloirs (boarding) . Plus cette attente est longue, plus les durées de séjour (SU et hospitalière) et la mortalité hospitalière augmentent. Dans une étude rétrospective conduite au Canada³⁰², les auteurs ont observé une augmentation du risque de mortalité et d'hospitalisation lorsque la DMS en SU augmente. Ainsi, comparé à une DMS de 1 heure et pour les patients de niveau 1 à 3 selon l'échelle de tri canadienne, le risque relatif de mortalité est de 1,79 et celui d'hospitalisation de 1,95 pour ceux qui attendent plus de 6 heures. Dans une étude rétrospective³⁰³ portant sur plus de 180 000 retours à domicile après une consultation en SU, l'étude a démontré que la DMS en SU de ces patients augmente lorsque le taux d'attente d'hospitalisation (boarding) augmente. Cette étude nous fait prendre conscience qu'il n'y a pas de cloison entre les patients des SU. Lorsque la surcharge des SU et de l'hôpital entraîne des taux importants d'attente d'hospitalisation, même les patients qui ne sont à priori pas concernés par l'hospitalisation sont atteints.

Les personnes âgées aux motifs d'hospitalisations complexes sont les plus à risque de séjour long en SU. Ce sont également elles qui souffrent le plus des conséquences de l'attente. Dans une étude canadienne rétrospective³⁰⁴ portant sur les personnes âgées de plus de 65 ans présentant en SU, ont observé la survenue d'un événement indésirable (complication liée à la prise en charge en SU) dans 14

³⁰¹ RAZZAK, J.A., HYDER, A.A., AKHTAR, T. (2008) Assessing emergency medical care in low income countries : A pilot study from Pakistan.

³⁰² CHERET, PHILIPPE & BOBBIA, X. & RICHARD, P. & POHER, F. & COUSSAYE, J.-E. (2014). Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions.

³⁰³ Takakuwa S, Shiozaki H. (2004) Functional analysis for operating emergency department of a general hospital. Proceedings of the Winter simulation conference.

³⁰⁴ Opcit.

% des cas. La survenue d'un évènement indésirable augmente de 3 % pour chaque heure passée en SU. Ces patients ayant présenté un évènement indésirable en SU voient leur DMS lors de l'hospitalisation en service doublée (20 vs 10 jours). Ainsi, les malades de forte complexité (souvent âgés, polyopathologiques, forts consommateurs de ressources) sont des composantes importantes de la surcharge des SU.

23 Esquisses de solutions :

Il n'existe malheureusement pas une solution unique pour améliorer l'aval des urgences, mais plusieurs « petits » moyens directement liés à la multiplicité des causes de surcharge. Ces ébauches de solutions aux trois grandes causes de surcharge développées précédemment sont autant intra qu'extrahospitalières.

- ❖ Une augmentation du personnel permet une prise en charge meilleure et plus rapide permettra la réduction du DMS au SU. Cependant, ce renforcement de personnel joue un rôle essentiellement pour le flux des malades à faible complexité, mais pas sur l'attente d'hospitalisation (boarding) dont la résolution passe par le départ du SU et non par le renforcement des équipes du SU.
- ❖ **La** Création d'une délégation médicoadministrative, incluant la commission des admissions non programmées, étudiant les causes et recherchant des solutions en cas de séjours prolongés en SU pourrait être une des solutions. Dotée d'un pouvoir médicoadministratif délégué, elle pourrait améliorer l'aval des urgences et donc la fluidité pour tous les patients. De même, une cellule de gestion centralisée des lits peut également être un bon moyen de régulation à condition que soient prises en compte les hospitalisations programmées et celles à partir des urgences mais également les admissions directes.
- ❖ L'utilisation d'un tableau de bord dans la gestion des services des urgences peut avoir un impact significatif sur l'encombrement de ces services. Voici quelques aspects à considérer :
 - Suivi des indicateurs de performance : Un tableau de bord permet de suivre de près les indicateurs de performance clés liés à l'encombrement des services des urgences, tels que le temps d'attente des patients, le nombre de lits occupés, le taux de rotation des patients, etc. En identifiant et en mesurant ces indicateurs, les responsables peuvent mieux comprendre les causes de l'encombrement et prendre des mesures correctives appropriées.
 - Prévion de la demande : Un tableau de bord peut intégrer des données historiques et en temps réel pour aider à prévoir la demande future dans les services des urgences. En analysant les tendances et les schémas, les décideurs peuvent anticiper les périodes de pointe et ajuster les ressources en conséquence, afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'efficacité globale.

- Optimisation des ressources : En utilisant un tableau de bord, les responsables peuvent surveiller et optimiser l'utilisation des ressources disponibles, telles que les lits, le personnel médical, les équipements et les fournitures. Une meilleure planification et allocation des ressources peuvent aider à réduire les goulots d'étranglement et à améliorer la capacité des services des urgences à gérer les flux de patients de manière fluide.
- Identification des problèmes de processus : Le suivi des indicateurs de performance à l'aide d'un tableau de bord peut mettre en évidence les problèmes de processus spécifiques qui contribuent à l'encombrement des services des urgences. Par exemple, des retards dans les résultats de laboratoire, des procédures d'admission inefficaces ou des problèmes de coordination entre les services peuvent être identifiés et résolus plus rapidement grâce à la visibilité offerte par le tableau de bord.
- Prise de décision éclairée : Un tableau de bord fournit aux responsables des informations en temps réel sur les performances des services des urgences. Ces informations factuelles et quantitatives peuvent aider à la prise de décision éclairée pour améliorer les processus, optimiser les ressources et mettre en œuvre des initiatives visant à réduire l'encombrement et à améliorer les résultats globaux des urgences.

En résumé, l'utilisation d'un tableau de bord dans la gestion des services des urgences peut contribuer à la réduction de l'encombrement en permettant une meilleure surveillance des performances, une prévision de la demande plus précise, une optimisation des ressources, une identification des problèmes de processus et une prise de décision plus informée.

- ❖ L'implication de la régulation médicale : Il est difficile, voire illusoire, de vouloir diminuer durablement les entrées en SU. Cependant, une plus grande implication de la régulation médicale peut aider à mieux orienter les patients et à réaliser des entrées directes en hospitalisation, particulièrement en réanimation. Transformer une hospitalisation non régulée en passant par les urgences en une hospitalisation programmée à court terme relève de la régulation médicale des urgences et témoigne encore, si besoin était, de la nécessité que cette régulation soit médicale, hospitalière et basée à l'hôpital. L'absence d'une telle régulation pour les véhicules de secours et d'assistance aux victimes aboutit à une arrivée quasi systématique de ces patients dans les SU.
- ❖ L'augmentation du nombre de lits à un coût non négligeable. De plus, elle ne règle souvent que temporairement le problème et ne devrait s'envisager que si elle est vraiment nécessaire et à la seule condition que la DMS ne s'allonge pas dans le cadre d'une réelle politique des sorties. À l'inverse, diminuer le nombre de lits dans le cadre de restructurations et de regroupements

hospitaliers se fait toujours aux dépens des malades des urgences pour préserver les capacités d'accueil des malades programmés. Il serait plus pertinent de revoir les capacités des services sur des critères épidémiologiques pour éviter le plus possible les hébergements dans d'autres services

Sous-section 2 : Présentation de la structure et du service d'accueil : Le CHR EL GHASSANI et le service des urgences.

Le Centre Hospitalier Régional AL GHASSANI est une structure hospitalière de deuxième niveau, offrant une gamme diversifiée de services de santé.

1 Le CHR EL GHASSANI : un service de l'Etat géré de manière autonome

Le centre hospitalier régional AL GHASSANI, est un service de l'Etat géré de manière autonome. C'est un hôpital qui dispose des services de santé diversifiées à une population dont les besoins sont de plus en plus grandissants. La présentation du centre renvoie à :

- ❖ Son statut juridique (SEGMA) ;
- ❖ Son offre de soins ;
- ❖ Son système d'information (SI) ;
- ❖ Son projet d'établissement.

Une présentation du service des urgences sera faite en dernier lieu.

1.1 Les services de l'Etat gérés de manière autonome (SEGMA) : statut juridique

Prévus aux articles 21, 22, 23 et 24 de la Loi Organique de Finance (LOF)³⁰⁵, les services de l'Etat gérés de manière autonome retracent les opérations financières des services de l'Etat que la loi n'a pas dotés de la personnalité morale, dont certaines dépenses, non imputées sur les crédits du budget général, sont couvertes par des ressources propres. L'activité des SEGMA tend essentiellement à produire des biens ou à rendre des services donnant lieu à rémunération. Article 8 : « ... Toutefois, certaines recettes peuvent être affectées à certaines dépenses dans le cadre des budgets de services de l'Etat gérés de manière autonome, de comptes spéciaux du trésor ou de procédures comptables particulières ... ». Article 21³⁰⁶ : « Constituent des services de l'Etat gérés de manière autonome, Les services de l'Etat, non dotés de la personnalité morale, dont certaines dépenses, non imputées sur les crédits du budget

³⁰⁵ Loi organique n°130-13 relative à la loi de finances

³⁰⁶ Idem.

général, sont couvertes par des ressources propres. L'activité de ces services doit tendre essentiellement à produire des biens ou à rendre des services donnant lieu à rémunération... ». La création d'un SEGMA est décidée par la loi de finances qui prévoit les recettes de ces services et fixe le montant maximum des dépenses qui peuvent être imputées sur les budgets de ces services. La création d'un SEGMA est conditionnée par la justification de l'existence de ressources propres provenant de la rémunération de biens ou de services rendus.

Les ressources propres doivent représenter, à compter de la 3^{ème} année budgétaire suivant la création des dits services, au moins 30% de l'ensemble de leurs ressources autorisées au titre de la loi de finances de la dite année³⁰⁷. Les SEGMA qui ne répondent pas à cette condition sont supprimés par la loi de finances suivante (apport de la LOF). Le régime juridique des SEGMA est marqué par le compromis qui a été à l'origine de cette technique. Par certains traits, il se rapproche de celui du budget général, par d'autres il s'en différencie.

Les SEGMA figurent, comme le budget général, dans les lois de finances et sont donc soumis aux règles particulières de procédure de ces lois. Aux termes de l'article 23 de la LOF, « Les opérations des budgets des SEGMA sont prévues, autorisées et exécutées dans les mêmes conditions que les opérations du budget général sous réserve des dispositions prévues à l'alinéa2 »³⁰⁸.

De ce fait, si les recettes d'exploitation sont insuffisantes, le SEGMA bénéficiera d'une subvention d'équilibre prévue au titre I du budget général (article 23 alinéa 4). Inversement, l'insuffisance des ressources propres affectées aux dépenses d'investissement est compensée par une subvention d'équilibre prévue au titre II du budget général ;

Pour adapter la formule des SEGMA à une gestion souple, des dispositions ont été prises notamment, l'article 23 alinéa 2, qui prévoit que les SEGMA comportent deux parties : une partie relative aux recettes et aux dépenses d'exploitation et, le cas échéant, une partie concernant les dépenses d'investissement et les ressources affectées à ces dépenses.

Les SEGMA obéissent donc à un principe d'autonomie (ils disposent d'une autonomie financière), et à un principe de participation (le déficit éventuel ou plus exactement l'insuffisance des recettes d'exploitation, est pris en charge par le budget général par le versement d'une subvention d'équilibre prévue au titre I du budget général et leur excédent éventuel – des recettes d'exploitation – est affecté

³⁰⁷ Opcit

³⁰⁸ Opcit

au financement des dépenses d'investissement. L'insuffisance de recettes propres affectées aux dépenses d'investissement est compensée par une subvention d'équilibre prévue au titre II du budget général.

2 Le CHR EL GHASSANI : une offre de soins diversifiée de deuxième niveau

L'Hôpital AL GHASSANI, chef-lieu du CHR de Fès à la région Fès-Meknès est un établissement public de santé, créé par arrêté de Mr le Ministre de la santé n°016071/10 du 01/01/2016 et géré de manière autonome (SEGMA). Sa superficie est de 5 hectares.

Il dessert une population de 4 341 558 habitants, provenant de deux préfectures (Fès et Meknès) et de sept provinces (Boulmane, El Hajeb, Ifrane, Moulay Yaacoub, Séfrou, Taounate et Taza).

Une zone de desserte dont les caractéristiques sociodémographiques influencent considérablement l'offre de soins³⁰⁹ :

- Un taux de vieillissement important de 9.7% ;
- Un taux d'accroissement démographique de 0,9% ;
- Un taux de pauvreté de 13,8% (8,9% à l'échelle nationale) ;
- Un haut niveau de la densité régionale qui est d'environ 105,7 habitants au Km² (47,6 au niveau national) ;
- Un taux d'analphabétisme de la population âgée de 10 ans et plus est de : 35,2%.

L'hôpital Al-Ghassani est une structure de référence de deuxième niveau, à vocation chirurgicale, avec une offre de soins totalisant 212 lits dont 66 lits en département de chirurgie, 40 lits en département traumatologie-neurochirurgie-chirurgie plastique, 70 lits en département mère-enfants et 36 lits en département de médecine³¹⁰.

Il est organisé en cinq départements et trois services :

- Département de chirurgie ;
- Département de traumatologie-neurochirurgie-chirurgie plastique ;
- Département mère-enfant ;
- Département de médecine ;
- Département medicotechnique ;
- Service d'accueil des urgences ;
- Service de la pharmacie hospitalière ;
- Service d'accueil et d'admission.

³⁰⁹ Rapport haut-commissariat au plan (2014) Données socio-démographiques régions Fès-Meknes

³¹⁰ Monographie Régionale de la Santé DRS Fès-Meknès 2016

L'hôpital EL GHASSANI offre une gamme développée et diversifiée des prestations, grâce à des équipements biomédicaux lourds, notamment³¹¹ :

- IRM 01
- Scanographe 02
- Autoclave Grande capacité 04
- Automate Haute Cadence 06
- Radio Numérisé 04
- Echographie cardiaque 03
- Écho doppler 06
- Colonne de Coelioscopie 02
- Colonne de Fibroscopie et colonoscopie 01

3 Le système d'information (SI) du CHR AL GHASSANI.

les technologies de gestion des connaissances incluent celles employées pour créer, stocker, rechercher, distribuer et analyser les informations structurées et non structurées³¹², les technologies de gestion des connaissances augmentent les habiletés à aider les processus et à organiser l'information textuelle et les données afin d'augmenter les capacités de recherche de l'information, d'en trouver la signification et d'en évaluer la pertinence pour donner des réponses aux questions, réaliser de nouvelles opportunités et résoudre les problèmes courants.

Le Centre Hospitalier Régional EL GHASSANI s'est procurée un système d'information hospitalier de pointe, avec la mise en place d'un progiciel de gestion intégrée HOSIX. Cette nouvelle technologie facilite la communication entre tout le personnel de l'hôpital, et permet l'accès à l'historique de tous les patients (âge, sexe, dates d'entrée/sortie, mode d'entrée/sortie, diagnostic, actes, etc.). Le personnel médical et/ou de soins a la possibilité désormais de saisir directement des données médicales dans les services cliniques et le plateau technique.

L'infrastructure technologique du CHR EL GHASSANI basée sur HOSIX permet de prendre en charge l'essentiel des processus et de centraliser l'ensemble des flux d'information (les consultations cliniques externes, les hospitalisations, les urgences, l'hôpital de jour, la facturation, la pharmacie, le SI de radiologie, le SI du laboratoire, le bloc opératoire, la gestion médicale et prescriptions, la gestion des

³¹¹ Monographie Régionale de la Santé DRS Fès-Meknès 2016

³¹² JEAN-PIERRE E (2008) Conception d'un modèle de maturité des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances : application à deux centres hospitaliers, thèse de doctorat

dossiers médicaux et le recouvrement). Il s'agit donc d'un système d'information global intégré et orienté patient. Ce SIH fournit une vision globale de l'ensemble des informations patients.

Le SIH produit différents indicateurs sous forme de résultats statistiques ou de ratios permettant de rendre compte de façon synthétique et systématique des activités réelles de l'hôpital : volume de soins et productivité. Les indicateurs issus du SIH informent également sur l'état de la réalisation des objectifs. En effet, des indicateurs tels que l'efficacité, l'efficience, la qualité des services et des moyens financiers et physiques engagés (recettes, dépenses, personnel, patrimoine...) sont générés par le SIH.

La mise en place de ce nouveau SIH a, d'un côté, facilité la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives et, de l'autre côté, a permis d'améliorer la qualité des soins prodigués et de synthétiser l'ensemble des données nécessaires à une évaluation médico - technique.

Le SIH est un outil pertinent de prise de décisions et de gestion des ressources de l'hôpital. Il permet une gestion plus rationnelle de l'activité médicale et une réduction des délais d'attente, ce qui améliore l'efficience des processus.

L'introduction du SIH a modifié considérablement les pratiques managériales et médicales de tous les services du CHR EL GHASSANI. Les résultats de la mise en place de cette nouvelle technologie sont considérables :

- ❖ Amélioration de la qualité des soins : les acteurs hospitaliers confirment avoir réalisé un gain de temps considérable et une parfaite sécurité de l'information recueillie et même une réduction de la charge de travail. La direction de l'hôpital a même la possibilité d'évaluer la qualité des soins en faisant des comparaisons entre ses différents services.
- ❖ Autonomisation de toutes les informations relatives au patient : cela est réalisé par l'établissement d'un dossier électronique personnel médical et/ou infirmier accessible sur la plateforme du SIH pour chaque service.
- ❖ Encouragement de nouvelles relations entre le patient et les professionnels de santé vers un véritable partenariat où les décisions sont prises de manière partagée.
- ❖ Echange d'informations et la communication de manière standardisée entre les différents services de l'hôpital.
- ❖ Gestion décentralisée des médicaments aide les cliniciens à dispenser les médicaments en toute sécurité et de manière efficace, tout en offrant des fonctionnalités d'intégration à l'échelle du CHR EL GHASSANI.
- ❖ Il aide, en tant que système d'aide à la décision pour les acteurs hospitaliers, à développer des soins de santé complets.

- ❖ Il constitue un garde-fou contre le gaspillage, les abus et la fraude. Cela conduit à la réduction des coûts et à l'augmentation des recettes pour l'établissement.
- ❖ Améliore l'intégrité des informations et de la qualité de la documentation, et réduction des erreurs de transcription de la duplication des entrées d'informations.
- ❖ Ce nouveau système d'information offre des solutions parfaites en matière d'extraction des informations à partir de serveurs et de développement d'une base de données clinique commune.

Le système d'information hospitalier mis en place à l'échelle du CHR EL GHASSANI de Fès est d'une grande utilité pour les différents acteurs de l'hôpital :

Pour le corps médical : le SIH offre la précision, la lisibilité et l'accès aux médicaments nécessaires aux patients et améliore ainsi l'efficacité et l'efficacités des cliniciens grâce à la fourniture d'informations clés sur les patients. L'amélioration des soins est donc rendue possible grâce à l'enregistrement de toutes les commandes ce qui permet de réduire les taux d'erreur de médication.

Le corps de soins et paramédicaux : trouvent dans cette nouvelle technologie un bon moyen permettant un accès immédiat aux commandes et aux résultats des diagnostics, aux données démographiques des patients, aux médicaments et aux résultats des tests. Le SIH permet au corps de soins de réduire son besoin en matière de papier.

Le corps administratif : Le nouveau SIH s'avère bénéfique pour l'administration de l'hôpital, il permet de renforcer la communication interne et externe entre les prestataires de soins, comme il réduit le besoin de réinscription des patients sur plusieurs sites ou registres.

Les technologies de l'information mises en place au sein de l'hôpital ont directement affecté les dimensions de sa performance.

Le SIH a favorablement impacté la productivité de l'hôpital par le biais de divers mécanismes. L'hôpital a pu tirer les mêmes avantages de l'informatique que toute autre entreprise de services (Ex. gestion de la chaîne d'approvisionnement ou amélioration de la productivité du travail). Deux éléments ont été améliorés par la mise en place du SIH : gestion de la facturation et le volume de soins. En effet, l'hôpital fournit une gamme de services assez large dont les prix dépendent de plusieurs paramètres (la durée de séjours, les médicaments, l'acte médical...). La présence du SIH a rendu possible la production automatique des factures des patients. La complexité clinique crée également un problème de volume de soins, le SIH permet de visualiser en temps réel, le taux d'occupation comparé à la capacité litière de l'hôpital ce qui permet d'éviter d'éventuel gaspillage de ressources.

La mise en place du système d'information hospitalier a permis plus particulièrement l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des processus de soins. Le SIH a servi de plate-forme pour mettre en œuvre des directives de traitement, la coordination des soins entre les acteurs hospitaliers en temps réel. Ce mécanisme conduit à normaliser les soins et réduire les erreurs médicales en améliorant ainsi la qualité et la productivité. Les résultats sont ainsi évidents : augmentation de l'efficacité des soins de santé et réduction importante des taux de réadmission et des complications chez les patients.

En matière d'efficience, le SIH contribue à la réduction des coûts des soins. Cette nouvelle technologie offre des possibilités de communication enrichies entre les différents services de l'hôpital, ce qui permet d'éviter les interventions diagnostiques ou thérapeutiques inutiles. Les prises des rendez-vous sont aussi gérées par le SIH, ce qui a rendu les soins de santé plus équitables en éliminant les disparités systématiques entre les patients de différents niveaux.

Bien que le SIH a permis plusieurs améliorations dans la gestion quotidienne de l'hôpital, sa capacité à répondre aux besoins informationnels afin d'alimenter le tableau de bord prospectif sera questionnée dans le quatrième chapitre.

4 Projet d'établissement Hospitalier : outil de planification stratégique du CHR EL GHASSANI

Pour établir son PEH 2019-2021, le choix a été fait de tenter d'élaborer un document synthétique et clair, fixant les grandes orientations stratégiques. Il s'agit de concevoir un document qui pourra s'adapter dans le temps et surtout faire l'objet d'une déclinaison dans le cadre des outils de gestion habituels.

Le présent document comprend deux parties :

- Une première partie relative à l'analyse stratégique du centre. L'analyse stratégique est conduite, selon la méthode « FFOM » en vue d'apprécier en interne, les forces à consolider et les faiblesses à améliorer, et en externe, les opportunités à saisir et les menaces à anticiper pour les éviter.
- Une deuxième partie consacrée aux orientations stratégiques du PEH (projet médical, projet infirmier ; projet managérial).

À l'issue de l'analyse stratégique dans le cadre du comité médical, du comité infirmier et du comité managérial, l'ensemble des orientations stratégiques peuvent être déclinées comme suit :

Tableau 15: Orientations stratégiques des différents projets.

Projets	Les axes stratégiques
Projet médical	Axe 1 : Renforcer les fonctions du service d'accueil des urgences. Axe 2 : Renforcer l'activité chirurgicale. Axe 3 : Améliorer l'offre de soins en médecine. Axe 4 : Créer un pôle de référence mère-enfant. Axe 5 : Développer les actions de prévention et d'éducation en santé. Axe 6 : Renforcer les prises en charge transversales. Axe 7 : Adapter le plateau technique. Axe 8 : Opter pour un système performant d'information médicale. Axe 9 : Adopter une politique de coopération avec les autres établissements du CHR et les hôpitaux de la région. Axe 10 : Développer la culture d'un exercice médical impliqué dans la formation et la recherche.
Projet infirmier	Axe 1 : Améliorer le parcours de soins et de la prise en charge du patient. Axe 2 : Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins. Axe 3 : Développer l'évaluation des pratiques professionnelles. Axe 4 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes.
Projet managérial	Axe1 : Déconcentrer la gestion et développer la contractualisation interne. Axe 2 : Améliorer la performance hospitalière par l'optimisation du système de la facturation et du recouvrement. Axe 3 : Améliorer les conditions de vie au travail du personnel. Axe 4 : Préparer l'Hôpital pour l'accréditation.

	Axe 5 : Mettre à niveau l’infrastructure, l’hôtellerie et assurer l’accessibilité. Axe 6 : Développer le système d’information comme levier à forte valeur ajoutée Axe 7 : Développer des outils de pilotage de gestion efficients.
--	---

Source : Élaboré par nos soins sur la base du PEH 2019-2021

Le projet managérial constitue le pivot du PEH³¹³. Il a comme orientation stratégique : Améliorer l’**image** du **service public** et développer une **culture de gouvernance** - avec un management fondé sur la responsabilisation et la participation de tous - en **optimisant** ses **moyens** et en **maîtrisant** ses **coûts**. Le septième axe stratégique du projet managérial intitulé ‘‘ développer des outils de pilotage de gestion efficients’’ a mis le point sur l'importance du développement des outils de la gouvernance managériale afin d'accompagner les mutations que connaît l'environnement de l'hôpital. Cet objectif stratégique est décliné en sous-objectifs spécifiques. Ces derniers vont être traduits en actions envisagées avec échéancier de réalisation s'étalon sur plusieurs années.

Tableau 16 : 7ème axe stratégique du projet managérial.

Axe stratégique	Objetcifs opérationnels	Echéancier	Responsable	Indicateurs	Budget	Réalisation
développer des outils de pilotage de gestion.	Créer bureau de la comptabilité générale et analytique	2019	Chef de PAA	Etat d’avancement	Ressources financieres et matériel :	Bureau crée
	Standardiser un modèle de tableau de bord au sein de l’hopital.		Technicien statistique	Etat d’avancement	budget SEGMA	Encours.

Source : Élaboré par nos soins sur la base du PEH 2019-2021

³¹³ Direction du Centre hospitalier Régional AL GhASSANI, projet d’établissement hospitalier 2019-2021.

L'analyse des objectifs stratégiques du projet managérial et notamment le septième axe, nous permet d'avancer que les responsables ont pris en considération dans la mise en œuvre du projet managériale, l'importance du renforcement et du développement des outils de contrôle de gestion, notamment la comptabilité générale, la comptabilité analytique et des tableaux de bords pour le pilotage de la performance hospitalière.

5 Description du service des urgences adultes et de son environnement

Nous procédons à une description du service de notre étude. Cette description nous permettra de comprendre le fonctionnement global et détaillé de l'urgence. Afin de cerner le service des urgences adultes dans sa globalité, nous le présentons comme sous système qui participe activement à un système plus complexe et qui est constitué de différents processus et d'un environnement.

Les liens qui fédèrent ces processus sont extrêmement importants dans la prestation du service. Nous avons procédé à plusieurs étapes d'identification. Elles furent possibles grâce aux années de travail passées dans ce service, aux observations directes, aux entrevues semi-dirigées et à l'analyse des documents internes et externes.

5.1 Fiche signalétique du service des urgences EL GHASSANI :

Le tableau suivant présente la fiche signalétique du service des urgences AL GHASSANI :

Tableau 17 : fiche signalétique du service des urgences AL GHASSANI.

Missions	Le service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI a pour mission de : - assurer une permanence 24/24 h (Garde ou astreinte) ; - procéder au diagnostic clinique des détresses vitales ; - pratiquer les gestes et manœuvres de premier secours (Oxygénation, pose de garrot, sondage vésicale) ; - poser une Contention provisoire et immobilisation de fractures (Attelle, minerve ...) ; - assurer une surveillance du patient (salle d'observation) ; - établir les examens biologiques de base ; - assurer un transfert sanitaire simple 24/24h.
Unités	Le service des urgences EL GHASSANI est composé de plusieurs salles notamment : - Bureau d'admission et de facturation ; - Salle de soins infirmier et de plâtre. - Unité de triage - Deux salles de consultations - Une salle d'observation - Une salle de déchoquage - Deux salles opératoires. - Une salle d'ECG et de la pharmacie.

Ressources humaines	L'offre de soin au niveau du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI est prodiguée par un effectif de personnel composé de : 12 médecins généralistes, dont un médecin chef ; 13 infirmiers polyvalents, dont un infirmier chef –major- 02 aides-soignants ; 06 brancardiers 08 hôtesse d'accueil.
Plateau technique	Afin d'assurer ses missions, le service des urgences de l'Hôpital EL GHASSANI disposent du matériel suivant : - Matériel spécifique à l'oxygénothérapie - Un appareil de radiologie standard numérique - Des tables spécifiques pour l'examen - Un appareil d'échographie

Source : Elaboré par nos soins.

Le service d'urgence (SU) tel qu'il est décrit dans ce document, est une structure médicale qui fait partie intégrante de l'hôpital et dont le rôle est de soigner les patients qui s'y présentent, sans discrimination aucune. Pour que le processus des urgences soit efficace, il faut que l'organisation interne soit fondée sur une compréhension de tous les échanges nécessaires. En effet, la combinaison de personnel hautement qualifié et de machines sophistiquées crée une interdépendance entre les différents acteurs. Les urgences de l'hôpital EL GHASSANI avec une capacité litière fonctionnelle de 14 lits (10 lits pour la salle d'observation et 04 lits pour la salle de déchoquage) offrent une panoplie des services de soins 24h/7. Doté d'un plateau technique et matériel permettant une prise en charge satisfaisante aux patients.

Les patients sont les acteurs clés des SU. En entrant aux urgences, ils peuvent être en situation critique et nécessiter des soins immédiats. Le rôle principal des urgences est ainsi de s'occuper des besoins médicaux des patients et de s'assurer de leur bien-être durant leur séjour. De ce fait, les critères de qualité des SU doivent être liés à la qualité de service des patients qui est assurée principalement par les médecins et les infirmiers. Il est indispensable de maintenir une bonne cohérence entre les flux des patients et les flux des ressources humaines. Les médecins ont pour rôle d'assurer le diagnostic, de

demander des examens complémentaires et de soigner les patients. Les médecins ont aussi la tâche d'établir les dossiers des patients et d'analyser leur historique médical (allergies, historique des opérations effectuées, etc). Enfin, en tâches annexes, l'hôpital est également tenu de communiquer l'état de santé des patients à leurs proches, de trouver un lit d'aval pour les patients qui vont être hospitalisés et d'aider les infirmiers à mieux trier les patients à l'arrivée. Les médecins se divisent en internes, médecins généralistes et spécialistes. Il y a également des médecins spécialistes qui peuvent prendre des astreintes pour les urgences. En ce qui concerne les infirmiers, leur rôle principal est de soigner les patients en suivant les recommandations des médecins. Ils ont aussi la tâche de surveiller les signes vitaux des patients et de participer à la recherche des lits d'hospitalisation.

La prise en charge urgente exige un personnel médical et infirmier ayant des compétences spécifiques leur permettant d'agir rapidement et très souvent dans des situations d'incertitude.

Dans notre service d'étude la situation des ressources humaines se caractérise par la situation suivante :

❖ Effectif des médecins :

L'effectif des médecins au niveau du service d'urgence est constitué par des médecins généralistes permanent, et des médecins spécialistes assurant des gardes périodiques ou astreintes.

❖ Effectif des infirmiers :

L'effectif des infirmiers au niveau du service d'urgence est constitué par 12 infirmiers polyvalents travaillant selon un système de garde (12/36h), à raison de trois infirmiers par garde.

Malgré les efforts déployés dans le recrutement des médecins et infirmiers, il existe une pénurie flagrante en ressources humaines, notamment qualifiées, que ce soit pour le personnel médical ou paramédical.

La Spécialité de Médecine d'Urgence et de Catastrophe (MUC) a été créée il y a 18ans. Toutefois, le nombre des spécialistes reste très limité aussi bien que celui des infirmiers spécialisés en soins d'urgences et soins intensifs (ISSUSI).

Le travail est assuré, dans la plupart des cas, par des médecins généralistes appuyés, par des médecins spécialistes, au moment où l'évolution rapide des sciences médicales fait de plus en plus appel à des techniques de diagnostic, d'organisation et de traitement de plus en plus sophistiqués qui exigent une réponse adaptée aux différentes situations d'urgences.

5.2 Les modalités d'entrée au service des urgences et ses orientations.

Afin de procéder à une description reflétant la réalité du système de service des urgences adultes et son environnement, l'ensemble des postes de travail ainsi que les personnes qui y travaillent ont été observés.

On demandait aux professionnels d'expliquer ce qu'ils faisaient. On prenait note des tâches exécutées par les travailleurs en fonction du service offert aux patients et les transcrivait. Dans les prochains paragraphes, on décrit le service d'urgence et son environnement.

Un patient qui désire bénéficier des soins doit trouver un moyen pour entrer dans le système de soins et rencontrer un médecin ou un spécialiste. Trois portes furent répertoriées, soit l'urgence, soit la salle de déchoquage, soit le bloc opératoire. L'accès à la salle de déchoquage ou au bloc opératoire est conditionné d'un avis préalable d'un médecin ou un spécialiste. Un patient qui n'a pas un avis préalable et qui désire avoir un accès peut le faire en se présentant à l'urgence.

Deux types de patients se partagent l'urgence, les patients ambulatoires qui sont acheminés par leurs propres moyens et les patients en ambulance qui sont référés par ambulance des différentes structures sanitaires publiques et privées et même de leurs domiciles.

Il est possible que certain de ce type de patient soit directement admis à l'urgence que pour le patient ambulatoire, car la gravité de son état est la plupart du temps plus importante. De plus, les patients qui arrivent par ambulance risquent de consommer plus de ressources que les patients ambulatoires et sont les plus hospitalisés. Néanmoins, l'arrivée en ambulance ne garantit pas l'accès direct à un lit d'hospitalisation ou à un brancard.

Les orientations des patients diffèrent selon les besoins. Une fois à l'urgence, le patient suit une série structurée de processus afin d'être diagnostiqué, orienté et assuré d'une continuité de soins. À cet effet, les liens avec les services en amont et en aval sont très importants. Ces processus doivent être fonctionnels, flexibles et efficaces pour répondre adéquatement à tout type de patient qui s'y rend quel que soit la gravité de son état. Pour assurer un rendement optimal à ces services, l'urgence doit avoir l'appui de tous les services de l'hôpital. La performance dépend des départements et services qui soutiennent le travail quotidien de l'urgence. Ainsi, l'environnement de l'urgence dont font partie le service de l'imagerie médicale, la pharmacie, le laboratoire, les soins intensifs, et tous les autres services doivent être attentifs à la demande venant de l'urgence.

Nous présentons dans un tableau l'ensemble des sous processus constitutifs du système de l'urgence. Au centre se trouvent les six principaux processus de l'unité d'urgence. L'amont montre la provenance des patients et l'aval représente l'orientation après leur séjour à l'urgence.

Tableau 18 : processus constitutifs du service des urgences AL GHASSANI.

Intrants	Urgence	Extrants
• Patients ambulatoires • Patients ambulances. • Les autres établissements de santé	• Triage • Salle de déchoquage • Bureau d’admission et de facturation • Evaluation • Salle d’observation • Salle des avis	• Hospitalisation • Hôpital de jour • Centre de consultation externe • Sortie • Bloc opératoire • Référence à une deuxième structure sanitaire.

Source : Elaboré par nos soins.

Le tableau ci –dessus résume la multitude d'interfaces du système. L'accès au service des urgences est réalisé par différentes façons. Pour être efficace et performant, le service des urgences doit être soutenu par son environnement avec des procédures bien définies et flexibles. Dans ce contexte, les prochains paragraphes traitent des principaux sous processus qui se situent à l'intérieur du service des urgences et de son environnement.

5.3 Les principaux sous-processus d'un service des urgences

L'urgence est définie par une structure organisée en une série de processus. Plusieurs processus peuvent être identifiés : le triage, la salle de déchoquage, bureau d’admission et de facturation, l'évaluation, l'observation et la prise de décision. Également, nous nous intéressons à l’activité de l'imagerie médicale, du laboratoire, de la pharmacie, bien qu’elles ne sont pas hiérarchiquement liées au service de l'urgence, mais sont nécessaires à la prestation du service.

5.3.1 Le triage

Chaque patient qui se présente à l'urgence doit être muni d’une fiche de référence, ensuite le patient est évalué par un médecin interne de l’unité de triage, malheureusement ce processus n’est pas organisé sur des critères clairs tels que la gravité des patients. Mais un numéro est attribué au patient selon l’ordre de

son arrivée : ‘premier arrivée, premier servi’. Cette mesure contribue à l’aggravation de l’état des patients et leur surpeuplement au niveau de cette unité.

Aucun délai n’est spécifié pour débiter la prise en charge du patient. Donc le séjour du patient dans l’unité du triage peut être de quelques minutes, mais aussi risque de se prolonger à plusieurs heures (en cas d’avis spécialisé, notamment).

Une fois cet examen préliminaire effectué, le médecin peut procéder à une contre-référence du patient, décider de sa sortie avec une ordonnance ou autoriser son accès au service d’urgence, salle de déchoquage muni d’une fiche de liaison interne.

5.3.2 La Salle de déchoquage

Si les patients ambulatoires nécessitent une fiche de référence interne pour accéder en salle de déchoquage, les patients transportés par ambulance doivent être munis d’une fiche de référence spécifiant la nécessité de recours à des soins de réanimation. L’évaluation des patients est attribuée à un médecin réanimateur, assisté par une équipe des médecins internes, dont dépend la décision d’accepter ou non le malade au sein de cette unité.

Cette salle de déchoquage est caractérisée par sa faible capacité d’hospitalisation (08 lits d’hospitalisations). C’est pourquoi les critères d’admissions sont très limités, toutefois plusieurs patients seront admis sans y être hospitalisés.

Vu que les malades les plus graves sont admis en salle de déchoquage, la durée de séjour est très prolongée, elle enregistre le taux de mortalité le plus élevé parmi les services hospitaliers.

5.3.3 Le Bureau d’admission et de facturation

Après le tri, le patient est invité à se rendre au bureau d’admission et de facturation pour procéder à l’ouverture du dossier. Ce service d’urgence est le premier point de contact du patient avec l’hôpital. Toute l’information nécessaire à la prise en charge du patient et à la gestion de l’hôpital transite par cette structure.

Dans le cadre de ses fonctions, le bureau d’admission et de facturation assurent les activités suivantes :

- ❖ L’accueil, l’information et l’orientation des patients, de leurs familles et des visiteurs ;
- ❖ La gestion des plaintes reçues ;
- ❖ Gérer les entrées et les sorties de malades,
- ❖ Gérer les effectifs des patients et leurs mouvements à l’intérieur de l’hôpital,

- ❖ Organiser le transfert des patients (à l'intérieur de l'hôpital ou vers un autre hôpital), avec ou sans la participation du SAMU.
- ❖ Emettre les factures,
- ❖ Les transmettre à la régie de recettes pour encaissement auprès du patient et/ou à l'unité de recouvrement en cas de tiers payant.

L'ensemble de ses formalités administratives est effectué via un système d'information informatisé.

5.3.4 L'évaluation

Une fois le patient a été examiné au niveau du triage, il bénéficie d'une fiche de référence interne. Le patient se déplace au sein du service d'urgence pour un examen plus approfondi, il doit subir des examens biologiques, radiologiques et des avis spécialisés afin d'avoir un diagnostic. C'est l'étape la plus longue dans le processus de prise en charge des patients au niveau du service d'urgence. Les patients stagnent au niveau de nombreuses salles d'attente, mis sur des brancards.

La durée de prise en charge est variable, dépendant de plusieurs intervenants : la réception des résultats biologiques estimée à trois heures, la rédaction des comptes rendus radiologiques approximative à deux heures et finalement bénéficié d'une consultation spécialisée peut prendre plusieurs heures. A la fin de ce long processus de mise en évidence d'un diagnostic, le patient peut bénéficier d'une hospitalisation (salle d'observation ou un service hospitalier) ou une référence en centre des consultations externes.

5.3.5 La salle d'observation et prise de décision

La décision d'hospitaliser un malade en observation émane du médecin interne responsable, moyennant une demande d'hospitalisation. Une fois hospitalisé le patient bénéficie d'une panoplie d'examens complémentaires, ainsi qu'une surveillance médicale et infirmière selon son cas.

L'hospitalisation en salle d'observation est transitaire, en attendant la stabilisation de son état ou la vacance d'un lit d'hospitalisation dans un service spécialisé. Ce qui prolonge la durée d'hospitalisation à plusieurs jours.

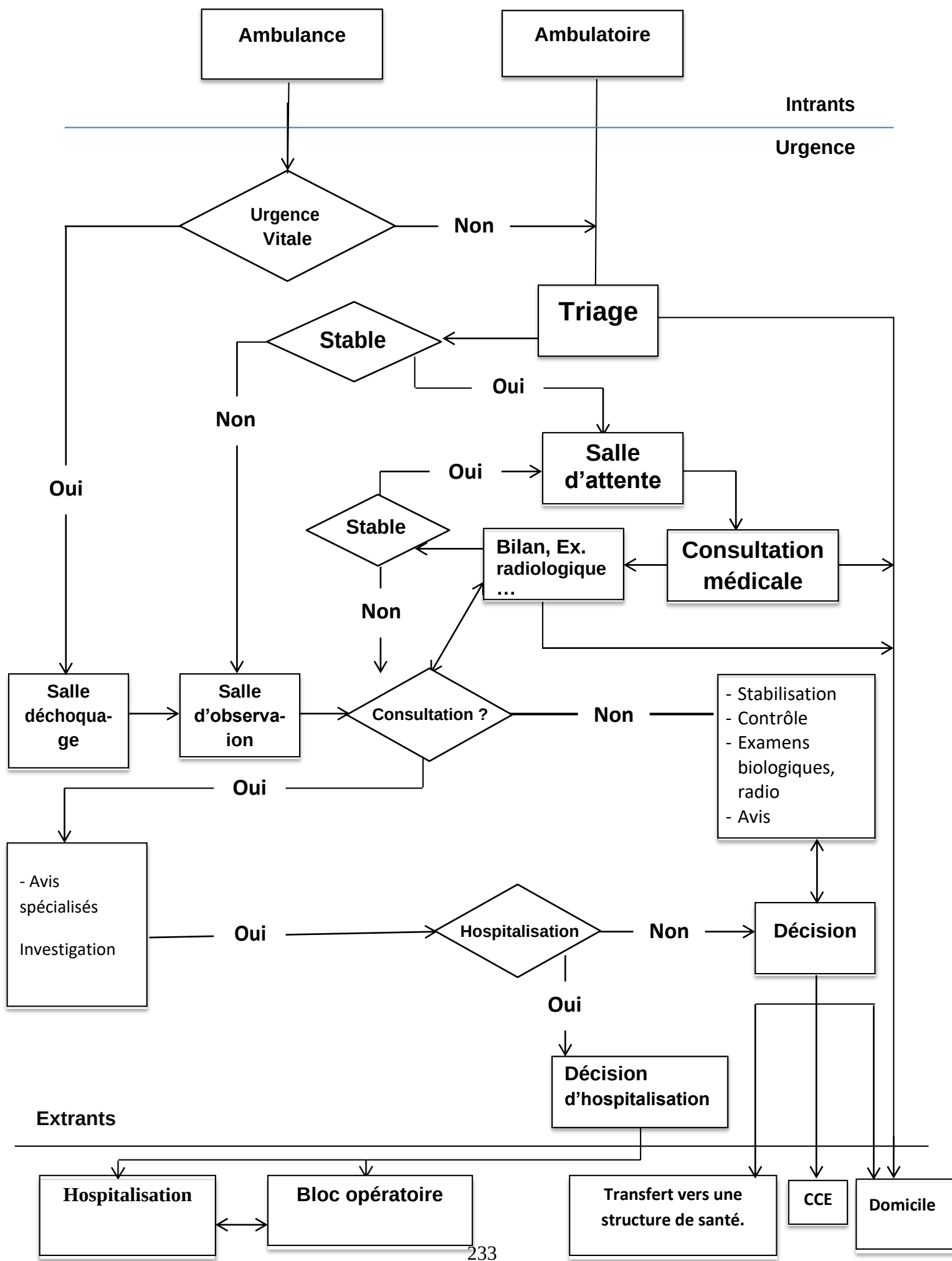
5.3.6 L'environnement

En ce qui a trait aux départements liés à l'urgence, leur étroite collaboration est la clef du bon fonctionnement de l'urgence. Tous les départements ont leur utilité et sont sollicités à différents niveaux par tous les patients. Selon l'approche systémique, ces départements font partie de l'environnement de l'urgence et leurs performances sont liées à la performance globale du système. L'imagerie médicale fait des radiographies et des scans. Le laboratoire analyse les tests médicaux, telles les prises de sang, les cultures bactériologiques, etc. La pharmacie fournit l'urgence en médicaments.

5.4 Sous-Processus de prise en charge des patients proposés au service des urgences EL GHASSANI

La figure ci-dessous schématise les sous-processus de prise en charge des patients au niveau des urgences EL GHASSANI. Il englobe les quatre chemins qui sont expliqués ultérieurement. Les flèches représentent le déplacement des patients vers les processus. Les rectangles indiquent les lieux de consultation et de surveillance médicale. À noter, qu'il y a deux flèches bidirectionnelles signifiant deux situations particulières. La première se situe entre l'accès du patient à la salle d'attente et la salle d'observation. Cette situation correspond au cas où le patient se présente au triage et installé immédiatement en salle d'observation. Ce patient a rapidement besoin de soins ou il est dans l'incapacité d'attendre dans la salle d'attente. La deuxième flèche se trouve entre les tests investigations et la salle d'observation. Le patient qui est admis en salle d'observation n'est pas toujours en mesure de se déplacer seul vers l'imagerie médicale ou tout autre endroit pour aller faire des tests, et par conséquent, son transport à l'emplacement demandé est assuré par des brancardiers.

Figure 12 : Processus de prise en charge des patients au niveau du service des urgences AL GHASSANI.



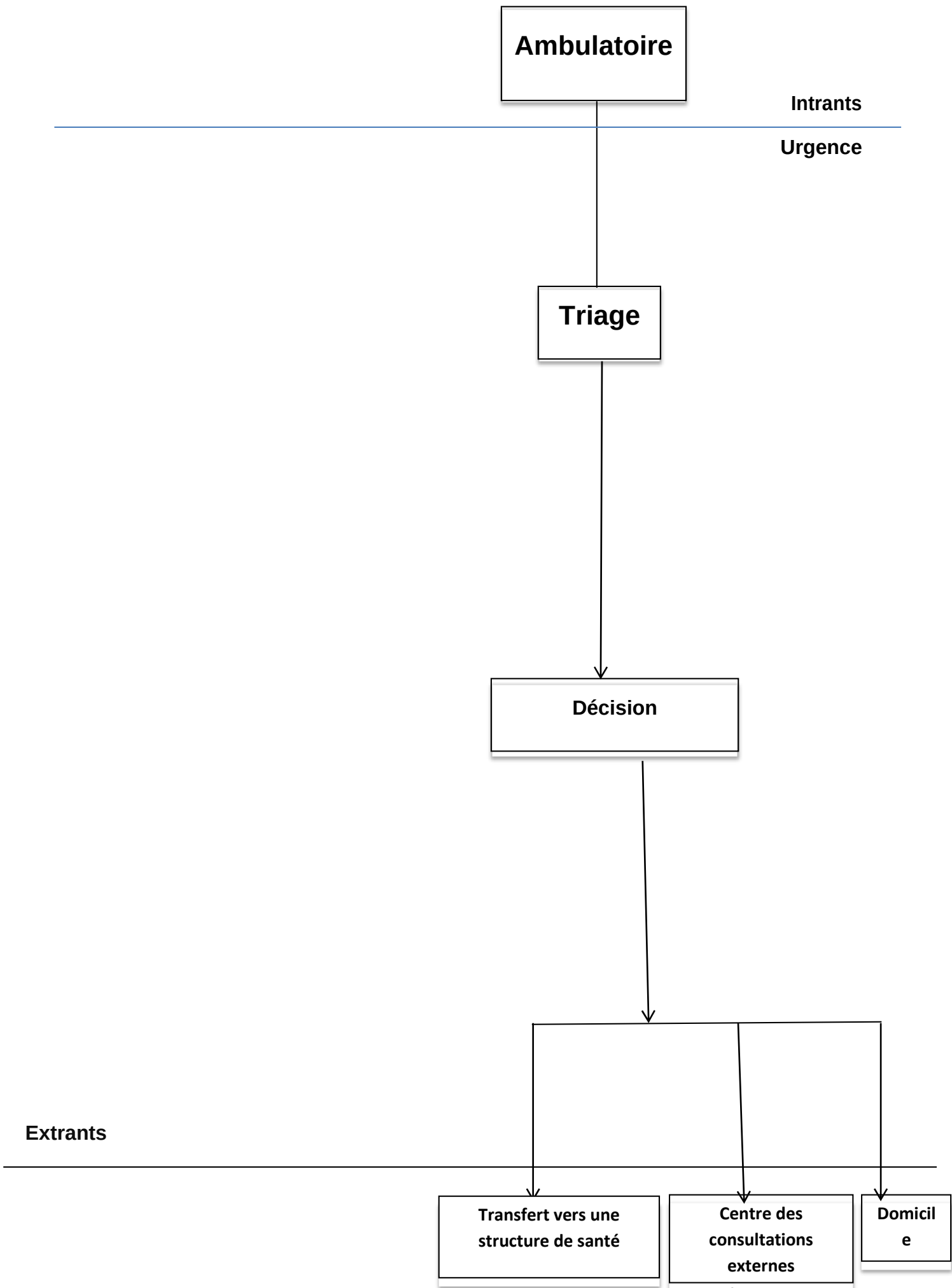
Après l'élaboration du schéma général, il fut constaté que l'orientation du patient a une influence sur l'utilisation des ressources. Ce qui nous a permis de déterminer quatre circuits empruntés par presque tous les patients au service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI, soit le chemin le plus fréquenté, la salle de déchoquage, le patient admis en salle d'observation et le long chemin.

5.4.1 Le chemin le plus fréquenté

Le patient arrive au triage, une hôtesse d'accueil procède à son enregistrement, et lui demande d'attendre son tour pour être examiné par un médecin interne. Le patient peut être appelé à faire des tests et il est revu pour avoir ses résultats.

Dans la grande partie des cas, le médecin décide de la sortie à domicile du patient. Il peut être appelé à poursuivre sa prise en charge au centre des consultations externes. Ce processus, qui débouche principalement sur le recours à un médecin, est souvent suivi par le patient qui nécessite certaines ressources que le service des urgences EL GHASSANI ne possède pas tel que l'imagerie médicale ou le laboratoire. Par conséquent, ces patients sont orientés vers d'autres structures de santé, notamment le centre hospitalo-universitaire HASSAN II Fès.

Figure 13 : sous-processus -chemin le plus fréquenté-

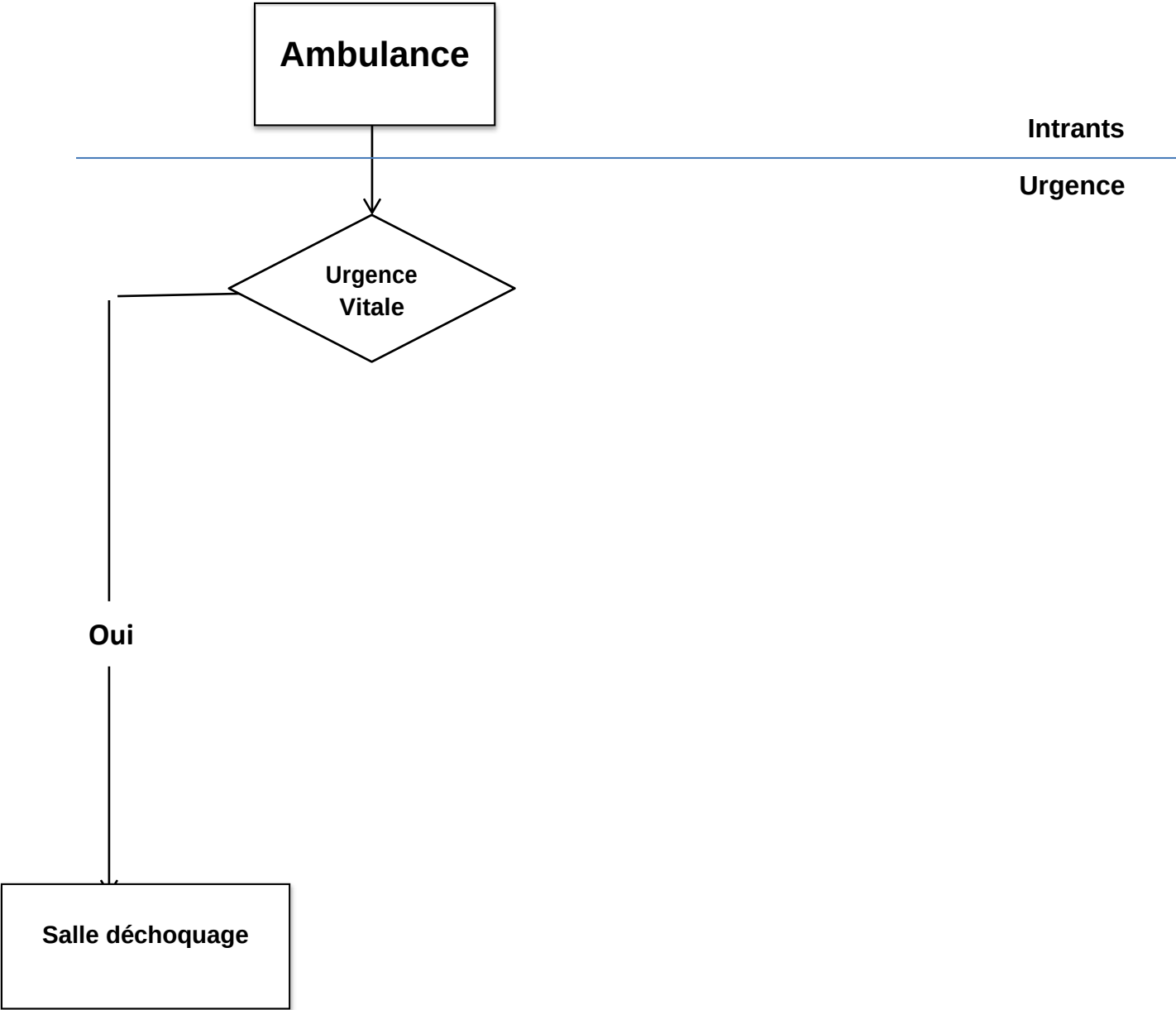


Source : Elaborée par nos soins.

5.4.2 La salle de déchoquage :

Le deuxième circuit est présenté par la figure ci-dessous. Le patient arrive par ambulance, et le personnel de l'urgence est préalablement averti via une coordination assurée par le service du SAMU. Ce patient a besoin de soins immédiats et, généralement, son état est jugé très grave. Il passe directement du triage à la salle de choc où il est stabilisé et mis sur un brancard pour observation. Normalement, les médecins traitants sont informés dès l'arrivée du patient, pour assurer une rapidité d'intervention et de prise en charge à l'hospitalisation. L'hospitalisation au niveau de cette salle est généralement pour une durée prolongée jusqu'à la stabilisation de son état de santé, puis son transfert à un service spécialisé.

Figure 14 : sous-processus salle de déchoquage.



Extrants

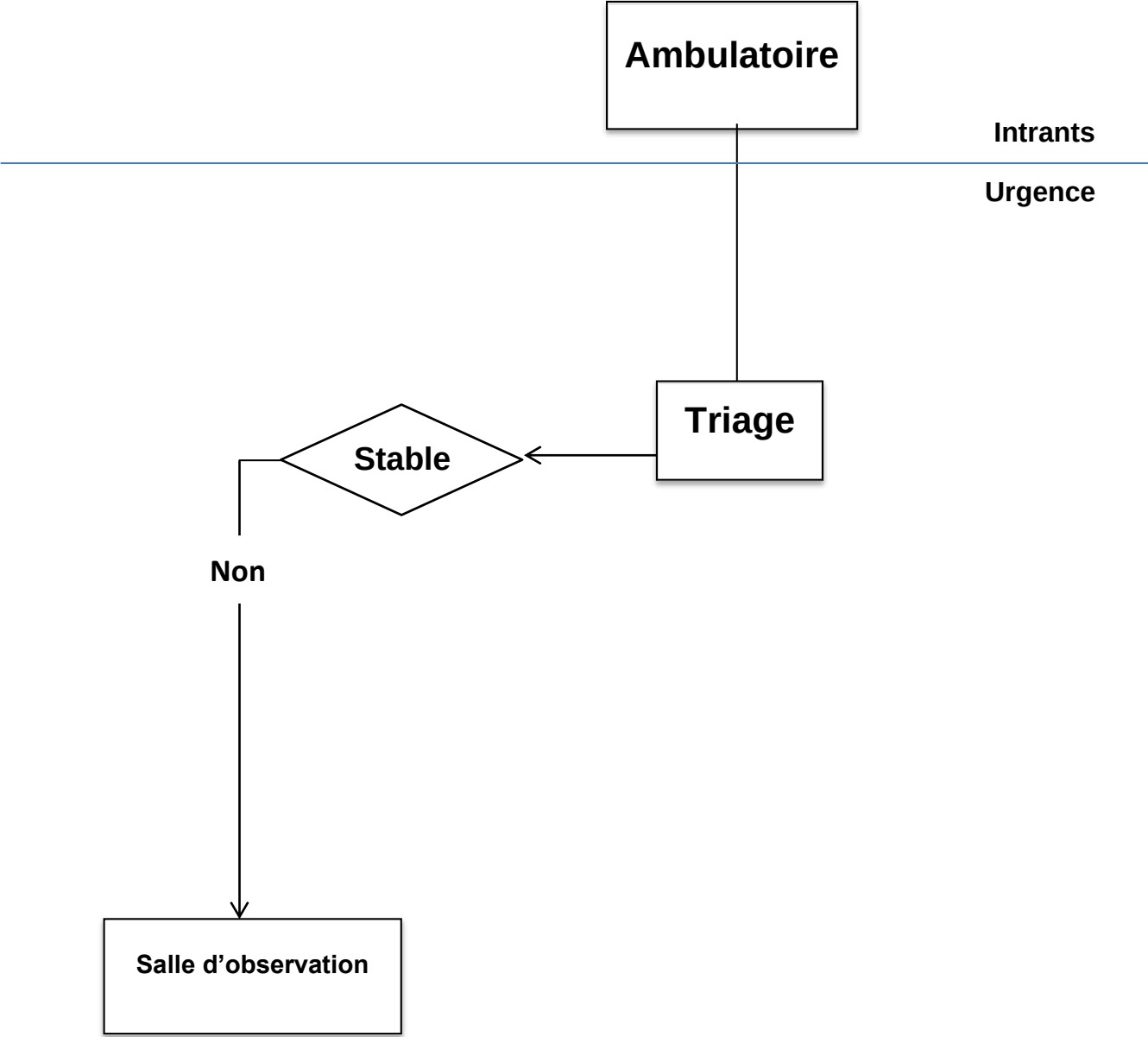
5.4.3 Le patient en salle d'observation

Le troisième circuit est présenté par la figure ci-dessous. Dès le triage, l'état du patient est jugé instable, il sera directement admis en salle d'observation. Il peut l'être aussi dès son arrivée, car il n'a pas la force d'attendre dans la salle d'attente.

Le médecin responsable de la salle d'observation procède à l'examen du patient, prescrit les examens et le traitement nécessaire pour son cas. Un membre de la famille ou l'hôtesse d'accueil assure l'enregistrement du patient et son hospitalisation en salle d'observation.

La durée du séjour au niveau de la salle d'observation peut être de quelque heure à plusieurs jours, et dépend de la disponibilité des places dans le service d'hospitalisation receveur.

Figure 15 : sous-processus salle d'observation.



Extrants

Source : Elaborée par nos soins.

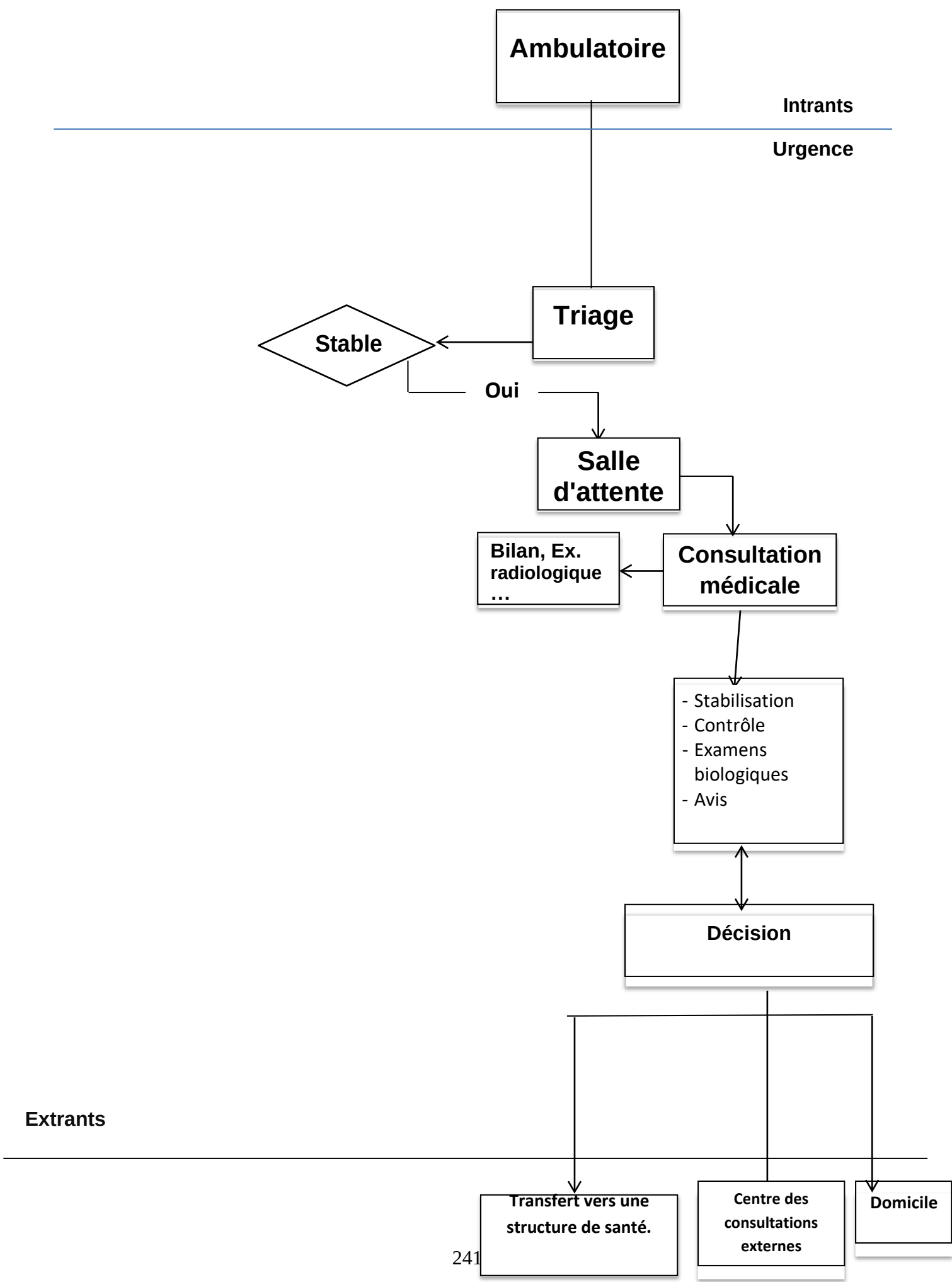
5.4.4 Le processus long

Le plus long circuit du patient est présenté dans le schéma ci-dessous. Il s'agit d'un patient dont l'état de santé permet une durée d'attente plus au moins prolongée, dans la salle d'attente.

A la consultation le médecin décide d'hospitaliser le malade, soit après l'avoir consulté pour la première fois, ou suite à l'analyse des résultats des examens complémentaires demandés.

Le médecin interne au triage a dû juger que son état était assez stable pour qu'il puisse attendre dans la salle d'attente. Cependant, l'état réel, confirmé par les examens complémentaires, indique que le patient doit être surveillé. Par conséquent, il est installé en observation après avoir attendu dans la salle d'attente, ce qui prolonge la durée du séjour du patient dans le service.

Figure 16 : sous-processus le chemin le plus long.



Conclusion de la deuxième section

Dans cette section, nous avons essayé, en premier lieu, de faire une description générale de notre structure d'accueil le CHR AL GHASSANI, qui dispose d'un système d'information qui lui permet de conserver les données médicales et de suivre l'historique des patients. Le PEH élaboré au centre hospitalier constitue l'outil de planification stratégique développé et utilisé par les responsables de l'hôpital.

En deuxième lieu, nous avons essayé de présenter le service des urgences relevant de l'hôpital AL GHASSANI. Nous avons aussi mis en évidence les sous processus pour assurer la prise en charge des patients au niveau du service des urgences. Cette étape est cruciale, et constitue une base dans la construction des tableaux de bords prospectifs.

Conclusion du troisième chapitre

Les développements de ce chapitre ont été guidés par le souci de s'approcher de la structure d'accueil et de son environnement. En effet, l'objectif principal de cette recherche est d'élaborer un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences relevant du CHR EL GHASSANI.

La première section du chapitre a été réservée à la présentation du système de santé marocain. Une attention particulière a été accordée à son évolution dans le temps et surtout aux multiples réformes dont il a fait l'objet. Nous avons approché cette réforme par le prisme du NPM, afin de mettre les liens entre ses principes et les différents axes de la réforme.

Ensuite, nous avons consacré la deuxième section à la présentation du CHR EL GHASSANI et du service des urgences. Nous avons mis l'accent dans un premier temps sur l'organisation juridique de l'hôpital EL GHASSANI entant que SEGMA, et nous nous sommes focalisés sur l'exposition de son système d'information et le projet d'établissement élaborée.

Dans un deuxième temps, nous avons mis l'accent sur l'organisation des urgences au Maroc, et nous sommes penchés à étudier l'un des problèmes majeurs des services des urgences à savoir l'encombrement des patients. Finalement, nous avons procédé à une description détaillée du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI, ce qui nous a permis de décrire quatre sous processus essentiels à la prise en charge des patients au dit service.

Quatrième chapitre. Proposition d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI.

L'hôpital public marocain devrait faire face à des contraintes relatives à la généralisation de l'assurance maladie, à la nécessité de maîtriser les dépenses hospitalières, et à l'exigence de développer des prestations avec les normes de qualité.

Ainsi, dans une mouvance générale de type New Public Management, l'Etat, principal financeur de ce secteur, souhaite rationaliser ses dépenses tout en améliorant la qualité du service rendu. Le secteur de santé fait ainsi l'objet de toutes les attentions des pouvoirs publics qui souhaitent y développer les outils de gestion. Ces derniers sont aujourd'hui développés à tous les niveaux, mais notamment les hôpitaux de deuxième et troisième niveau.

Partant de ce constat d'un développement de l'outillage et de l'arrivée d'une logique de reporting nous avons procédé à l'élaboration des tableaux de bords prospectifs, pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

Cependant, la mise en place d'un système de pilotage de la performance n'est pas chose aisée. Il nécessite d'être outillé, développé et adopté par les équipes. Cette mise en œuvre doit être inscrite dans le cadre d'une démarche de projet, notamment avec la nomination d'une équipe de projet disposant d'un bon niveau de maîtrise et d'expertise dans la démarche de mise en place des outils de gestion.

Face aux manques et aux insuffisances du système d'informations hospitalier, pour répondre à la nécessité de fournir les informations pertinentes à la prise de décision et à la mesure de la performance hospitalière, l'obligation de rendre compte de l'hôpital public se trouve non réalisée.

L'objectif principal de ce chapitre est de présenter la démarche de conception des tableaux de bords prospectifs spécifiques au pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. C'est pourquoi dans une première section, la méthodologie de recherche mobilisée sera présentée. Dans une deuxième section, nous passerons directement à la présentation de la démarche adoptée pour l'élaboration des tableaux de bords prospectifs.

Section 1. Méthodologique de la recherche

La méthodologie représente le chemin qui permet au chercheur de concrétiser son projet de connaissance. Sa discussion fournit au lecteur la reconstitution de la logique des choix effectués. L'objectif de cette section est de présenter la démarche de recherche empirique utilisée. Dans un premier temps, nous justifions notre choix épistémologique, puis dans un deuxième temps, nous exposerons le choix méthodologique.

1 Choix épistémologique de la recherche

Le cadre épistémologique constitue un préalable indispensable pour tout travail de recherche dans la mesure où l'épistémologie oriente le chercheur dans ses actes de production de connaissance. Piaget (1967) a défini l'épistémologie comme l'étude de la constitution des connaissances valables. Cette constitution des connaissances peut se déployer sur trois dimensions ³¹⁴:

- ❖ Une dimension épistémique, qui interroge la nature de la connaissance produite ;
- ❖ Une dimension méthodologique, qui porte sur la manière dont la connaissance est produite et justifiée ;
- ❖ Une dimension axiologique, qui interroge les valeurs portées par la connaissance.

L'épistémologie est considérée ainsi comme une activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées. La réflexion épistémologique permet habituellement de distinguer plusieurs paradigmes de recherche. En sciences de gestion, deux principaux paradigmes sont le plus souvent cités par les auteurs, d'un côté où se situe le positivisme, de l'autre le constructivisme.

Dans les points suivants, nous allons clarifier ces deux paradigmes afin de mettre en valeur l'approche retenue dans ce travail et qui va fonder le choix de notre méthodologie de recherche.

1.1 Positivisme et constructivisme : Deux principaux paradigmes épistémologiques en sciences de gestion

1.1.1 Paradigme positiviste

Le paradigme positiviste repose sur le principe que le rôle du chercheur est de rendre compte de la réalité en adoptant des attitudes d'objectivité et de neutralité vis-à-vis de l'objet de recherche utilisant des méthodes supposées lui permettre de la découvrir et de la décrire telle qu'elle existe. Le chercheur épousant cette démarche inscrira principalement sa recherche dans une démarche hypothético-déductive

³¹⁴ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

ou il formulera des hypothèses et les testera à partir d'une théorie. David (2000)³¹⁵ a retenu trois principes qui caractérisent le positionnement positiviste :

- Principe ontologique : Dans les recherches positivistes, la réalité existe en soi, elle est extérieure au chercheur et possède une essence propre ;
- Principe d'objectivité : il existe des lois qui sous-tendent cette réalité. L'objectif du chercheur est de découvrir cette réalité extérieure à lui, en observant objectivement de loin l'objet réel. Ainsi, le processus d'observation ne doit modifier ni l'objet réel ni l'observant ;
- Principe de la logique naturelle : la logique poursuivie est naturelle, tout ce qui est découvert par logique naturelle est vrai et constitue une loi de la nature.

1.1.2 Paradigme constructiviste

Le paradigme constructiviste considère que la construction de la réalité est faite par le chercheur à partir de sa propre expérience, c'est-à-dire par la confrontation entre ses représentations issues de ses expériences, et l'objet de sa recherche. De ce fait, le chercheur produit des explications qui ne sont pas la réalité, mais une construction susceptible de l'expliquer. Les principes du constructivisme ont été résumés par David (2000)³¹⁶ :

Tableau 19 : Principes du paradigme constructivisme.

Principe de représentabilité de l'expérience du réel	La connaissance est la recherche de la manière de penser et de se comporter qui convient. Nos expériences du réel sont communicables (mobilisables) et la vérité procède de cette adéquation des modèles de notre expérience du monde à cette expérience.
Principe de l'univers construit	Les représentations du monde sont téléologiques, l'intelligence organise le monde en s'organisant elle-même, « la connaissance n'est pas la découverte des nécessités, mais l'actualisation des possibles

³¹⁵ DAVID A. (2000) « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion: trois hypothèses revisitées », Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Vuibert, Paris, p. 83-109.

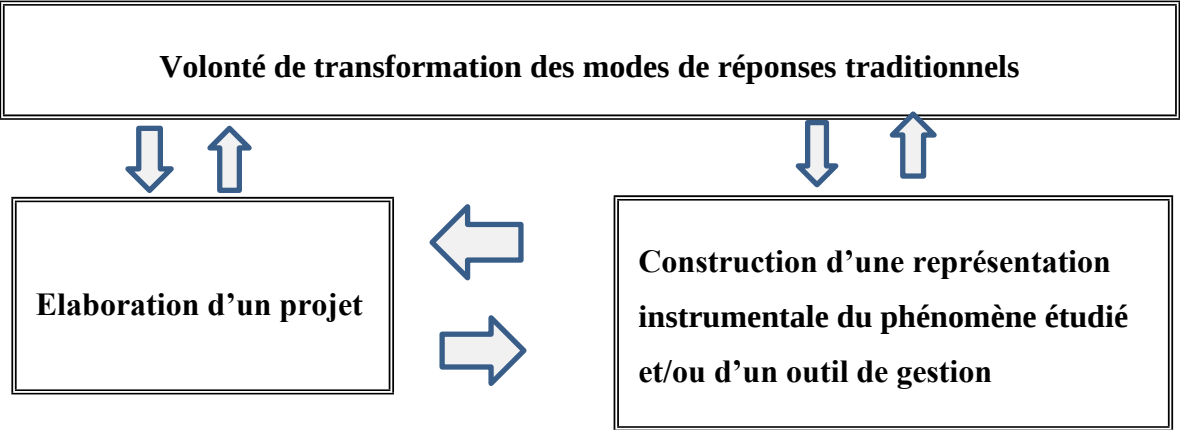
³¹⁶ Idem.

Principe de l'interaction sujet-objet	L'interaction entre le sujet et l'objet (plus précisément : l'image de l'objet) est constitutive de la construction de la connaissance
Principe de l'argumentation générale	La logique disjonctive n'est qu'une manière de raisonner parmi d'autres et n'a pas besoin d'être posée comme naturelle. La ruse, l'induction, l'abduction, la délibération heuristique permettent de produire des énoncés raisonnés.
Principe d'action intelligente	Le rôle du chercheur est d'inventer ou d'élaborer, par toute forme de raisonnement descriptible, une stratégie d'action proposant une correspondance adéquate entre une situation perçue et un projet conçu par le système au comportement duquel on s'intéresse.

Source : David (2000), p. 94

Selon le paradigme constructiviste, il n'existe pas une réalité qu'il serait possible d'appréhender, même de manière imparfaite, mais des réalités multiples, qui sont le produit de constructions mentales individuelles ou collectives et qui sont susceptibles d'évoluer au cours du temps³¹⁷. La réalité est à construire à partir et d'après sa propre expérience : “un objet existe si on est capable de le construire, d'en exhiber un exemplaire ou de le calculer explicitement”.³¹⁸ Par conséquent, la connaissance que propose le constructivisme est une connaissance à la fois contextuelle et relative.

Figure 17 : Construction de l'objet dans l'approche constructiviste.



Source: R.A. Thietart (2004), p. 59

³¹⁷ BENAÏSSA H. (2001) « Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ? 10ème, Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, p :12

³¹⁸ Idem.

Dans la perspective constructiviste, construire son objet, c'est élaborer un projet finalisé. Ce projet est issu d'une volonté de transformation des modes de réponses traditionnelles dans un contexte donné (modes d'action, de pensée...).³¹⁹ La recherche vise à produire des connaissances opératoires, utiles et pertinentes pour l'action. Cette volonté de transformation se traduit souvent par un projet d'élaboration de modèles et/ou d'outils de gestion.

1.1.3 Dépassement du débat positivisme / constructivisme : vers un cadre intégrateur pour les sciences de gestion

Selon David (2000), l'application stricte des deux paradigmes précédents est nécessaire pour réaliser des études partielles, pour contrôler pas à pas des énoncés et des théories. Cependant, ces axiomes deviennent inflexibles pour étudier un énoncé global. Ainsi, nous constatons actuellement la multiplication des approches et l'utilisation de méthodologies croisées pour un même objet. Dans ce sillage, David (2000) a développé un cadre intégrateur qui présente les différentes démarches de recherche possible en sciences de gestion :

Tableau 20 : Cadre intégrateur pour quatre démarches de recherche en sciences de gestion.

		Objectifs	
		Construction mentale de la réalité	Construction concrète de la réalité
Démarche	Partir de l'existant (Observation des faits ou travail du groupe sur son comportement)	Observation participante ou non (I) : Élaborer un modèle descriptif du fonctionnement du système étudié	Recherche-action (II) : Aider à transformer le système à partir de sa propre réflexion sur lui-même sur une optique participative
	Partir d'une situation idéalisée ou d'un projet concret de transformation	Conception de modèles et outils de gestion (III) : Élaborer des outils de gestion potentiels, des modèles possibles de fonctionnement de la réalité	Recherche-intervention (IV) : Aider, sur le terrain, à concevoir et à mettre en place des modèles et outils de gestion adéquats, à partir d'un projet de transformation plus ou moins complètement défini

Source : David (2000), p. 102

³¹⁹ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

Dans ce tableau, David (2000) distingue en colonne deux concepts³²⁰ : « objectif de construction mentale » et « objectif de construction concrète » :

- ❖ Construction mentale : la réalité est construite dans nos esprits, parce que nous n'en avons que des représentations.
- ❖ Construction concrète : la réalité est construite parce que les différents acteurs – y compris les chercheurs – la construisent ou aident à la construire.

Le deuxième critère de distinction utilisé oppose une démarche qui part de l'observation de l'existant (les faits ou le travail d'un groupe) à une démarche qui part d'un projet de transformation au moins partiellement défini (un modèle).

1.1.4 Notre positionnement épistémologique de la recherche

Selon les principes des deux paradigmes présentés ci-dessous, notre recherche se considère comme une recherche constructiviste. En effet, notre objectif à travers ce travail est de rechercher et de ne pas tester une théorie, mais de construire une représentation théorique de la réalité. La réalité n'existe pas elle-même, mais passe par le prisme du chercheur et celui des acteurs de l'organisation.

L'objectif final de cette thèse est de construire un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI. Il y'a ainsi une interaction entre l'objet de recherche et le chercheur, car la connaissance construite est à la fois :

- ❖ Contextuelle, car elle est propre au contexte dans lequel évolue le service des urgences ;
- ❖ Relative, car non absolue, la connaissance construite n'est ni indépendante, ni totale ;
- ❖ Finalisée, car des objectifs de résultats sont fixés au début de la recherche.

Si nous voulons nous référer à la classification adoptée par David (2000) des différentes démarches de recherche en sciences de gestion, nous nous situons dans la case (III) qui regroupe les recherches dont l'objectif est de concevoir des modèles et outils de gestion.

³²⁰ DAVID A. (2000) « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion: trois hypothèses revisitées », Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Vuibert, Paris, p. 83-109.

Ayant précisé notre positionnement épistémologique et notre finalité à travers cette recherche, nous expliciterons dans le paragraphe suivant nos choix méthodologiques.

2 Choix méthodologiques de la recherche

2.1 Orientation de la recherche : Une approche qualitative

La recherche en science de gestion est caractérisée par deux grandes orientations : la construction ou le test d'un objet théorique. Les approches quantitatives sont principalement utilisées pour tester des théories dans le cadre d'une démarche hypothético-déductive alors que les démarches qualitatives servent principalement à construire, enrichir ou développer des théories.

Dans ce travail de recherche, nous avons opté pour une démarche qualitative. En effet, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Elle semble adaptée à notre question de recherche à savoir : comment le tableau de bord prospectif peut-il piloter la performance hospitalière d'un service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI ? La nature des données exploitées a exigé aussi le recours à l'approche qualitative.

Les atouts non négligeables de l'approche qualitative la rendent particulièrement pertinente dans de nombreux contextes et problématiques de recherche. L'intérêt que peut revêtir une étude qualitative pour notre recherche se manifeste à travers plusieurs niveaux :

D'abord, celle-ci est aussi plus adéquate que la méthode quantitative pour saisir et approfondir la relation entre une cause (action, événement...) et la conséquence qu'elle entraîne. Ensuite, l'emploi d'une approche qualitative peut être justifié par son caractère exploratoire intensif notamment, en raison des lacunes quant aux connaissances actuelles sur le phénomène investigué³²¹. Certes, il existe dans la littérature des recherches sur l'élaboration des outils de pilotage de la performance des services de soin, mais il n'y a pas encore (au moins dans le contexte de notre recherche) des études qui portent sur la mise en œuvre d'un tableau de bord prospectif du service des urgences relevant du centre hospitalier régional EL GHASSANI.

En effet, les méthodes qualitatives ouvrent devant elles un nouveau domaine de valorisation, car elles peuvent se positionner au cœur des méthodologies constructivistes des sciences humaines et sociales. Cette méthodologie constructiviste étant porteuse d'innovation théorique et méthodologique qui

³²¹ MARTINE H.R. (2002). « La méthode des cas ». Application à la recherche en gestion. De Boeck Supérieur.

renouvellerait l'intérêt général des décideurs, des praticiens et des chercheurs pour les sciences humaines et sociales³²².

Cependant, la limite de l'approche qualitative réside dans le fait qu'elle s'inscrit dans une démarche d'étude d'un contexte particulier. Cette limite en termes de généralisation conduit à accorder plus de validité externe aux approches quantitatives. À l'opposé, l'approche qualitative offre plus de garanties sur la validité interne des résultats. L'approche qualitative accroît ainsi l'aptitude du chercheur à décrire un système social complexe³²³. La plupart de démarches qualitatives prennent la forme d'études de cas.
324

2.2 Stratégie de recherche : Étude de cas exploratoire hybride

Notre méthodologie qualitative nous pousse à opter pour l'étude de cas. La littérature spécialisée en la matière fournit de nombreuses définitions, mais la plus fréquemment citée est celle de Yin (2003)³²⁵ qui décrit l'étude de cas comme « une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel, lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement, et dans laquelle de multiples sources d'évidence sont utilisées ». L'étude de cas a su s'imposer au sein des approches qualitatives en gestion, comme une stratégie de recherche à part entière. Selon Pierre collerette (1997)³²⁶, l'étude de cas est une technique particulière de cueillette, de mise en forme et de traitement de l'information qui cherche à rendre compte du caractère évolutif et complexe des phénomènes concernant un système social comportant ses propres dynamiques. L'une des caractéristiques fondamentales de cette technique de vouloir rendre compte de phénomènes qui se manifestent dans des contextes qui évoluent.

Les études de cas sont pertinentes lorsque votre recherche porte soit sur une question descriptive « Que se passe-t-il ou s'est-il passé ? », soit sur une question explicative « Comment ou pourquoi quelque chose s'est-il passé ? ». Les autres méthodes ne sont pas susceptibles de fournir les descriptions ou les explications riches pourraient découler d'une étude de cas³²⁷. Il existe ainsi différentes catégories

³²² THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

³²³ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

³²⁴ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

³²⁵ YIN R.K. (2009) « Case Study Research: Design and Methods », cite par P.J Barlatier (2018) « les études de cas ») Edition: Collection Business Science Institute, Chapitre 7, pp.133-146

³²⁶ COLLERETTE P. (1997) « L'étude de cas au service de la recherche ». Recherche en soins infirmiers, pp. 81-88

³²⁷ YIN R.K (2003) « Applications of Case Study Research » cité par Hervé Dumez. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Libellio d'AEGIS, 2011, 7 (4 - Hiver), pp.47-58. fahal-00657925f

d'études de cas dont le choix va être guidé par la nature de la question de recherche et le périmètre de l'étude. Les typologies les plus utilisées sont principalement celles décrites par Yin (2003, 2009)³²⁸.

Tableau 21 : Typologie d'Études de cas.

Yin (2003, 2009)		
Explicative	Descriptive	Exploratoire
Étude de cas qui adresse une problématique visant l'explication de liens causaux présumés entre phénomènes complexes	Étude de cas utilisée pour décrire un phénomène et son contexte.	Étude de cas qui explore un phénomène représentant un point d'intérêt pour le chercheur et qui vise la découverte de nouvelles causalités et/ou résultats.

Source : P.J Barlatier (2018)

Les recherches explicatives servent à expliquer scientifiquement les choses. Les recherches descriptives permettent d'observer, de façon scientifique, une situation ou un événement, et ensuite, de les décrire. Finalement, les recherches exploratoires servent à répondre à l'intention initiale du chercheur de proposer des résultats théoriques novateurs, c'est-à-dire de créer de nouvelles articulations théoriques entre des concepts et/ou d'intégrer de nouveaux concepts dans un champ théorique donné. L'objectif est de produire une explication par l'évaluation de la pertinence d'une hypothèse, d'un modèle ou d'une théorie.³²⁹

Selon Thietart (2004), le processus de recherche exploratoire se décline en trois types ³³⁰:

- L'exploration théorique consiste à opérer un lien entre deux champs théoriques (au minimum) jusqu'alors non liés dans des travaux antérieurs ou entre deux disciplines. Ces champs ou disciplines n'ont pas à être totalement circonscrits par le chercheur.
- L'exploration empirique reste adaptée lorsque le chercheur s'intéresse à des phénomènes mal connus, voire totalement inconnus. Lorsqu'il ne dispose d'aucune base de connaissances potentiellement utilisable,
- L'exploration hybride consiste à procéder par allers-retours entre des observations et des

³²⁸ BARLATIER P.J (2018) « les études de cas » In book : Les méthodes de recherche du DBA) Edition : Collection Business Science Institute Chapitre 7, pp.133-146

³²⁹ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod

³³⁰ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod

connaissances théoriques tout au long de la recherche. Le chercheur a initialement mobilisé des concepts et a intégré la littérature concernant son objet de recherche. Il va s'appuyer sur cette connaissance pour donner du sens à ses observations empiriques en procédant par allers-retours fréquents entre le matériau empirique recueilli et la théorie. La démarche est abductive dans ce cas. L'exploration hybride est une voie qui permet d'enrichir ou d'approfondir des connaissances antérieures.³³¹

La finalité de notre recherche cherche précisément l'élaboration d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière. Au Maroc, la démarche de pilotage de la performance des services de soins est relativement nouvelle dans le contexte hospitalier. Nous utiliserons ainsi une étude de cas exploratoire hybride, en mobilisant à la fois les connaissances théoriques et les observations empiriques.

Au-delà des différentes catégories d'étude de cas, le chercheur doit choisir entre un design de recherche avec un cas unique ou comportant plusieurs études de cas. Le choix d'une catégorie propre au design de la recherche va conditionner le nombre de cas à investiguer. Il est certain que s'intéresser à un cas exploratoire unique implique un design de recherche comportant un seul cas alors qu'il est plus approprié d'étudier plusieurs cas lorsque l'objectif de la recherche est davantage la compréhension d'un phénomène qui vise à être généralisé.

Pour cette thèse, nous utiliserons l'étude de cas unique, soit le service des urgences relevant du centre hospitalier régional EL GHASSANI.

2.3 Justification du choix du terrain d'investigation

Nous avons orienté notre recherche du terrain vers les services des urgences, vu leur complexité et la diversité des soins qu'ils offrent à la population. Aussi, les services des urgences sont considérés la première porte d'entrée des patients dans un hôpital. Pour répondre à notre question centrale de recherche, nous avons cherché une structure de soins susceptible d'être un terrain d'investigation adéquat. Nous avons jugé pertinent le choix du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. Ce choix est motivé par les raisons suivantes :

- La place du service des urgences EL GHASSANI, dans le système d'offre de soins dans la région. il est considéré comme le premier service de recours pour les patients nécessitant des soins urgents de deuxième niveau dans la région Fés-Meknés.

³³¹ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod

- Le service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI offre aux usagers des soins médicaux et chirurgicaux diversifiés. L'activité médicale est bien organisée et contrôlée ainsi que le personnel s'est familiarisé avec les procédures et les conduites à tenir mises en œuvre ;
- Les processus de soins au niveau du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI sont bien structurés ;
- L'adhésion du personnel du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI et leurs accords à utiliser de différentes données (statistiques, activités et financière), nécessaires à mener cette étude. L'acceptation et la coopération du personnel sont décisives dans le conduit d'une étude complexe tel que l'élaboration d'un tableau de bord ;
- Les informations médicales et les données de statistiques sont bien entretenues par le personnel du service.

L'étude de cas nous permet d'effectuer des observations dynamiques à partir d'un grand nombre de variables en interaction qu'elles soient historiques, contextuelles ou circonstanciées. Nous avons choisi l'approche du terrain pour essayer d'en extraire d'une démarche pratique d'élaboration d'un tableau de bord prospectif, notamment pour :

- ❖ Analyser les processus de soin ;
- ❖ mettre en œuvre une stratégie, des objectifs stratégiques et des objectifs opérationnels spécifiques au service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI ;
- ❖ Proposer des indicateurs pertinents.

2.4 Mode de Raisonnement : Démarche de recherche abductive

Avant d'aborder la recherche, le chercheur doit se poser la question suivante : quel mode de raisonnement mobiliser pour produire des connaissances ?

Selon Perret (2008)³³², la formulation de la question de recherche dépend du caractère déductif, inductif ou abductif de la recherche envisagée. Dans une approche déductive, plus souvent qualifiée d'hypothético-déductive, il s'agit de tester, par le biais d'hypothèses, une théorie ou de mettre à l'épreuve dans des situations particulières un certain nombre de connaissances développées préalablement. Une recherche inductive vise à construire des connaissances nouvelles à partir de l'étude de situations empiriques.

³³²PERRET G. et al. (2008) « Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion » Pearson Education France, p. 475

Plus récemment, la notion d'abduction a été reprise dans les recherches qualitatives en sciences de gestion. En particulier, pour Koeing³³³ : « alors que l'induction vise à dégager de l'observation des régularités indiscutables, l'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter ».

Généralement, la déduction et l'induction n'apportent pas des explications ; alors que la première est purement analytique (la déduction ne produit aucune nouvelle connaissance, puisque les affirmations ou les conclusions sont déduites à partir d'hypothèse générale, de prémisses ou d'un cadre théorique : elles y sont déjà inscrites), la seconde est plutôt synthétique (la règle résulte de l'observation répétée de faits réels et contingents) en remontant du particulier (données, cas et situations singuliers) au général (une loi, une théorie, une connaissance générale).³³⁴

Une recherche abductive procède par allers-retours successifs entre le travail empirique effectué et les théories et concepts mobilisés pour appréhender les situations empiriques étudiées, et en construire des représentations intelligibles, en vue de la construction progressive de connaissances en relation avec des savoirs déjà admis.³³⁵

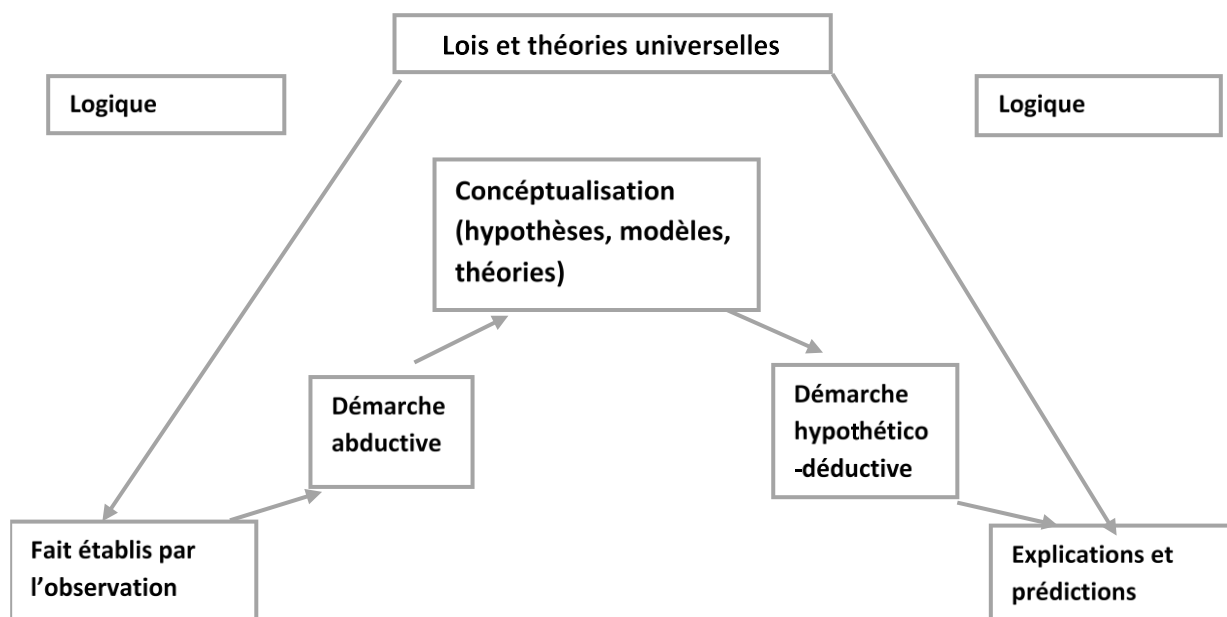
Thitart (2004) a résumé dans la figure suivante la différence entre les différents modes de raisonnement et connaissance scientifique.

³³³ KOENIG G. (1993) « Production de la connaissance et construction des pratiques organisationnelles » Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 9, novembre 1993

³³⁴ MARTIN O. (2010), « Induction -déduction», in Paugam Serge (dir), les 100 mots de la sociologie» Paris, presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? » p. 13-14.

³³² PERRET G. et al. (2008) « Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion » Pearson Education France, p. 475

Figure 18 : Modes de raisonnement et connaissance scientifique.



Source : Thitart (2004), p.78

Un raisonnement déductif va du général au particulier, alors qu'un raisonnement inductif est marqué par la volonté de progresser du particulier au général. L'induction et la déduction se distinguent par le caractère démonstratif ou non des inférences faites.

D'après Thitart (2004), le chercheur en management procède le plus souvent par abduction ou adduction³³⁶. En effet, il est fréquent que le chercheur explore un contexte complexe, empreint d'observations nombreuses, de différentes natures et au premier abord ambiguës. Il va tenter alors de structurer son système d'observations pour produire du sens. L'objectif n'est pas réellement de produire des lois universelles, mais plutôt de proposer de nouvelles conceptualisations théoriques valides et robustes, rigoureusement élaborées ;

Si le résultat final ou output de l'exploration (à l'aide d'une démarche abductive) prend la forme d'objets tels que des concepts, des hypothèses, des modèles ou des théories, ces objets constituent en revanche le point de départ du processus de test (à l'aide d'un raisonnement déductif).

³³⁶ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod

L'aboutissement de sa recherche prendra la forme soit d'un ou de plusieurs concepts nouveaux, soit d'un jeu d'hypothèses, soit d'un modèle, soit d'une théorie.³³⁷

Dans le cadre de notre thèse, c'est la démarche abductive qui nous est apparue la plus adaptée pour répondre à notre question centrale de recherche. Nous avons opté pour le choix d'une position intermédiaire, réaliste et pragmatique, adaptée à notre discipline. Notre raisonnement, en conséquence, n'est ni strictement déductif ni strictement inductif, mais se situe entre ces deux extrémités. C'est un raisonnement abductif basé à la fois sur les connaissances théoriques et empiriques. Ainsi, nous allons chercher tout au long de la recherche à réaliser des allers-retours entre la théorie et le champ empirique, en visant constamment à approprier leur complémentarité.

L'intégration du terrain de recherche est précédée par une étude préalable du contexte réel, et une certaine maîtrise de la littérature sur les modèles et méthodes de pilotage de la performance hospitalière.

Dans le cadre de notre recherche, les apports de la littérature nous servent de guide sur le terrain pour collecter les données, puis au cours de l'analyse. De plus, l'étude de cas nous obligera à restructurer notre recueil des données. Ainsi nous allons aborder le terrain avec des thèmes d'étude et des questions générales, issues de notre revue de la littérature. Ces questions seront affinées et précisées au fur et à mesure du déroulement de la recherche, par une confrontation permanente des données recueillies aux concepts étudiés.

En outre, le raisonnement abductif consiste à interpréter les données issues de nos études de cas, en les confrontant à la littérature existante, et ce, pour élaborer des conclusions plausibles qu'il conviendra de tester ultérieurement pour tendre vers le statut de règles.

2.5 Méthodes de collecte des données

Le terrain de la recherche qualitative nécessite une capacité à reconnaître la diversité. Il consiste le plus souvent à recueillir des données permettant une démarche compréhensive et interprétative. Les méthodes de collecte de données reposent sur un travail descriptif et de questionnements, basés sur trois critères³³⁸ :

- ❖ Pourquoi ? Le travail de collecte de données doit viser à répondre à un objectif précis : obtenir des informations pour répondre à la question de recherche ;

³³⁷ THIETART, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod

³³⁸ SAWADOG H. P. (2021) « L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête », Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines

- ❖ Quoi observer ? Il doit porter sur un objet limité dans le temps, géographiquement et sociologiquement ;
- ❖ Comment ? Il doit suivre une démarche, c'est-à-dire une suite de procédures plus ou moins standardisées : obtenir ces informations avec l'aide d'une méthodologie construite à l'avance.

Selon, K. Laurence (2014)³³⁹, les principales techniques de collecte de données qualitatives utiles pour mener une recherche en soins de santé sont les entretiens individuels et l'observation. Nous avons ajouté l'analyse des documents en raison de la nature du sujet et de la complexité de la problématique de recherche.

2.5.1 L'Observation

L'observation est l'une des méthodes de l'approche qualitative permettant au chercheur d'observer le terrain d'étude, ce qui favorisera sa description et sa compréhension. Elle permet donc de décrire le contexte et les états des lieux en procurant au chercheur la possibilité d'embrasser un regard étendu sur l'ensemble du terrain.

De ce fait, commencer par l'observation dans l'étude est une étape cruciale qui permet de découvrir le contexte général du terrain. Le chercheur n'a pas besoin de s'adresser directement à un groupe d'enquêtes pour collecter les données. Il peut, grâce à sa présence sur place, accéder lui-même aux informations nécessaires à sa recherche. En plus, les informateurs peuvent parfois déformer la réalité des faits à cause de leur préoccupation excessive du travail qu'ils peuvent même ignorer les propriétés de leur entourage. Pour cette raison, il est indispensable que le chercheur retienne cette méthode pour avoir une vision objective sur l'ensemble du terrain ; ce qui va permettre de mieux préparer la suite de l'enquête par entretien et questionnaire.

2.5.1.1 Types d'observations

L'approche qualitative décrit et explique les phénomènes de façon détaillée à partir d'un nombre limité d'observations. Il existe, selon le contexte, la nature des données à collecter et la population ciblée, deux différents types d'observations :

- L'observation non participante, appelée aussi l'observation désengagée, permet au chercheur de comprendre le contexte, tout en gardant une distance. Elle consiste ainsi à observer en silence sans

³³⁹ LAURENCE K., WENDY C. (2014) « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances » Dans Reflets et perspectives de la vie économique (Tome III), p.67 - 82

prendre par du contact avec le public. Le chercheur n'intègre pas le groupe, il garde ses distances vis-à-vis des sujets ciblés et se contente de les observer de manière anonyme et discrète.

- L'observation participante permet au chercheur de poser librement des questions aux participants de l'étude afin de soutirer l'information. Elle permet généralement de s'intégrer progressivement aux activités d'un domaine spécialisé où l'observateur devient lui-même le principal instrument d'observation. Elle s'agit, selon Blanchet (2000)³⁴⁰, d'une « période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période, des données sont systématiquement collectées en participant soi-même aux situations qui les produisent ». Le chercheur peut comprendre, alors, le monde social de l'intérieur grâce à son interaction directe avec le groupe qu'il observe.

Pour les fins de cette recherche, nous avons dû faire de l'observation participante. Effectivement, pour bien comprendre le processus de soins étudié, nous devons observer le contexte du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI avec une implication dans les différentes activités du processus. Cette observation nous a permis d'identifier les activités, les acteurs et les ressources jouant un rôle dans le processus de soins des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

L'observation, lors de cette étude, a consisté à faire une visite des endroits où ont lieu les activités relatives à la prise en charge des patients. La visite des lieux s'est effectuée plusieurs fois. Nous avons pu voir l'ensemble des salles du service et des unités d'hospitalisation, les matériaux disponibles, le personnel (médical et paramédical) et les agents impliqués dans les différentes activités du service des urgences. Cela nous a donc permis de comprendre et de modéliser les processus de soins des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

2.5.2 Recours aux entretiens semi-directifs

L'entretien est une méthode qualitative, à usage complémentaire de l'enquête empirique, qui peut prendre plusieurs formes : non directive, semi-directive ou thématique. Il sert à contextualiser des résultats obtenus préalablement par observation ou recherche documentaire et peut être utilisé à différentes phases du processus de la recherche. Pour Pellemans³⁴¹, l'entretien met en présence : un enquêteur et un informateur : « l'interaction mutuelle de ces deux personnes permet d'explorer dans le détail les attitudes, les opinions et les motivations du répondant. »

³⁴⁰ BLANCHET P. (2000) « Linguistique de terrain. Méthode et théorie (une approche ethnosociolinguistique) » Presses universitaires de Rennes. p. 41.

³⁴¹ PELLEMANS P. (1999) « Recherche qualitative en marketing » Ed DeBoeck Université, Paris, p86.

Selon A. Blanchet et Gotman ³⁴²: « le recours à l'entretien sert (...) à contextualiser des résultats obtenus préalablement par questionnaire, observation ou recherche documentaire. (...) [Il permet] alors l'interprétation des données déjà produites ».

L'entretien est différent des autres formes de recueil des contenus verbaux. Pour (Ibert et al)³⁴³, c'est « une technique destinée à collecter dans la perspective de leur analyse, des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient des individus ». L'entretien était considéré au départ comme un outil irrecevable d'un point de vue scientifique, c'est aujourd'hui une technique de recherche à part entière, à la fois sur le plan des résultats et des fondements théoriques.

Ainsi, pour la réalisation de la présente étude, nous avons fait recours à l'entretien dit :

- Exploratoire : si cette technique a été mobilisée au début, précisément au stade de préenquête, nous l'employons dans cette phase de collecte de données en tant que méthode d'observation systémique. L'objectif, ici, est de récolter des informations susceptibles d'apporter des réponses pertinentes à notre question de recherche. Le caractère exploratoire de nos entretiens nous permet d'identifier des éléments importants nécessaires à la construction du modèle.
- Individuel : le fait de nous entretenir avec nos sujets, un par un, crée un cadre d'interaction personnalisé, susceptible de nous faciliter la tâche de retracer le parcours de soins en urgences et de comprendre, le rôle de chacun dans les processus de prise en charge des patients. Les méthodes d'entretiens individuels (par opposition à l'entretien collectif ou de groupe) se caractérisent par la souplesse, l'adaptabilité au sujet et au contexte, la facilité de rendre compte des différentes expériences.

Il est très difficile de dresser une liste d'entretiens, il existe vraisemblablement plus d'une dizaine. Toutefois, selon Ibert et al (1999)³⁴⁴, il est possible de distinguer selon les critères de degré de directivité du chercheur et le niveau de profondeur visé, trois catégories d'entretien :

- L'entretien directif basé sur une suite de questions courtes et précises ayant un objectif confirmateur ;
- L'entretien non directif dans lequel la personne interrogée qui choisit le sujet à traiter ;
- L'entretien semi-directif qui offre une flexibilité à l'intervieweur et laisse une grande liberté d'expression au répondant. Notons que le choix d'un type d'entretien ou d'un autre n'est pas neutre, au contraire, il détermine la nature des données à collecter et les résultats obtenus.

³⁴² A. Blanchet, et A. Gotman (2007), L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Ed Armand Colin, Paris, p.43

³⁴³ Ibert J, Baumard P, Donada C & Xuereb J M (1999) « La collecte des données et la gestion de leurs sources » Méthodes et recherche en management Chapitre IX, Paris Dunod.

³⁴⁴ Idem.

Après l'étude préliminaire, nous avons abordé le terrain avec un projet de recherche plus mûr, une vision plus claire et une série de thèmes préalablement définis. Au final, les données principales de la présente étude proviennent essentiellement des entretiens semi-directifs approfondis. Selon des thématiques à explorer -déterminées au préalable- en tenant compte de la possibilité que l'ordre de ces thématiques et leur formulation puissent être modifiés (si le sujet interviewé évoque lui-même certains d'entre eux ou si des questions sont abandonnées au profit d'autres. Nous nous sommes présentés en tant que chercheur et professionnel de santé très concerné par le domaine de gestion des services de soins. Afin d'établir un lien de confiance, nous avons expliqué aux interviewés l'intérêt et l'objectif de la recherche ainsi que l'utilité de l'entretien. Nous avons aussi annoncé le caractère anonyme des entretiens (le nom des interviewés ne sera pas cité dans la recherche).

Après avoir donc demandé, de manière officielle, les autorisations auprès des interviewés, nous nous sommes présentés aux rendez-vous appropriés pour chacun afin de respecter les horaires de leur disponibilité. Nous avons ciblé les différentes catégories du personnel (Médecin chef des urgences, médecins spécialistes, cadres administratifs aux différents pôles, les infirmiers, l'infirmier chef...). La population ciblée par les guides d'entretien est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 22 : Acteurs entrevus et leurs nombres.

Les acteurs entrevus	Nombre
Médecin spécialiste	8
Médecin chef des urgences	1
Infirmier chef des urgences	1
Cadre administratif, pôle des affaires administratives	8
Cadre infirmier, pôle des soins infirmiers.	6
Médecin, pôle des affaires médicales	6
Infirmiers (services des urgences)	7
Total	37

Source : Élaboré par nos soins

Le choix des questions a été principalement conditionné par le type d'information recherchée nécessaire à l'élaboration d'un tableau de bord prospectif.

2.5.3 Observation et analyse documentaire

L'observation documentaire est un instrument de collecte de l'information très utilisé en recherche qualitative. La très grande majorité des recherches en sciences sociales et humaines s'appuie, d'une façon ou d'une autre, sur la documentation de toute nature, et ce dans la majeure partie des différentes étapes composant la réalisation d'une recherche³⁴⁵.

Sabourin (2009)³⁴⁶ postule qu'un document n'est pas uniquement trace de contenu, mais aussi d'une organisation de ces contenus traduisant ainsi, le fait que les dires et les écrits font état d'une connaissance du monde plutôt que de simplement contenir des informations à propos du monde vécu.

Selon Loiseau (2017)³⁴⁷, l'observation documentaire est un outil de collecte de l'information consistant à recueillir des informations de différentes natures (textuelles, graphiques, statistiques...) contenues dans des sources primaires, secondaires et tertiaires diffusées sur différents supports afin de les analyser dans le cadre d'une recherche.

Dans une démarche exploratoire, l'analyse documentaire est une source des données importante. Les documents analysés peuvent provenir des sources internes ou externes. Les données internes sont constituées des informations produites par l'organisation. Ces documents reflètent l'histoire de l'organisation, les actions, les événements, la périodicité des activités, les décisions, etc. En d'autres sens, les documents internes constituent la mémoire de l'organisation. Les données internes fournissent des informations dont les responsables ne divulguent pas spontanément lors des entrevues. Les données internes sont également un excellent support pour se familiariser avec le contexte de l'étude³⁴⁸.

Les données externes désignent l'ensemble des informations produites à l'extérieur de l'organisation, mais concernent l'établissement sujet d'études. Les publications gouvernementales et des organismes publics nationaux ou internationaux ainsi que les publications privées sont des sources de données

³⁴⁵ LOISEAU H. (2019) « L'observation documentaire à l'ère du cyberspace » recherches qualitatives – Hors-série – numéro 24 – pp. 20-35.

³⁴⁶ SABOURIN P. (2009) « L'analyse de contenu » Publié dans Recherche sociale, 4eme édition. Presses de l'Université du Québec, chapitre 15.

³⁴⁷ LOISEAU H. (2017) « Les défis méthodologiques du cyberspace en sciences sociales et politiques » Presses de l'Université du Québec, p. 37-66

³⁴⁸ Thiétart, R. (2014). Méthodes de recherche en management. Dunod.

secondaires. Les données des documents externes peuvent procurer des informations très riches et complètes.

En rapport avec cette recherche, nous avons pu avoir des documents, principalement des sources internes. L'utilisation de données archivées des différents documents est souvent pertinente dans l'étude de cas. Les données archivées de l'hôpital EL GHASSANI sont contenues principalement dans des bases de données informatisées (SIH, fichiers Word et Excel), mais aussi dans des supports papier (registres et dossiers).

Ces documents ont constitué des sources importantes permettant de concevoir le tableau de bord prospectif afin de piloter la performance du service des urgences.

2.6 Méthodes de condensation et d'analyse des données

La démarche d'analyse utilisée pour produire les résultats de notre recherche comprend deux niveaux : la condensation des données et l'organisation des données pour extraire les résultats. Selon les travaux de (Huberman & Miles).³⁴⁹ La condensation comprend « l'ensemble des processus de sélection, centralisation, simplification, abstraction et transformation des données brutes de terrain ». Les auteurs ajoutent « la condensation est une forme d'analyse qui consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions finales. Ainsi, on ne peut pas dissocier la condensation des données de l'analyse. ».

En raison du caractère complexe du sujet lié à la quantité d'information importante à collecter (donnée d'activité, de statistique et financière), nous avons été amenés à condenser et à analyser de façon manuelle et périodique de différentes informations collectées dans des supports-papier et électroniques (Word et Excel), sous forme des comptes rendus et des schématisations.

2.6.1 Rédaction des comptes rendus et des schématisations

La scientificité d'une recherche qualitative réside dans sa capacité à expliciter toutes les étapes de son déroulement. Afin d'être en mesure de retracer (et de communiquer) son cheminement, le chercheur accorde donc une attention particulière aux traces de son activité. Un compte-rendu comporte toujours trois informations relatives aux notes qu'il contient ³⁵⁰ :

- Un titre (qui permet de l'identifier) ;

³⁴⁹ MILES B.M& HUBERMAN. A.M. (2003). « Analyse des données qualitatives » (traduction de la deuxième édition américaine. Paris. De boeck supérieur.

³⁵⁰ LEJEUNE C. (2014) « Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer » Louvain-la-Neuve, De Boeck, ISBN : 978-2-8011-1749-1.

- Une date (qui permet de le situer dans le fil de la démarche) ;
- Un ancrage (qui mentionne d'où découle le compte-rendu).

Dès le début de notre recherche, nous avons essayé d'enregistrer précieusement les informations collectées dans des supports de prise de note. La quantité d'information à collecter nous a amenés à prendre des notes à différents moments, en différents lieux et dans toutes sortes de circonstances. Nous avons emporté toujours un carnet et un crayon, car la souplesse et le poids du carnet de poche n'entravent pas les mouvements. Le carnet se laisse donc oublier le reste du temps, à la différence d'un support plus grand, qui retient l'attention des acteurs et favorise l'assimilation du chercheur à un inspecteur, un contrôleur ou un expert. Sa taille permet de le glisser dans une poche, de sorte qu'il ne soit visible lors de la prise des notes.

Les notes ont été par la suite retranscrites et reformulées sous forme des comptes rendus. Celui-ci garantit à la fois l'ancrage et la validation de sa démarche.

Parallèlement à ses prises de notes, nous avons essayé de dresser des tableaux et de dessiner des diagrammes. La schématisation nous a permis principalement la description et la modélisation des processus de soin au service des urgences. Nous avons utilisé plusieurs tableaux et figures afin de présenter les différentes étapes de mise en œuvre des tableaux de bords prospectifs.

2.6.2 Traitement et analyse des données

Les données qualitatives obtenues à partir des entrevues et de l'observation peuvent être analysées à l'aide de logiciels d'analyse de données qualitatives désormais disponibles. Les domaines d'intérêt doivent servir de cadre de base à l'analyse. Quelle que soit la méthode utilisée pour analyser les données qualitatives, les objectifs sont³⁵¹ :

- Collationner les informations sur chacun des domaines ;
- Fournir des éléments pour réaliser une synthèse.

Dans cette recherche, nous avons utilisé le Microsoft Excel comme outil d'organisation et d'analyse des données. En effet, malgré l'évolution des logiciels de traitement et d'analyse qualitative, Microsoft Excel reste encore un des outils d'analyse des données très puissants. Le choix de l'outil a été motivé par la maîtrise de son utilisation de l'outil et sa capacité à répondre aux différents besoins en matière de présentation sous forme : textes, tableaux, ou graphes.

³⁵¹ LEJEUNE C. (2014) « Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer » Louvain-la-Neuve, De Boeck, ISBN : 978-2-8011-1749-1.

Nous avons ainsi utilisé principalement l'outil Microsoft Word pour la saisie et le traitement de textes et l'outil Excel pour l'analyse des données en vue de la détermination des indicateurs ainsi que les statistiques y afférentes.

Conclusion de la section :

Les positionnements épistémologiques et méthodologiques d'une recherche ne sont pas donnés a priori. Ils dépendent au contraire largement de la nature de la question de recherche et du contexte dans lequel se trouve le chercheur. Le contexte hospitalier dans lequel nous observons la réalité et les contraintes liées au terrain nous ont amenés à un choix épistémologique constructiviste avec une approche de recherche qualitative. Les différentes méthodes utilisées dans le cadre de l'approche qualitative permettent de collecter les données de manière détaillée et diversifiée.

L'étude de cas, qui constitue une approche très utilisée dans les études qualitatives comme stratégie de recherche, semble adéquate pour répondre à l'objectif de notre travail à savoir l'élaboration d'un tableau de bord prospectif dans un service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. Les informations sont collectées par trois techniques principales : entretiens, documents et observations.

Notre recherche s'inscrit dans une démarche abductive avec une stratégie d'exploration hybride consistant à procéder par aller-retour entre des observations empiriques et des connaissances théoriques tout au long de la recherche.

Section 2 : Résultats de la recherche

Cette section a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche. Les données nécessaires pour l'élaboration des tableaux de bords prospectifs pour le service des urgences ont été organisées pour les rendre facilement exploitables.

Nous avons essayé d'adopter et d'appliquer une démarche rigoureuse dans l'établissement des tableaux de bords prospectifs, à partir de la définition de la performance hospitalière par les différents acteurs internes, jusqu'à la présentation des tableaux de bords finales.

Dans cette section, nous présenterons dans un premier temps, les prérequis nécessaires à la mise en place des tableaux de bords prospectifs dans le service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. Dans un deuxième temps, nous expliquerons la démarche proposée pour la conception des tableaux de bords prospectifs nécessaires au pilotage de la performance hospitalière du service des urgences.

Sous-section 1 : Prérequis à la mise en place des tableaux de bords prospectifs dans le contexte hospitalier marocain

La mise en place d'un système de pilotage de la performance fait l'objet d'une démarche de projet dont l'équipe dispose de l'expertise nécessaire principalement dans la définition du concept de la performance hospitalière, et une stratégie spécifique au service étudié.

Avant d'entamer ces deux points, nous attirons l'attention sur une des premières contraintes rencontrées dans la préparation de l'étude : la méconnaissance du modèle par les acteurs internes du service des urgences et la direction. Nous avons donc gardé ce fait à l'esprit lorsque nous avons présenté le cadre théorique de notre étude à la direction et aux acteurs internes du service. Les TBP sont peu utilisés dans le contexte hospitalier marocain, donc nous avons ce premier défi à relever. D'ailleurs, voici la constatation d'une des personnes suite lors de l'implantation :

« L'utilisation des outils aussi développés comme le tableau de bord prospectif est peu connue, il me semble que cette pratique n'est pas encore très répandue dans le milieu hospitalier » **Cadre administratif, pôle des affaires administratives³.**

« Certainement c'est une expérience riche en apprentissage, nous avons l'habitude d'utiliser des tableaux de bord classiques avec que des indicateurs quantitatifs. Aujourd'hui on utilise un outil méconnu, mais avec une très forte valeur ajoutée à l'évaluation de la performance de notre service... » **Infirmier chef, service des urgences.**

« C'est la première fois que j'entends parler de tel outil, on a l'habitude de manipuler des tableaux avec plein des lignes et colonnes. Je pense qu'aujourd'hui l'information est organisé d'une manière beaucoup plus pertinente » **Médecin spécialiste⁶.**

L'élaboration a donc nécessité une mise à niveau théorique avant d'en faire la mise en œuvre.

Chaque rencontre et chaque interview a été l'occasion pour présenter et expliquer le modèle mobilisé, les quatre axes stratégiques et son fonctionnement.

1 La performance hospitalière : un concept complexe aux dimensions multiples

Les résultats de thème performance sont présentés à travers plusieurs sous thèmes à savoir : la perception de la performance par les acteurs, les dimensions et déterminants de la performance.

1.1 La perception de la performance hospitalière par les acteurs internes :

Dans le présent sous thème, nous procédons à une analyse de différentes perceptions des acteurs du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI sur le concept de la performance. Il n'existe pas une perception unanime du concept de la performance. Si pour certains il se reflète par la qualité, la capacité d'innovation, la maîtrise des dépenses, la satisfaction des patients, la capacité de répondre aux besoins de la population, une bonne coordination entre les différents services et le service des urgences, d'autres acteurs affirment que le concept de performance n'a pas de place dans les services hospitaliers, rejetant ainsi tout essai de définition.

Nous résumerons ici les réponses de quelques interviewés décrivant les éléments qui reflètent la performance : « *la performance dans un service des urgences, je pense qu'en tant que médecin ma première préoccupation et de fournir des soins de qualité aux malades... donc la performance pour moi c'est la qualité.* » **Médecin spécialiste1.**

« *Les patients de nos jours sont de plus en plus exigeant, nous sommes appelés à répondre à leurs exigences en termes de prises en charges, disponibilités de technologies de pointe nécessaires au diagnostic et au traitement. Nous sommes dans l'obligation de faire évoluer la gamme des services offerts aux patients au niveau de notre service des urgences. Donc, si vous me demandez de caractériser la performance en un seul mot, je dirais : répondre aux besoins de la population* » **Médecin spécialiste2.**

« *Pour moi la performance c'est assurer une bonne coordination entre les équipes travaillant aux urgences et les services hospitaliers et médicotechniques. C'est-à-dire, pour un bon fonctionnement du service des urgences, il ne faut pas attendre un problème pour le résoudre, mais il faut l'anticiper, l'éviter. Donc, les services doivent veiller à ce qu'aucun dysfonctionnement ne perturbe la prise en charge des patients au niveau des urgences* ». **Médecin chef des urgences.**

« *Nous opérons dans un domaine en perpétuelle évolution. Malheureusement, nous cherchons à résoudre des problèmes nouveaux, par des solutions dépassées. Pour être performant, nous sommes appelées à innover. Innover sur le plan managérial, médical et soins infirmiers* ». **Cadre administratif, pôle des affaires administratives1.**

« *Il faut admettre que le service des urgences et l'un des services les plus consommateurs des ressources. Les différents acteurs doivent consolider leurs efforts pour mettre fin au gaspillage et à l'utilisation irrationnelle des ressources. Donc, si on doit définir le concept de la performance, il est impératif de passer par la maîtrise des dépenses* » **Cadre administratif, pôle des affaires administratives4.**

« A mon sens on est un service public dont la mission principale est de garantir la santé des citoyens. Pourquoi alors nous imposer des termes adaptés à d'autres secteurs. Nous n'avons ni les moyens, ni les outils et ni le savoir approprié pour performer dans nos services » **Médecin généraliste1**

A la lumière des affirmations précédentes, nous remarquons que le concept de la performance n'est pas bien cerné. Les différents acteurs ne partagent pas une même vision de la performance. Leurs perceptions peuvent être traduites de différentes manières, et le concept de la performance n'a de sens que pour ceux qui s'y réfèrent.

Nous constatons aussi une différence de perception entre les catégories des soignants (Médecins et infirmiers) et non soignants (administrateurs). Parfois même cette distinction peut être observée au sein d'une même catégorie des professionnels. Il ne faut donc pas être surpris de trouver des significations abondantes de ce concept. Dans le tableau ci-dessous nous examinons les différentes acceptations du concept de la performance hospitalière exprimées par nos répondants :

Tableau 23 : Acceptations du concept de la performance par les acteurs internes.

	Conceptions	Nombre des acteurs hospitaliers concernés	Nombre des acteurs hospitaliers exclusifs
Rejet	La notion de performance est rejetée, non adaptée à un contexte hospitalier, ou les valeurs humaines doivent régner.	02	02
Acceptation du concept de la performance.	La performance est synonyme de bien – être humain, à la fois des usagers et des acteurs internes	22	12
	La performance n'est autre que l'efficience : l'atteinte des objectifs organisationnels passent par une maîtrise des coûts.	10	05
	La performance est acceptée autant que l'efficacité.	12	07

	La performance fait référence à un esprit de partage des moyens et une coopération intra et inter organisationnelle.	25	03
	La performance se traduit au pluriel, elle englobe à la fois l'économique, l'organisationnel et l'humain.	08	08

Source : Elaboré par nos soins

1.2 Les critères de la performance hospitalière

Les critères de la performance dans les verbatim font allusion à l'efficacité, la qualité, la satisfaction ... cela signifie que le choix des critères de performance est lié au statut et aux rôles des acteurs dans l'organisation. A titre d'exemple :

« Plein de critères me passent à la tête pour définir la performance, ... c'est difficile de les désassocier : la qualité du service rendu, la satisfaction des patients, la réponse aux besoins des patients » **Médecin généraliste, Pôle des affaires médicale1.**

« Vous me demander de cerner le terme performance hospitalière en un seul mot, c'est une mission difficile. La performance hospitalière est inhérente à plusieurs critères, par exemple : les réclamations des patients, la durée de séjour, l'infection nosocomiale, et même l'absentéisme. La liste est longue... » **Cadre infirmier, pôle des soins infirmiers1.**

« La difficulté de notre mission, se traduit par la difficulté de vouloir cerner la notion de performance en un seul critère. Sur le plan soins je peux citer : le temps d'attente, le nombre de retour aux urgences, hospitalisations depuis les urgences. Sur le plan managérial : recettes réalisées au niveau des urgences, compétence des ressources humaines... » **Cadre administratif, pôle des affaires administratives2.**

« Pour moi il n'existe pas un seul critère mais plusieurs, car tous simplement la performance se conjugue au pluriel. La performance c'est la maximisation de la satisfaction de nos patients, la performance c'est introduire des solutions thérapeutiques moins coûteuses, la performance est aussi une réponse rapide est adaptée aux besoins de la population » **Médecin spécialiste5.**

Les critères de performance évoqués par nos répondants varient entre des critères quantitatifs et d'autres critères d'ordre qualitatif. Leurs définitions traduisent la perception de chaque acteur, conditionnée à notre sens par leurs fonctions.

1.3 Les outils de mesure de la performance hospitalière

D'après les entretiens effectués, l'analyse documentaire et de l'observation directe, il s'avère que les outils de contrôle de gestion permettant de rendre compte de la performance du service des urgences se limitent à la dimension non financière de celle-ci.

Au niveau du service des urgences de l'hôpital EL Ghassani, l'absence des outils financiers est compensée par le développement d'un tableau de bord pour piloter la performance non financière du dit service. L'ensemble des indicateurs est collecté d'une manière périodique, généralement annuelle, à travers ces indicateurs le service des urgences estime rendre compte de son activité à la direction de l'hôpital. Les indicateurs sont logés dans un tableau de bord "classique". Sa communication, après approbation du médecin chef des urgences, se fait exclusivement à la direction de l'hôpital.

A ce niveau, nos répondants affirment que la communication des indicateurs n'est réalisée que rarement aux différentes catégories des professionnels exerçant aux urgences et aux autres services de l'hôpital EL Ghassani :

« Je n'ai jamais reçu de documents qui synthétise les indicateurs d'activités de notre service, j'y travaille depuis 6 ou 7 ans ... jamais, jamais » IDE, service des urgences1.

« Non, aucun document n'est communiqué au sein de l'hôpital pour présenter les indicateurs d'activités des services hospitaliers. Je pense que seul les médecins chefs des services qui peuvent avoir accès à ce genre d'informations » Médecin spécialiste6.

« La communication des tableaux de bords, états de synthèses ...se fait via les adresses mails aux médecins chefs des services et aux chefs des pôles. Je pense qu'il faut les inciter à partager ces documents avec l'ensemble des professionnels » cadre administratif, pôle des affaires administratives3.

Quant à la pertinence des indicateurs développés, l'ensemble de nos répondants affirment qu'ils sont inadaptés et incapable de mesurer/évaluer/piloter la performance au sein du service des urgences :

« Les outils développés sont standards, l'activité du service des urgences est très particulière par rapport aux autres services hospitaliers. Donc, les indicateurs développés ne couvrent qu'une partie minime de notre activité... » Médecin chef des urgences.

« L'ensemble des indicateurs utilisés sont communs à tous les services hospitaliers. Au niveau du service des urgences nous avons des activités très particulières, malheureusement, non exprimées par les indicateurs actuels » **infirmier chef des urgences.**

« Ce point a été évoqué à plusieurs reprises par les responsables du pôle des affaires administratives, mais nous ne disposons pas de ressources nécessaires pour effectuer un état des lieux du service des urgences, préciser les différents processus et établir des indicateurs détaillés et adaptés à ce service » **cadre administratif, pôle des affaires administratives**⁵.

Plusieurs mesures de performance ont été mentionnées quotidiennement par les acteurs de terrain :

- Le taux d'activité médicale ;
- La durée moyenne de séjour ;
- Le taux d'occupation ;
- Le taux de chirurgie urgente.

Les acteurs ont mentionné aussi l'utilisation d'une mesure liée à la publication des recherches des médecins.

Tableau 24 : synthèse de verbatim, sur les indicateurs de mesures de performance utilisés au service des urgences.

Thèmes	Exemples de verbatim illustrant des modalités d'utilisation des mesures de performance.
Taux d'activité médicale.	« ce que nous faisons, c'est inciter et encourager toute initiative qui vise d'augmenter l'activité des médecins, augmenter l'activité ou la laisser stable par rapport à l'année dernière. Chaque action entreprise à pour visée d'augmenter l'activité médicale »Cadre administratif, pôle des affaires administratives⁴. « on est entrain de mesurer une seule chose : l'activité médicale, on est en train de comparer les activités réalisées chaque

	année pour calculer des écarts... »Cadre administratif, pôle des affaires administratives2.
Durée moyenne de séjour	« la DMS est un indicateur essentiel dans la surveillance de l'activité médicale, facile à calculer et à interpréter. Il facilite même les comparaisons entre service de même nature d'activité. C'est un indicateur à surveiller de près » Cadre administratif, pôle des affaires administratives1.
Taux d'occupation	« C'est un classique, c'est la référence pour les services hospitaliers. 70%, c'est l'objectif visé par les services » Médecin, pôle des affaires médicales3. « Pour le taux d'occupation des lits, quand un lit est disponible, il reste disponible rarement très longtemps. Le taux d'occupation est variable en fonction des isolements, des décisions médicales qui font qu'on ne peut pas mettre deux patients dans une même chambre mais la plupart du temps, on est plein même si le taux n'est pas à 100% parce qu'il y a toujours un isolé par exemple. » infirmier chef des urgences.
Taux de chirurgie urgente	« avec une deuxième salle surement on est en augmentation de la chirurgie urgente, bien qu'on est limité par le nombre des médecins spécialistes incapables de répondre aux demandes pendant les jours fériés... »Médecin spécialiste4

Nombre des publications	« la publication des résultats de nos recherches est au cœur de nos préoccupations, cette mesure permet d'inciter l'ensemble des médecins à publier. Mais ce n'est pas la quantité qui compte, il faut insister sur les journaux à impact factor important... » Médecin spécialiste⁵.
---------------------------------------	--

❖ **Le taux d'activité médicale**

Le taux d'activité médicale, est une mesure de performance qui permet de suivre la production de l'équipe médicale et soignante en termes de prises en charge à travers le nombre de séjours. Ce taux est utilisé, d'une part, par le cadre administratif et les responsables, et d'autre part, par les médecins afin de suivre l'évolution de l'activité médicale. Cet indicateur est propice au déploiement d'un management par objectifs de performance afin de fixer un taux d'activité médicale cible pour favoriser l'augmentation des entrées et des sorties des patients. En effet, ce taux permet de servir des enjeux financiers avec un gain de charges variables liées à la diminution des journées d'hospitalisation. Il permet également de favoriser l'augmentation du nombre de séjours.

❖ **La durée moyenne de séjour (DMS)**

La durée moyenne de séjour (DMS) est un indicateur qui sert à mesurer le nombre moyen de jours que les patients ont passé au cours d'un séjour à l'hôpital, autrement dit, du temps passé par le patient depuis son entrée à sa sortie de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un séjour ambulatoire ou d'un séjour plus long. Elle se calcule en divisant, sur une période donnée, le nombre total de jours passés par les patients en hospitalisation par le nombre des admissions ou des sorties. Lorsqu'une durée de séjour est trop élevée par rapport à la DMS, un séjour est considéré comme étant moins efficient que ce qu'il aurait pu être. En outre, l'orientation actuelle pour l'ensemble des hôpitaux est un travail sur l'adaptation des modes de prise en charge avec la réduction des DMS afin de favoriser un retour plus rapide des patients à domicile. Il s'agit d'une augmentation du nombre de séjours avec un plus fort turn-over de patients.

❖ **Le taux d'occupation**

Le taux d'occupation permet de mesurer la capacité des équipes médicales et soignantes à utiliser au mieux les capacités offertes par l'institution (lits et salles d'opération) afin d'assurer une gestion efficiente de ces ressources. Ainsi, le taux d'occupation concerne principalement les lits d'hospitalisation des services mais également le taux d'occupation du ou des bloc(s) opératoire(s). Les acteurs observés et interrogés soulignent que le taux d'occupation est un enjeu fort de gestion.

❖ **Le taux de chirurgie urgente**

Le taux de chirurgie urgente est une mesure pour le développement de la chirurgie urgente et ambulatoire. Cet indicateur permet de mesurer le recours des chirurgiens à la chirurgie ambulatoire et urgente plutôt qu'à une chirurgie en hospitalisation complète. Il est ainsi utilisé pour favoriser le développement de séjours plus courts ne nécessitant pas de nuit d'hospitalisation avec un retour à domicile des patients le jour même.

❖ **Le nombre des publications**

C'est un indicateur conçu pour informer sur le nombre des références bibliographiques des médecins, aucune notation n'est attribuée pour démarquer la qualité de la publication. Mais c'est un indicateur utilisé par les médecins pour évaluer leur positionnement dans le classement interne de l'hôpital des publications.

En somme, les entretiens que nous avons réalisés avec les différents acteurs internes au service des urgences, et les responsables des pôles de l'hôpital EL GHASSANI, nous ont permis d'établir les constats suivants :

- La perception de la performance diffère d'un acteur à l'autre, elle est même contestée ;
- Existence d'une variété de critères de performance. Celle-ci peut être entendue dans le sens de la satisfaction, de la qualité, de la réponse aux besoins de la population... ;
- La mesure de la performance est limitée à un tableau de bord, assurant un reporting des indicateurs non financiers ;
- Les répondants ont affirmé que l'outil de mesure représente quelques insuffisances :
 - ✓ Certains acteurs dénoncent que les réalisations ne sont pas communiquées à l'ensemble des professionnels ;
 - ✓ Les acteurs signalent l'inadéquation du système de mesure de la performance pratiqué, les indicateurs utilisés sont incapable de renseigner avec exactitude sur l'activité du service des urgences.

A l'issue des entretiens et de l'observation, nous avons constaté l'existence d'un système de contrôle de gestion qui ne permet de suivre /mesurer/évaluer que la performance non financière du service des

urgences. Il est, en conséquence, important de proposer un système de mesure de la performance spécifique au service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. L'importance de tel outil, réside dans la volonté de mettre sous tension les acteurs internes au dit service, et les inciter à s'engager dans le processus d'amélioration de la performance de l'hôpital par sa recherche au niveau local.

2 Élaboration d'une stratégie du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI

Dans le présent paragraphe notre intérêt sera orienté vers l'élaboration de la stratégie à adopter au sein du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. Mais avant d'aborder cet aspect, nous procéderons d'abord à une description d'état des lieux de l'existant au niveau du service des urgences.

2.1 Etat des lieux et analyse de la démarche adoptée

Sur la base des documents internes, de nos entretiens et de notre observation, nous avons constaté au niveau du service des urgences les éléments suivants :

- ❖ Bien que l'hôpital dispose d'un projet d'établissement hospitalier, ce dernier s'avère un projet par métier. Il n'existe aucun document stratégique concernant notre service d'étude ;
- ❖ L'existence d'un ensemble d'indicateurs destiné à un suivi annuel de l'activité.
- ❖ L'absence d'une description détaillée du processus de la prise en charge des patients au niveau de notre service d'étude ;
- ❖ L'inexistence des tableaux de bord qui apprécient la contribution des différents processus à la performance du service.

Dans la conception de BSC, Kaplan et Norton ont prédéfini les quatre perspectives de la performance (les résultats financiers, la satisfaction des clients, les processus internes et l'apprentissage organisationnel.) et les liens de causalité qui les relient. Dans la démarche de construction du BSC, la définition des objectifs et des indicateurs est de types « top-down ». La construction du tableau de bord prospectif repose sur la coexistence d'indicateurs financiers et d'indicateurs non-financiers.

Pour la mise en œuvre de nos tableaux de bord prospectifs, nous avons adopté la démarche qui s'inscrit dans le cadre d'un projet :

- 1- Collecte les données et les documents nécessaires sur le fonctionnement et les objectifs de l'organisme ;
- 2- Préparation d'un TBP initial par le chercheur ;
- 3- Révision de la mission et de la vision de l'organisation ;
- 4- Validation du TBP avec les acteurs internes et des membres de la direction ;

6- Modification du TBP selon les discussions ;

7- Présentation de la version du TBP ;

8- Évaluation du projet.

2.2 Les étapes de construction du tableau de bord par sous processus

Les tableaux de bord prospectifs des sous processus servent d'outil de pilotage aussi bien aux responsables de notre service d'étude qu'à la direction de l'hôpital. Leur élaboration passe par plusieurs étapes.

2.2.1 Détection des facteurs clés de succès et délégations des responsabilités

Les facteurs clés de gestion d'un centre de responsabilité sont les variables d'action que ce centre doit suivre de très près, car leur évolution conditionne la réalisation des objectifs de l'entreprise et ceux du centre lui-même. La détermination des variables d'action pour un centre de responsabilité est l'étape la plus difficile : elle exige une réflexion très profonde sur les objectifs et la stratégie de l'entreprise, sur les sous objectifs et plans d'action du centre de responsabilité et sur les interrelations entre ce dernier et les autres centres de responsabilité de l'entreprise.

Ce raisonnement sera appliqué à notre terrain d'étude, par la recherche des facteurs clés de gestion et les objectifs de chacun des quatre sous processus de prise en charge des patients au niveau des urgences de l'hôpital EL GHASSANI. En fait, le BSC utilise le concept de plan d'action pour planifier les actions à mettre en œuvre et alloue les ressources nécessaires à leur réalisation.

La délégation des responsabilités comprend la détermination des objectifs et facteurs clés de succès attribués à chaque centre de responsabilité. La définition des centres de responsabilité dépend de la structure organisationnelle de l'entreprise. Dans notre cas, la mise en œuvre des tableaux de bord locaux correspond à l'implantation d'un tableau de bord prospectif pour chaque sous processus identifié. Les indicateurs élaborés sont directement liés aux objectifs, facteurs clés de succès et plan d'action définis.

La sélection des indicateurs servent à mesurer la performance des sous processus, en intégrant les responsables dans la détermination des indicateurs, les responsables sont plus en mesure de les comprendre, de les identifier dans leur pratique habituelle et de les interpréter pour la prise de décision.

La structure organisationnelle du service de notre étude relève quatre sous processus (identifiés dans le chapitre précédent). Les objectifs du plan stratégique ont été assignés aux différents centres de responsabilité (sous processus) conformément à la structure organisationnelle du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

2.2.2 Détermination de la stratégie et des objectifs :

Une des principales étapes de l'élaboration d'un tableau de bord est la définition des objectifs stratégiques. En effet, comment peut-on analyser les finalités d'un indicateur de performance sans avoir développé les objectifs auxquels ils se rapportent, déterminé la cible à atteindre ou encore les éventuelles valeurs à ne pas dépasser.

Dans le domaine de la santé, la détermination de la stratégie et des objectifs de performance est bien documentée dans la littérature. Pour l'OMS, il s'agit d'améliorer la santé des gens, de les protéger contre les coûts financiers et de les traiter avec dignité³⁵². Plusieurs auteurs³⁵³ préconisent de produire des soins de qualité, de maîtriser les coûts et de minimiser les délais. Un établissement de santé doit mettre en œuvre une triple finalité³⁵⁴ : répondre aux besoins de santé tels qu'ils s'expriment dans le cadre de son territoire de santé ; assurer la qualité de son activité ; optimiser son efficacité économique et organisationnelle. Enfin, pour Bonvoisin F.³⁵⁵, un hôpital à haute performance devrait se baser sur des compétences professionnelles en adéquation avec la connaissance actuelle et les ressources et technologies disponibles, l'utilisation efficace des ressources, la minimisation du risque pour le patient, la satisfaction du patient et les résultats de santé.

Au niveau des services des urgences, la détermination de la stratégie et des objectifs est nettement moins développée dans la littérature. En termes de contenu, il nous est apparu opportun de retenir les travaux menés au sein du groupe d'experts '*surgical theatre management*' dans le cadre du projet PATH de l'OMS. Les trois axes stratégiques majeurs retenus par plusieurs auteurs³⁵⁶ sont :

- ✓ Offrir des processus efficaces de prise en charge du patient, c'est-à-dire détecter les événements qui viennent perturber le parcours du patient ou la fluidité de l'organisation du service des urgences ;

³⁵² World Health Organization (2000). The World Health Report: Health systems. Improving performance, 237 p., Geneva, Switzerland.

³⁵³ Chaabane S., Guinet A., Smolski N., Guiraud M., Luquet B., Marcon E., Viale J.P. (2003). La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 22, 904-8.

³⁵⁴ Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (2005). Enjeux du pilotage de la performance pour les établissements de santé : passer d'une logique d'obligations externes à une logique de volonté managériale interne, Paris.

³⁵⁵ Bonvoisin F., Burton E., Hensotte J.C., Godichal M., Guisset A.L., Hut F., Leduc D., Wittmann V. (2007). Recommandation d'indicateurs pour la gestion du quartier opératoire. Le projet PATH de l'OMS. Gestions Hospitalières, 465, 255-60.

³⁵⁶ BOUILLE F. (1977). Un modèle universel de banque de données simultanément portable, répartie. Thèse d'Etat des Sciences, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

- ✓ Optimiser l'activité, c'est-à-dire analyser la rentabilité des ressources (humaines, techniques, financières) disponibles pour l'exploitation du service des urgences ;
- ✓ Garantir des ressources humaines de qualité, c'est-à-dire déterminer les mesures nécessaires pour assurer un environnement et une charge de travail adéquats pour les professionnels présents dans le service des urgences.

Une autre déclinaison pratique est celle proposée a utilisé le TBE dans le cadre d'un projet de regroupement de plusieurs blocs opératoires³⁵⁷, afin de mesurer la performance issue de la coordination des ressources et des moyens ainsi que le gain lié à la mutualisation. Dans ce cadre, la politique équilibrée de déploiement de la stratégie de l'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration globale et permanente autour de cinq axes de déploiement de la performance :

- ✓ L'axe 'résultats financiers et budget' ;
- ✓ L'axe 'processus internes' qui regroupe les processus de réalisation, de support et de management ;
- ✓ L'axe 'apprentissage organisationnel et satisfaction des personnels' ;
- ✓ L'axe 'résultats pour le patient et les parties prenantes' ;
- ✓ L'axe 'qualité et sécurité', lié à la maîtrise des risques infectieux.

Par ailleurs, moyennant quelques adaptations (liées aux spécificités de la santé) apportées dans la perspective '*learning and growth*', plusieurs développements ont cherché à élaborer un « kit de base³⁵⁸ » destiné à créer des tableaux de bord au niveau hospitalier. Les quatre axes de performance finalement retenus sont :

- ✓ L'axe « efficacité opérationnelle » et qualité des soins' qui prend en compte les résultats des activités de production de soins ;
- ✓ L'axe « satisfaction clients » qui prend en compte les attentes des patients et des partenaires de l'établissement ;
- ✓ L'axe « ressources et organisation » qui vise à prendre en compte le niveau de ressources mis en œuvre par l'établissement et la maturité de ce dernier dans sa maîtrise des processus et sa projection vers le futur ;
- ✓ L'axe « efficience économique » qui prend en compte les objectifs de gestion des grands équilibres financiers.

³⁵⁷ BESOMBES B., MARCON E., ALBERT F., MERCHIER L., BERNAUD M. (2006). Quels indicateurs de performance pour piloter le regroupement de plateaux médico-techniques : retour d'expérience au CHU de Saint-Etienne. Actes de la 3ème Conférence en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH), 10 p., Luxembourg.

³⁵⁸ Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (2005). Pilotage des établissements de santé, 157 p., Paris.

Au niveau des urgences de l'hôpital, nous avons multiplié les rencontres avec le médecin chef, les médecins du service, les infirmiers et l'infirmier chef des urgences afin de cerner leurs perceptions. La formulation de la stratégie et la définition de la performance sont les préalables pour concevoir un TBP adapté au service des urgences.

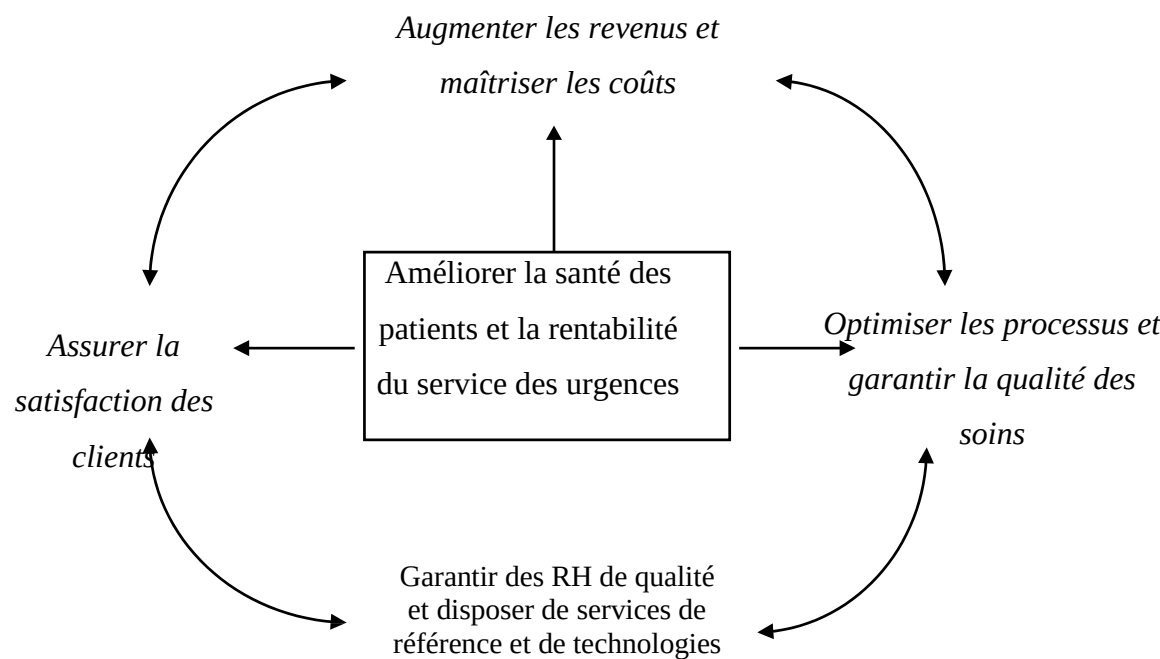
De leur point de vue, optimiser un service des urgences, c'est permettre par des ressources et des moyens constants de traiter plus de patients : « *le service des urgences regorgent de ressources, nous avons les compétences et les moyens pour réaliser de meilleurs résultats...je pense qu'il faut seulement mieux s'organiser* » **Médecin spécialiste6**. Et dans les meilleures conditions de sécurité, avec un niveau de qualité satisfaisant : les grands défis à relever est que notre service offre des soins dans les meilleures conditions de sécurité, et avec une qualité satisfaisante. C'est une obligation à la fois du ministère de la tutelle et de la population » **Médecin spécialiste3**.

Un autre élément important cité par nos répondants concerne les conditions de travail : « *le grand chantier qui doit préoccuper l'ensemble des intervenants au sein du service des urgences est l'amélioration des conditions de travail au sein du service. L'amélioration des conditions de travail aura des conséquences positives sur l'ensemble des professionnels au service et va retentir sur la qualité de prise en charge des patients* » **infirmier, service des urgences3**.

Si le personnel soignant porte un intérêt particulier à l'amélioration de la santé des patients, le personnel administratif associe la rentabilité du service aux objectifs déclarés « *les différents acteurs doivent tenir compte d'un élément important : la rentabilité du service. Certainement que la santé n'a pas de prix, mais les soins ont un coût. C'est pourquoi on doit optimiser les dépenses et maximiser les recettes...* » **Cadre administratif, pôle des affaires administratives3**.

L'ensemble de ces éléments nous a permis de construire un modèle prédéterminé (figure 19) de tableau de bord prospectif décliné en quatre perspectives, articulé autour d'une stratégie globale « Améliorer la santé des patients et la rentabilité du service des urgences »

Figure 19 : Modèle du BSC spécifique au service des urgences AL GHASSANI.



Source : Elaborée par nos soins sur la base du modèle du BSC.

*Sous-section 2 : Proposition des tableaux de bord pour les sous processus des urgences
relevant du CHR AL GHASSANI*

Dans le but de piloter la performance hospitalière au niveau du service des urgences EL GHASSANI, nous avons opté pour le TBP permet une analyse pertinente de la contribution de chaque sous processus à la performance du dit service. Les paragraphes qui suivent sont consacrés à la présentation de notre démarche pour la mise en place des tableaux de bord de chaque sous-processus.

1 Présentation des objectifs opérationnels et les facteurs clé de succès (FCS)

Après avoir présenté les quatre sous-processus de prise en charge d'un patient aux urgences EL GHASSANI au niveau du troisième chapitre, dans le présent paragraphe pour chacun de ces sous processus nous présentons au niveau des tableaux 25, 26, 27 et 28 la déclinaison des quatre perspectives du BSC en objectifs stratégiques, FCS et objectifs opérationnels :

1.1 Le chemin le plus fréquenté

Tableau 25 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le plus fréquenté.

Perspectives	Objectifs stratégiques	Facteurs clés de succès	Objectifs opérationnels
Perspective financière	Augmenter les revenus et maitriser les coûts	• Augmentation des recettes ; • Efficience dans l'utilisation des ressources.	• Assurer une facturation correcte de l'activité ; • Maitriser les coûts de fonctionnement ; • Limiter les pertes et les dégradations du matériel.

Perspective clients	Assurer la satisfaction des clients	• Qualité des services ; • Disponibilité des services.	• Offrir un service rapide et efficace ; • Diminuer le nombre des réclamations ; • Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.
Perspectives processus internes	Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	• Respecter le temps de triage ; • Mettre à jour les protocoles de prise en charge.	• Optimiser le temps de passage des patients en triage ; • Diminuer le nombre de réadmission en triage ; • Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.
Perspective apprentissage organisationnel	Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	• Formation du personnel ; • Satisfaction des professionnels.	• Développer des méthodes de triage ; • Veiller à la formation adéquate du personnel.

Source : Elaboré par nos soins.

12 La salle d’observation :

Tableau 26 : objectifs et FCS du sous-processus salle de déchoquage.

Perspectives	Objectifs stratégiques	Facteurs clés de succès	Objectifs opérationnels
Perspective financière	Augmenter les revenus et	• Augmentation des recettes ;	• Assurer une facturation correcte de l’activité ;

	maitriser les coûts	• Efficience dans l'utilisation des ressources.	• Maitriser les coûts de fonctionnement ; • Limiter les pertes et les dégradations de matériel.
Perspective clients	Assurer la satisfaction des clients	• Qualité des services ; • Disponibilité des services.	• Offrir un service rapide et Efficace ; • Diminuer le nombre des réclamations.
Perspectives processus internes	Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	• Mettre à jour les protocoles de prise en charge. • Renseigner les informations nécessaires à la prise en charge des patients.	• Diminuer la durée moyenne de séjour en salle d'observation ; • Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.
Perspective apprentissage organisationnel	Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	• Formation du personnel ; • Satisfaction des professionnels	• Veiller à la formation adéquate du personnel ; • Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.

Source : Elaboré par nos soins

13 La salle de déchoquage

Tableau 27 : objectifs et FCS du sous-processus salle d'observation.

Perspectives	Objectifs stratégiques	Facteurs clés de succès	Objectifs opérationnels
--------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

Perspective financière	Augmenter les revenus et maîtriser les coûts	• Augmentation des recettes ; • Efficience dans l'utilisation des ressources.	• Assurer une facturation correcte de l'activité ; • Maîtriser les coûts de fonctionnement ; • Limiter les pertes et les dégradations de matériel.
Perspective clients	Assurer la satisfaction des clients	• Qualité des services ; • Disponibilité des services.	• Offrir un service rapide et Efficace ; • Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.
Perspectives processus internes	Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	• Mettre à jour les protocoles de prise en charge. • Qualité de diagnostic et de réparation. • Renseigner les informations nécessaires à la prise en charge des patients.	• Optimiser l'accès en salle de déchoquage ; • Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé. • Diminuer la durée moyenne de séjour en salle de déchoquage ; • Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.
Perspective apprentissage organisationnel	Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	• Formation du personnel ; • Satisfaction des professionnels	• Veiller à la formation adéquate du personnel ; • Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.

Source : Elaboré par nos soins

14 Le processus long

Tableau 28 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le long.

Perspectives	Objectifs stratégiques	Facteurs clés de succès	Objectifs opérationnels
Perspective financière	Augmenter les revenus et maîtriser les coûts	• Augmentation des recettes ; • Efficience dans l'utilisation des ressources.	• Assurer une facturation correcte de l'activité ; • Maîtriser les coûts de fonctionnement ; • Limiter les pertes et les dégradations de matériel.
Perspective clients	Assurer la satisfaction des clients	• Qualité des services ; • Disponibilité des services.	• Offrir un service rapide et Efficace ; • Diminuer le nombre des réclamations. • Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.
Perspectives processus internes	Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	• Mettre à jour les protocoles de prise en charge. • Renseigner les informations nécessaires à la prise en charge des patients.	• Optimiser la durée d'attente des patients ; • Gérer efficacement le flux des patients en consultation ; • Diminuer la durée moyenne de séjour sur brancard ; • Assurer une transmission correcte des informations vers le patient.
Perspective apprentissage organisationnel	Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de	• Formation du personnel ; • Satisfaction des professionnels	• Veiller à la formation adéquate du personnel ; • Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.

	technologie de pointe.		
--	---------------------------	--	--

Source : Elaboré par nos soins

15 Discussion

L’identification des objectifs spécifiques à chaque perspective et les facteurs clés de succès est considérée comme une des étapes les plus délicates. Elle a nécessité des allers retours entre les différents acteurs.

A l’issue de cette étape, nous avons constaté ce qui suit :

Si avec les acteurs ‘’soignants’’ l’importance a été beaucoup plus orientée vers des objectifs relatifs à la qualité des soins prodigués aux patients, les acteurs ‘’ non-soignants : administrateurs’’ ont privilégiés des objectifs orientés vers l’amélioration des processus et la diminution des coûts de prise en charge.

Nous avons essayé d’allier les diverses orientations, et de présenter un résultat répondant aux demandes des différents acteurs hospitaliers. La comparaison entre les quatre tableaux met en évidence que les sous processus partagent de nombreuses similitudes dans leurs perspectives, objectifs stratégiques, facteurs clés de succès et objectifs opérationnels. Cependant, il existe des différences spécifiques dans la Perspective Processus Internes des sous processus, qui inclut des éléments supplémentaires tels que la qualité du diagnostic et de la réparation. Ces différences reflètent des priorités et des besoins spécifiques liées à la nature de l’activité spécifique à chaque sous processus.

2 Identification et choix des indicateurs

Le tableau de bord local du service des urgences est destiné aux responsables du service, au directeur de l’hôpital EL GHASSANI et les responsables des différents pôles de l’hôpital. Son objectif est de s’assurer que les indicateurs retenus fournissent aux destinataires les informations facilitant leur prise de décision. Les indicateurs sélectionnés sont synthétiques et offrent une vue d’ensemble.

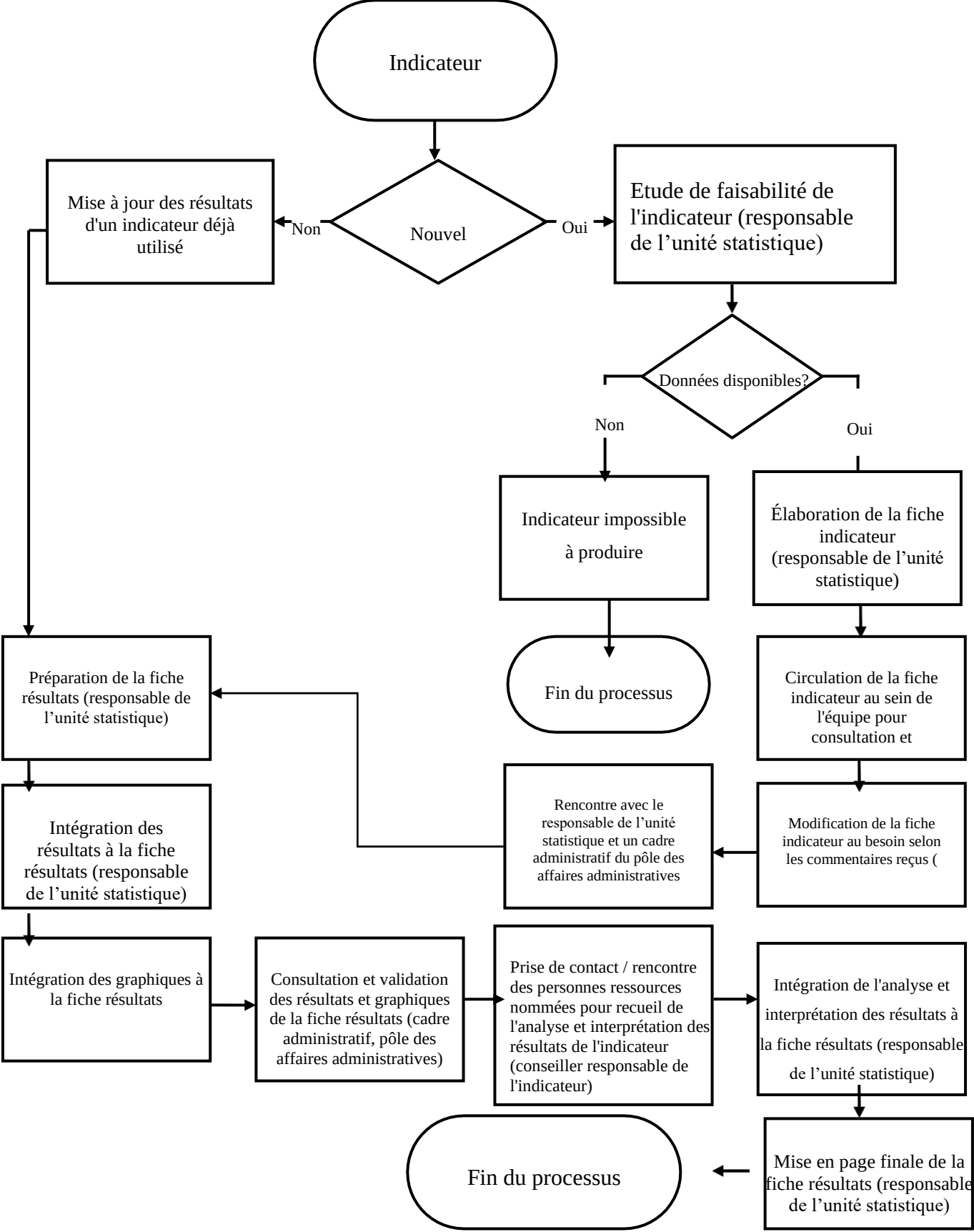
Lorsqu’on a un indicateur à produire, il peut s’agir d’un nouvel indicateur ou d’un indicateur qui est déjà utilisé. Dans le premier cas, une étude de faisabilité de l’indicateur doit être effectuée afin de valider si la production de l’indicateur est possible. Ce processus implique une vérification de la disponibilité des données. Si celles-ci sont disponibles, une fiche d’indicateur est élaborée. Dans le cas du non disponibilité des données, l’indicateur est remplacé et le processus recommence.

Lorsque l'on produit un indicateur qui est déjà utilisé, une mise à jour des résultats et des graphiques est effectuée et des modifications sont apportées au besoin à la présentation afin d'amener une précision supplémentaire à l'indicateur.

21 Etape de la production des indicateurs

Le diagramme ci-dessous représente les diverses étapes de la production d'un indicateur :

Figure 20 : Processus de production d'un indicateur



Source : Elaboré par nos soins sur la base des documents internes du CHR AL GHASSANI

Les indicateurs retenus ont été choisis en concertation avec les différents responsables et le responsable des données statistiques. C'est ainsi que plusieurs indicateurs ont été développées pour répondre aux besoins informationnels des décideurs.

Les tableaux ci-dessous présentent les objectifs et les indicateurs retenus :

22 Indicateurs spécifiques aux sous processus

Après avoir présenté la procédure de choix des indicateurs, nous allons spécifier pour chaque sous processus identifiés les indicateurs choisis. Les tableaux suivants présentent ces résultats :

2.2.1 Le chemin le plus fréquenté :

Tableau 29 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus-chemin le plus fréquenté-

	Objectifs opérationnels	Indicateurs proposés	Disponibilité immédiate		Responsable	Périodicité
			Oui	Non		
Augmenter les revenus et maitriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l’activité.	Montant des soins non facturés aux patients.		+	Cadre administratif, PAA	Trimestrielle
	Maitriser les coûts de fonctionnement	Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		+	Responsable de la pharmacie.	Trimestrielle
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	Respect de priorité en triage.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des réclamations	nombre des réclamations à l'unité du triage.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre de transferts vers d'autres structures de santé	Taux des transferts depuis l'unité de triage.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Optimiser les processus et garantir la	Optimiser le temps de passage des patients en triage	Durée moyenne d'évaluation.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle

qualité des soins	Diminuer le nombre de réadmission en triage.	• Nombre des patients réadmis en triage.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	• Journal clinique renseigné par le médecin.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Développer des méthodes de triage	• Taux de satisfaction des patients pour la nouvelle méthode de triage.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Veiller à la formation adéquate du personnel	• Nombre de formation organisée	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	• Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		+	Cadre administratif, PAA	Annuelle

Le tableau ci-dessus présente d’une manière détaillée les indicateurs élaborés pour le pilotage de la performance hospitalière spécifique au sous processus : le chemin le plus fréquenté. Les indicateurs élaborés concourent à la mesure de la réalisation des différents indicateurs répartis selon les quatre perspectives du balanced scorcard. Un ensemble d’acteurs participent à la collecte des indicateurs selon une périodicité variable.

2.2.2 Salle d’observation :

Tableau 30 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle d'observation

	Objectifs opérationnels	Indicateurs proposés	Disponibilité immédiate		Responsable	Périodicité
			Oui	Non		
Augmenter les revenus et maîtriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l’activité.	• Montant des soins non facturée aux patients.		+	Cadre administratif, PAA	Trimestrielle
	Maitriser les coûts de fonctionnement	• Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		• Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		+	Responsable de la pharmacie.	Trimestrielle
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	Respect de priorité en salle d'observation.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des réclamations	Nombre des réclamations en salle d'observation.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Diminuer la durée moyenne de séjour en salle d'observation	Durée moyenne de séjour des patients de 75ans et plus-toute spécialité-	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
		Durée moyenne de séjour en salle d'observation. –patient médecine-	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
		Durée moyenne de séjour en salle d'observation-patient chirurgie-	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle

	Optimiser l'accès en salle d'observation.	Taux d'occupation fonctionnelle.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	Journal clinique renseigné par le médecin.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		+	Cadre administratif, PAA	Annuelle
	Veiller à la formation adéquate du personnel	Nombre des formations organisées	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

Pour le sous processus salle d’observation nous avons retenu quatorze indicateurs répartis sur les quatre perspectives du balanced scorcard déjà identifiées. Les indicateurs élaborés permettent une évaluation des différents activités réalisées notamment l’hospitalisation. Une attention particulière a été apportée aux patients à risques au niveau des urgences, dans notre cas les personnes âgées de plus de 75ans. Le set des indicateurs que nous avons proposé a marqué une nette distinction entre des indicateurs destinés à l’activité médicale et à l’activité chirurgicale au sein du sous processus salle d’observation.

2.2.3 Salle de déchoquage :

Tableau 31 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle de déchoquage.

	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		+	Responsable de la pharmacie.	Trimestrielle
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	Respect de la priorité en salle de déchoquage.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des réclamations	Nombre des réclamations en salle de déchoquage.		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Optimiser les processus et garantir la	Optimiser l'accès en salle de déchoquage.	Taux d'occupation fonctionnelle.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer la durée moyenne de séjour en salle de déchoquage.	Durée moyenne de séjour en salle de déchoquage.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle

qualité des soins	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	Journal clinique renseigné par le médecin.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.	Nombre des transferts aux autres structures sanitaires.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		+	Cadre administratif, PAA	Annuelle
	Veiller à la formation adéquate du personnel	Nombre des formations organisées.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

Pour le sous processus salle de déchoquage, nous avons procédé à l’élaboration de dix indicateurs de suivi de la performance hospitalière conformes à notre modèle du TBP retenu. Etant un milieu de réanimation prenant en charge des patients dont l’état nécessite des soins spécifiques, nous nous sommes focalisés sur la production d’indicateurs répondant à aux caractéristiques de ladite salle notamment : le taux d’occupation fonctionnelle et la durée moyenne de séjour.

2.2.4 Le processus long :

Tableau 32 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus long

	Objectifs opérationnels	Indicateurs proposés	Disponibilité immédiate		Responsable	Périodicité
			Oui	Non		
Augmenter les revenus et maîtriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l’activité.	Montant des soins non facturée aux patients.		+	Cadre administratif, PAA	Trimestrielle
	Maitriser les coûts de fonctionnement	Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	• Montant des travaux de maintenance et réparation au service.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle
		• Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		+	Responsable de la pharmacie.	Trimestrielle
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	• Respect de la priorité en consultation.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des réclamations	• Nombre des réclamations en consultations	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Assurer une transmission correcte des informations vers le patient.	• Taux de transmission correcte des données aux patients		+	Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Optimiser la durée d'attente des patients.	• Durée d'attente avant la consultation.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle

Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Gérer efficacement le flux des patients en consultations.	Durée moyenne d'évaluation.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer la durée moyenne de séjour sur brancard.	Durée moyenne de séjour des patients sur brancards.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
		Taux des séjours de 24heures et plus.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
		Taux de séjours de 48h et plus.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle
	Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.	Le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.	+		Infirmier chef des urgences	Trimestrielle

Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		+	Cadre administratif, PAA	Annuelle
	Veiller à la formation adéquate du personnel	Nombre des formations organisées.	+		Cadre administratif, PAA	Annuelle

Pour le quatrième sous processus identifié le chemin le plus long, nous avons proposé une batterie d'indicateurs (seize) capables d'évaluer l'ensemble des activités fournies. Une attention particulière a été donnée à l'évaluation de la perspective processus interne avec cinq indicateurs proposés tel que : durée moyenne de séjour sur brancard et taux de séjours de 48h et plus.

2.2.5 Discussion

Pour assurer une production d'indicateurs de performance permettant un pilotage de la performance hospitalière du service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI, nous avons établi une procédure rigoureuse pour la conception et le choix de ces indicateurs de performance. Dans ce processus, nous étions assistés par deux acteurs internes :

- ❖ Le responsable de l'unité statistique au niveau de la direction de l'hôpital AL GHASSANI, dont les efforts nous ont permis de vérifier la disponibilité des données nécessaires à l'élaboration des indicateurs choisis.

Un administrateur du PAA, dont la contribution était notable dans le choix des indicateurs afin d'assurer un pilotage de la performance du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI. Nous notons qu'un nombre important des indicateurs élaborés ne sont pas retenus. Cette situation est due principalement aux manques des données nécessaires à l'élaboration des indicateurs. Ce qui questionne la capacité des systèmes d'informations existant à l'hôpital à répondre aux besoins informationnels de la direction et des acteurs internes.

Après avoir présenté dans les tableaux ci-dessus les indicateurs sélectionnés, nous allons apporter plus d'explication à l'ensemble des indicateurs choisis :

23 Fiche technique des indicateurs utilisée

Tableau 33 : Fiche technique des indicateurs utilisés.

Indicateurs opérationnels	Définition	Formule de calcul	Cible
Perspective financière			
Montant des soins non facturés aux patients	C'est le montant total des soins exécutés et non facturés	Soins exécuté non facturé * Tarification nationale de référence spécifique aux soins.	Réduire à 0dh le montant des soins non facturés aux patients.
Charges salariales des professionnels de santé nécessaires au	Cet indicateur mesure les montants en dirhams dépensés pour couvrir les charges salariales des professionnels de santé.	Ecart entre les montants des salaires nécessaires au bon fonctionnement et les montants budgétés.	Réduire le montant des charges salariales.

fonctionnement optimal du service.			
Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaires au fonctionnement optimal du service	Cet indicateur mesure les montants en dirhams dépensés pour couvrir les charges salariales des agents de sous-traitance.	Ecart entre les montants des salaires nécessaires au bon fonctionnement et les montants budgétés.	Réduire le montant des charges salariales.
Montant des travaux de maintenance et réparation au service.	Cet indicateur mesure le montant total dépensé pour les travaux de maintenance et de réparation effectués sur des actifs, des équipements ou des infrastructures au sein du service. Il fournit une estimation financière des ressources investies dans la maintenance et la réparation afin de maintenir les actifs en bon état de fonctionnement	additionner le coût de tous les travaux de maintenance et de réparation effectués sur une période donnée	Réduire le montant des travaux de maintenance et réparation.
Montant des articles retournés au service de la pharmacie.	Cet indicateur mesure le montant total des articles retournés à la pharmacie sur une période donnée. Il vise à évaluer les	Le calcul de cet indicateur consiste à additionner le coût de tous les articles retournés au sein de la	Réduire le montant des articles retournés au service de la pharmacie.

	coûts associés aux retours d'articles, ce qui peut inclure les médicaments, les produits de santé, les dispositifs médicaux ou tout autre produit vendu en pharmacie.	pharmacie pendant la période définie	
Perspective client			
Respect de priorité en unité de triage	Nombre de triage effectué en respectant la priorité de triage.	la différence entre le nombre de triage totale et le nombre de triage qui respecte la priorité de triage.	Vérifier que la priorité du triage est respectée à 100%.
Taux de transmission correcte des données aux patients.	Cet indicateur mesure le niveau de précision et d'exactitude avec lequel les données médicales sont transmises aux patients dans le cadre de leur prise en charge. Il permet d'évaluer l'efficacité du processus de communication des informations médicales aux patients, garantissant ainsi une transmission	Le calcul de cet indicateur peut être effectué en évaluant un échantillon représentatif des dossiers médicaux pour déterminer le pourcentage de cas où les données ont été transmises correctement aux patients. Cela peut impliquer la vérification de l'exactitude des	Vérifier que le taux de transmission correcte des données aux patients atteint 100%.

	adéquate et compréhensible des données pertinentes	informations fournies, la cohérence des explications fournies aux patients et la compréhension par les patients des informations qui leur sont communiquées	
Respect de priorité en salle d'observation.	Nombre d'hospitalisation effectué on respectant la priorité d'hospitalisation.	la différence entre le nombre des hospitalisations totales et le nombre des hospitalisations qui respecte la priorité d'hospitalisation en salle d'observation.	Vérifier que la priorité d'hospitalisation en salle d'observation est respectée à 100%.
Nombre des réclamations à l'unité de triage/observation/déchoquage/consultation.	Nombre de réclamation en unité de triage/observation/déchoquage/consultation.	nombre des réclamations écrites déposées à l'unité de triage/observation/déchoquage/consultation.	Baisser le nombre des réclamations en unité de triage/observation/déchoquage/consultation de 50%
Perspective processus interne			
Taux des transferts depuis l'unité de triage/déchoquage.	Nombre des patients transférés de l'unité de triage/déchoquage vers une autre	Nombre des patients transférés de l'unité de triage vers une autre	diminuer le nombre des patients transférés depuis

	structure de santé moyennant une fiche de référence.	structure de santé moyennant une fiche de référence.	l'unité de triage/déchoquage de la moitié.
Durée moyenne d'évaluation	Durée totale des évaluations en minutes incluses dans l'intervalle de temps indiqué par rapport au nombre total des évaluations.	(durée fin d'évaluation –durée début d'évaluation/ nombre de triages ou consultation.)/ 60.	Atteindre une durée moyenne d'évaluation de 5min.
Durée d'attente avant la consultation.	Durée totale d'attente en salle d'attente avant le début de la consultation.	(durée fin de fil d'attente –durée début d'évaluation/ nombre de consultation)/ 60.	Atteindre une durée moyenne d'attente de 15min.
Nombre des patients réadmis en triage	Nombre des patients réadmis en triage pour un intervalle donné.	Somme des épisodes de soins (visites) au triage par patient pour une durée donnée.	Baisser à moins de 50% le nombre des réadmissions en triage.
Durée moyenne de séjour des patients sur brancard.	C'est le nombre total des durées des séjours des patients sur brancard hospitalisés pour les épisodes compris	((durée total des patients sur brancard hospitalisé/nombre d'épisode)/3600)/24.	Diminuer la durée moyenne de séjour à 12heures.

	dans un intervalle de temps indiqué. Le délai est exprimé en heures.		
Taux des séjours de 24 heures et plus.	C'est le nombre total des durées de séjour de 24 heures et plus.	(durée séjour en heures des 24 heures et plus / nombre d'épisodes)/3600.	Réduire à 15% le taux de séjour de 24h et plus.
Taux des séjours de 48 heures et plus.	C'est le nombre total des durées de séjour de 48 heures et plus.	(durée séjour en heures des 48 heures et plus / nombre d'épisodes)/3600.	Réduire à 0% le taux de séjour de 48h et plus.
Durée moyenne de séjour des patients de 75ans et plus toute spécialité.	C'est le nombre total des durées de séjour des personnes de 75ans et plus pour les épisodes compris dans l'intervalle de temps indiqué. Le délai exprimé en heures.	(durée séjour en heures/ Nombre d'épisodes)/3600.	Diminuer la durée moyenne de séjour à 12 heures.
Durée moyenne de séjour en salle de déchoquage.	C'est le nombre total des durées de séjour pour les épisodes compris dans l'intervalle de temps indiqué. Le délai exprimé en heures.	(durée séjour en heures/ Nombre d'épisodes)/3600	Diminuer la durée moyenne de séjour à 24 heures.

Durée moyenne de séjour en salle d'observation- spécialité médicale-	C'est le nombre de total des durées de séjour des patients suivis par une spécialité médicale, pour les épisodes compris dans l'intervalle de temps indiqué. Le délai exprimé en heures.	(durée séjour en heures/Nombre d'épisodes)/3600.	Diminuer la durée moyenne de séjour à 12heures.
Durée moyenne de séjour en salle d'observation-spécialité chirurgicale-	C'est le nombre de total des durées de séjour des patients suivis par une spécialité chirurgicale, pour les épisodes compris dans l'intervalle de temps indiqué. Le délai exprimé en heures.	(durée séjour en heures/Nombre d'épisodes)/3600.	Diminuer la durée moyenne de séjour à 12heures.
Taux d'occupation fonctionnelle.	Taux d'occupation des lits par rapport au nombre fonctionnel des lits en salle d'observation/déchoquage pour un intervalle de temps.	Occupation moyenne pour un intervalle de temps/ Nombre de lit fonctionnel.	S'assurer que le taux d'occupation fonctionnelle des lits ne dépasse le nombre permis en salle d'observation/déchoquage.
Journal clinique renseigné par le médecin.	Nombre des journaux cliniques remplis par médecin.	Nombre des journaux cliniques remplis par médecin.	Atteindre un taux de remplissage de 100% des journaux cliniques patients.

Perspective apprentissage organisationnel

Nombre de formation organisée.	Cet indicateur mesure le nombre total de formations dispensées au personnel au sein du service des urgences sur une période donnée. Il permet d'évaluer l'investissement de l'organisation dans le développement des compétences de ses employés et leur niveau d'engagement envers la formation continue	Le calcul de cet indicateur consiste à comptabiliser le nombre de formations dispensées aux employés pendant la période définie	Atteindre un taux d'exécution de 100% du plan de formation annuel.
Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.	Cet indicateur mesure le niveau d'adaptation des ressources humaines à une activité spécifique au sein du service des urgences. Il permet d'évaluer dans quelle mesure les employés disposent des compétences, des connaissances et des capacités nécessaires pour répondre aux exigences de l'activité.	Une échelle de notation ou un système de score peut être utilisé pour quantifier le niveau d'adaptation	Atteindre un taux d'adaptabilité de 100%.

Taux de satisfaction des patients pour la nouvelle méthode de triage.	Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des patients vis-à-vis de la nouvelle méthode de triage mise en place aux urgences. Il permet d'évaluer l'efficacité de la méthode en termes de rapidité, de précision et de satisfaction des patients lors de leur admission aux urgences.	Le calcul de cet indicateur se fait en recueillant les évaluations et les retours des patients concernant la nouvelle méthode de triage. Ces évaluations peuvent être obtenues à l'aide de questionnaires de satisfaction distribués aux patients après leur passage aux urgences.	Atteindre un taux dépassant 80% de satisfaction des patients pour la nouvelle méthode de triage.
---	---	--	--

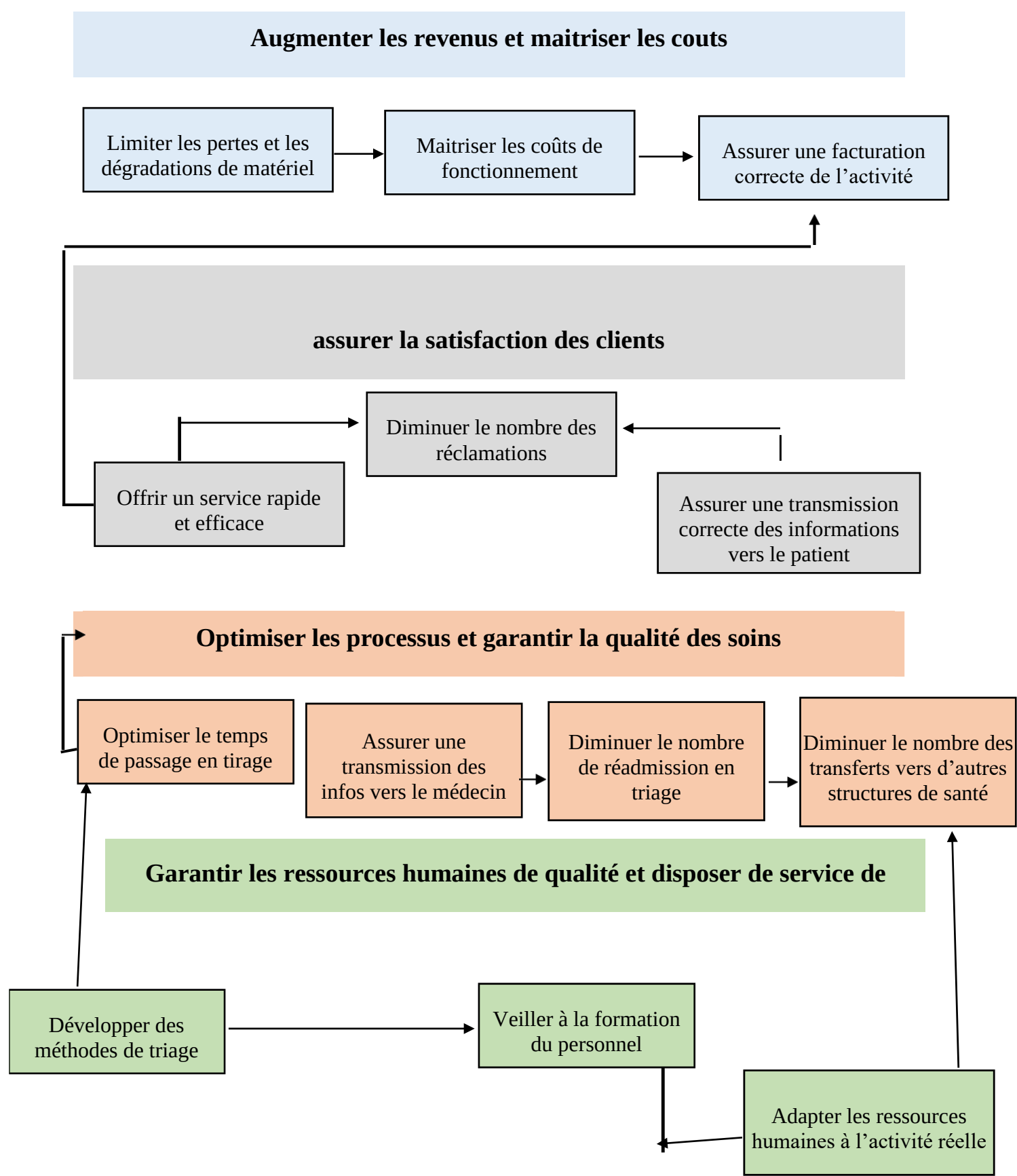
Source : Elaboré par nos soins

Le choix ou le développement d'indicateur est un processus continu et itératif. Lorsqu'on procède à la sélection des indicateurs afin de mesurer les objectifs stratégiques fixés, ceux-ci doivent être relativement simples à utiliser, répondre au besoin de tous et être utiles. Dans le cas où l'indicateur ne démontre pas la cohérence escomptée, il est nécessaire de le modifier ou même de l'éliminer. Il n'y a toutefois pas d'indicateur « parfait », ainsi il est fort important d'en faire une sélection pertinente et fiable. Lors d'une implantation telle que celle étudiée, il est fortement recommandé d'utiliser moins de 20 indicateurs (Kaplan et Norton, 2002) afin de les maîtriser et aussi, de ne pas complexifier la reddition des résultats. Par contre, étant donné le système de statistique désuet, il n'existe pas nécessairement beaucoup de données sur les activités du service. Lorsque nous avons désiré traiter certains indicateurs concernant l'axe des clients, la satisfaction de la clientèle, ou encore l'axe processus la durée de séjour sur brancard, etc., il manquait d'informations. De plus, le système comptable ne nous permettait pas non plus de faire le lien entre les dépenses et le nombre de passage aux urgences, par exemple. Bref, certains indicateurs auraient été fiables et pertinents et n'ont pu être retenus dans le TBP final. Ces indicateurs non-retenus pourraient faire l'objet d'une étude ultérieurement.

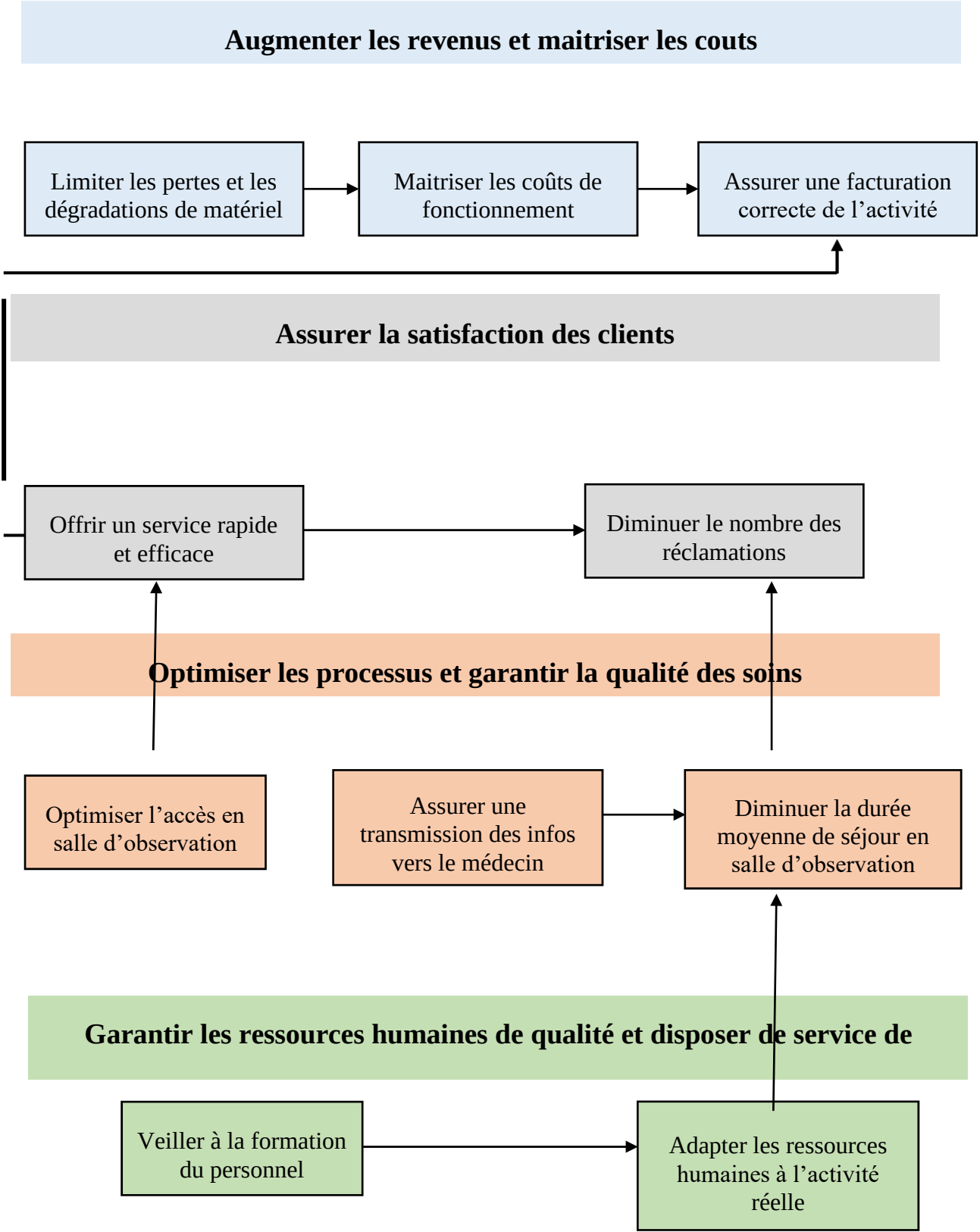
3 Présentations des cartes stratégiques des sous processus :

Après avoir présenté les objectifs opérationnels et les indicateurs de suivis spécifiques aux quatre perspectives du BSC. Nous allons lors de cette étape procéder à la rédaction des cartes stratégiques des quatre sous processus. En effet, la carte permet de décrire comment chaque sous processus peut créer de la valeur, en connectant les objectifs du centre dans des relations de cause à effet entre eux par l'intermédiaire des quatre perspectives du BSC : financier, client, processus interne et apprentissage organisationnel.

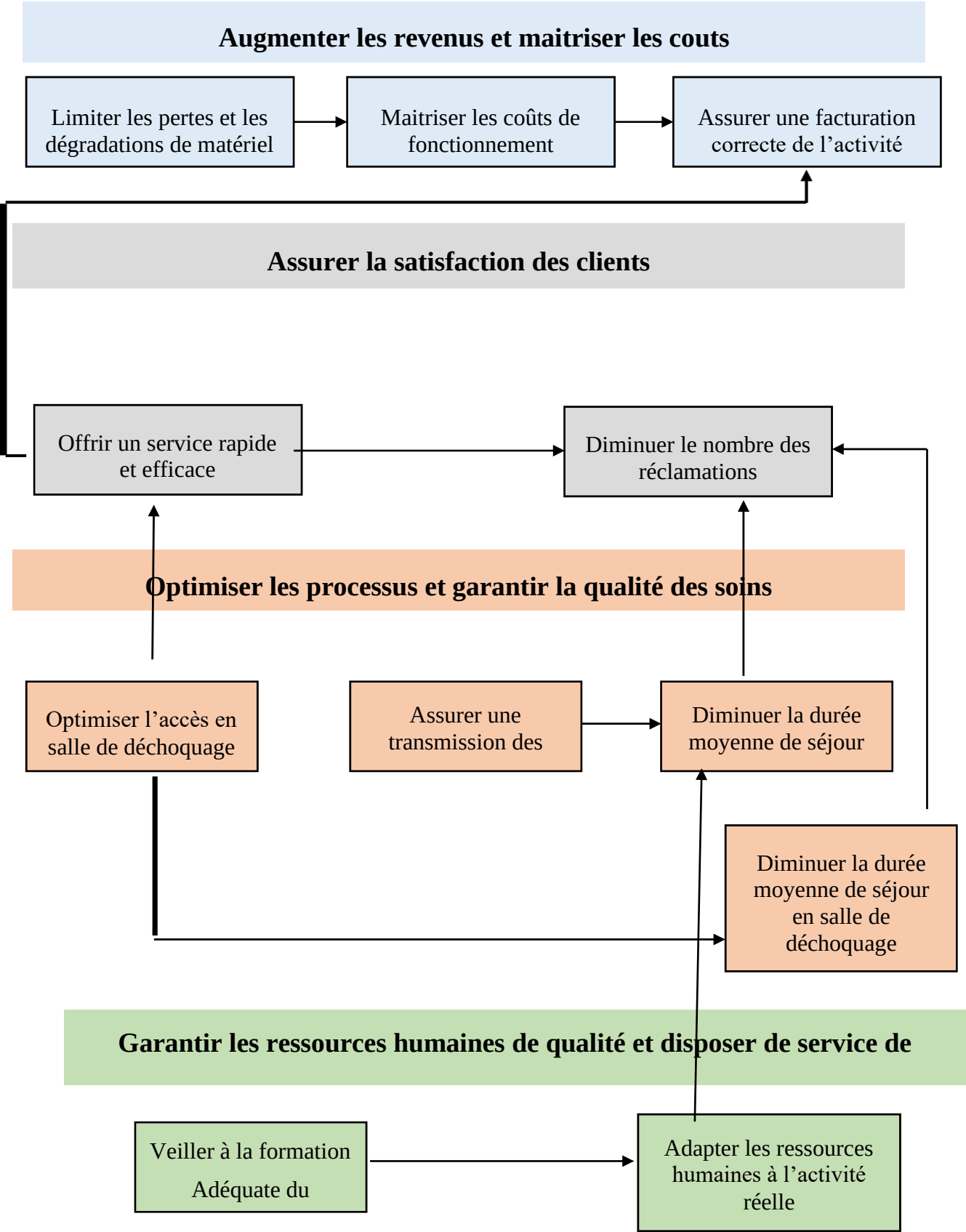
Le chemin plus fréquenté :



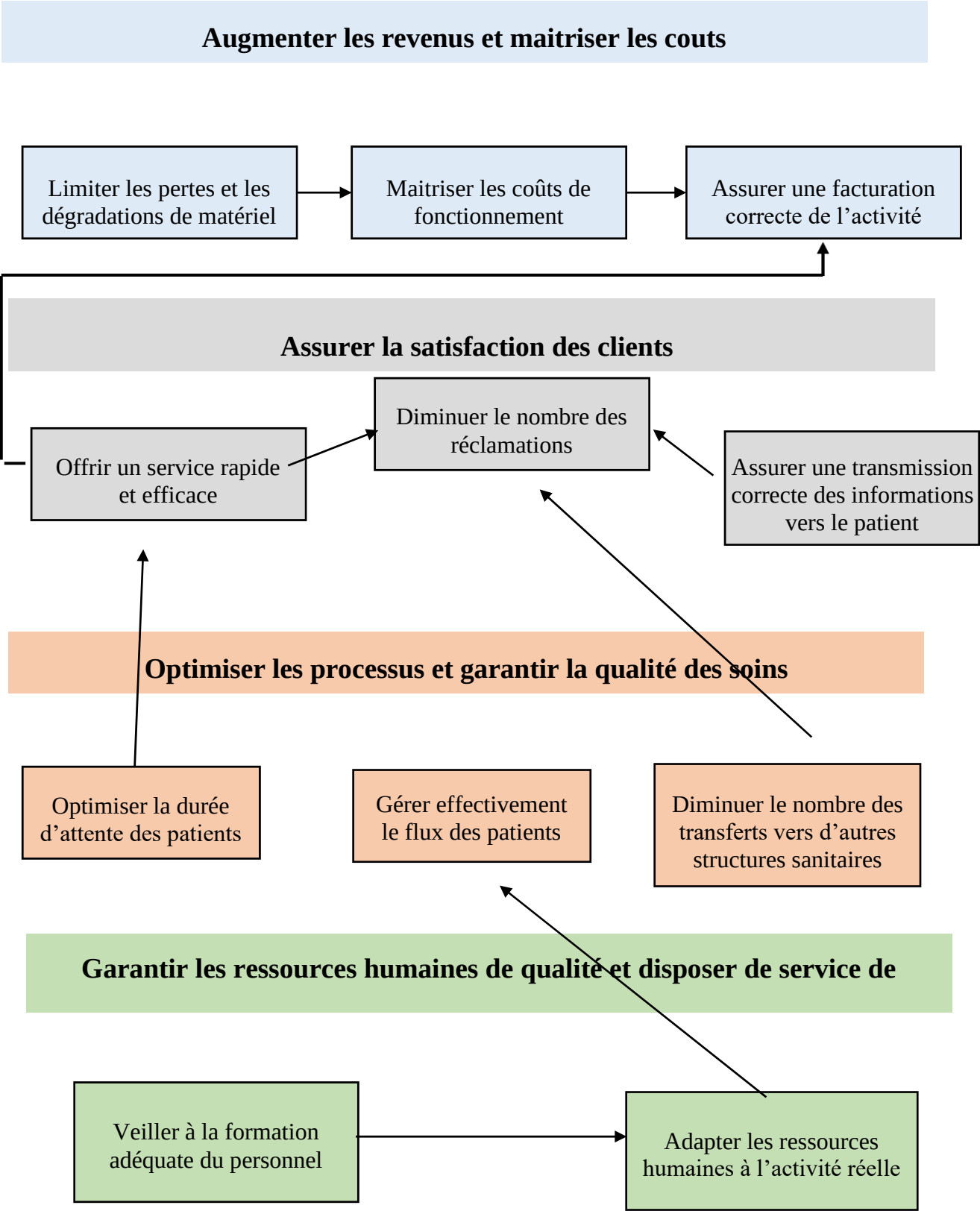
Salle d'observation :



Salle de déchoquage :



Le processus long :



Après la réalisation de la carte stratégique de chaque sous processus, nous procédons à la conception des tableaux de bords prospectifs de chaque sous processus.

4 Présentation des tableaux de bords prospectifs des sous processus.

Les tableaux de bords prospectifs que nous avons élaborés pour le pilotage des sous-processus de prise en charge des patients au service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI, se présentent comme suit :

4.1 Le sous processus le plus fréquenté

Tableau 34 : tableau de bord prospectif sous processus le plus fréquenté.

	Objectifs	Indicateurs proposés	Performance cible	Performance réalisée
Augmenter les revenus et maitriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l'activité.	Montant des soins non facturés aux patients.		
	Maitriser les coûts de fonctionnement	- Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service. - Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.		
	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.		

		• Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	• Respect de priorité en triage.		
	Diminuer le nombre des réclamations	• nombre des réclamations à l'unité du triage.		
	Diminuer le nombre de transferts vers d'autres structures de santé	• Taux des transferts depuis l'unité de triage.		
Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Optimiser le temps de passage des patients en triage	• Durée moyenne d'évaluation.		
	Diminuer le nombre de réadmission en triage.	• Nombre des patients réadmis en triage.		
	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	• Journal clinique renseigné par le médecin.		

Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Développer des méthodes de triage	• Taux de satisfaction des patients pour la nouvelle méthode de triage.		
	Veiller à la formation adéquate du personnel	• Nombre de formation organisée		
	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	• Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		

Source : Elaboré par nos soins

4.2 Le sous processus salle d'observation

Tableau 35 : Tableau de bord prospectif salle d'observation.

	Objectifs	Indicateurs proposés	Performance cible	Performance réalisée
Augmenter les revenus et maitriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l'activité.	Montant des soins non facturée aux patients.		
	Maitriser les coûts de fonctionnement	- Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service. - Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.		
	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.		

		• Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	• Respect de priorité en salle d'observation.		
	Diminuer le nombre des réclamations	• Nombre des réclamations en salle d'observation.		
Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Diminuer la durée moyenne de séjour en salle d'observation	• Durée moyenne de séjour des patients de 75ans et plus-toute spécialité- • Durée moyenne de séjour en salle d'observation. –patient médecine- • Durée moyenne de séjour en salle d'observation-patient chirurgie-		
	Optimiser l'accès en salle d'observation.	• Taux d'occupation fonctionnelle.		

	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	• Journal clinique renseigné par le médecin.		
Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	• Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		
	Veiller à la formation adéquate du personnel	• Nombre des formations organisées		

Source : Elaboré par nos soins

4.3 Le sous processus salle de déchoquage

Tableau 36 : Tableau de bord prospectif salle de déchoquage.

	Objectifs	Indicateurs proposés	Performance cible	Performance réalisée
Augmenter les revenus et maitriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l'activité.	• Montant des soins non facturée aux patients.		
	Maitriser les coûts de fonctionnement	• Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service. • Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.		
	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	• Montant des travaux de maintenance et réparation au service. • Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		

Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	• Respect de la priorité en salle de déchoquage.		
	Diminuer le nombre des réclamations	• Nombre des réclamations en salle de déchoquage.		
Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Optimiser l'accès en salle de déchoquage.	• Taux d'occupation fonctionnelle.		
	Diminuer la durée moyenne de séjour en salle de déchoquage.	• Durée moyenne de séjour en salle de déchoquage.		
	Assurer une transmission correcte des informations vers le médecin.	• Journal clinique renseigné par le médecin.		
	Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.	• Nombre des transferts aux autres structures sanitaires.		

Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	• Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		
	Veiller à la formation adéquate du personnel	• Nombre des formations organisées.		

Source : Elaboré par nos soins

4.4 Le sous processus long

Tableau 37 : Tableau de bord prospectif processus long

	Objectifs	Indicateurs proposés	Performance cible	Performance réalisée
Augmenter les revenus et maitriser les coûts.	Assurer une facturation correcte de l'activité.	Montant des soins non facturée aux patients.		
	Maitriser les coûts de fonctionnement	- Charges salariales des professionnels de santé nécessaire au fonctionnement du service. - Charges salariales des agents de sous-traitance nécessaire au fonctionnement du service.		
	Limiter les pertes et les dégradations de matériel.	Montant des travaux de maintenance et réparation au service.		

		• Montant des articles retournés au service de la pharmacie.		
Assurer la satisfaction des clients	Offrir un service rapide et efficace	• Respect de la priorité en consultation.		
	Diminuer le nombre des réclamations	• Nombre des réclamations en consultations		
	Assurer une transmission correcte des informations vers le patient.	• Taux de transmission correcte des données aux patients		
Optimiser les processus et garantir la qualité des soins	Optimiser la durée d'attente des patients.	• Durée d'attente avant la consultation.		
	Gérer efficacement le flux des patients en consultations.	• Durée moyenne d'évaluation.		
	Diminuer la durée moyenne de séjour sur brancard.	• Durée moyenne de séjour des patients s sur brancards. • Taux des séjours de 24heures et plus.		

		• Taux de séjours de 48h et plus.		
	Diminuer le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.	• Le nombre des transferts vers d'autres structures de santé.		
Garantir les ressources humaines de qualité et disposer de service de référence et de technologie de pointe.	Adapter les ressources humaines à l'activité réelle.	• Taux d'adaptation des ressources humaines à l'activité.		
	Veiller à la formation adéquate du personnel	• Nombre des formations organisées.		

Source : Elaboré par nos soins

Une fois les tableaux de bord définis, nous avons essayé de procéder à une simulation avec le responsable statistique et un cadre administratif du pôle des affaires administratives. Notre objectif est de tester l'adéquation de ces tableaux de bords aux besoins d'informations pour la prise de décision et de vérifier la capacité du système d'information à alimenter les tableaux de bords par les informations nécessaires au calcul des indicateurs.

Le système d'informations dont dispose l'hôpital EL GHASSANI nécessite des améliorations et une organisation pour permettre la transmission des informations pertinentes pour répondre aux besoins d'informations de pilotage du service des urgences.

Les tableaux de bords élaborés permettent un pilotage de la performance hospitalière par les processus. Qui répond aux caractéristiques du BSC autant que système de contrôle à la fois diagnostique et interactif.

- ❖ Sur le plan stratégique : les tableaux de bords construits vont permettre à la fois de comparer les réalisations aux standards définies, mais aussi la direction de l'hôpital trouvera dans ces tableaux un moyen pour interagir avec les acteurs internes du service des urgences sur les questions de gestion propres au service. À ce point-ci, il est important de rappeler que le seul document stratégique dont dispose l'organisme, est document organisé en métier. Notre service d'accueil ne dispose pas de plan stratégique. Le TBP a donc été utile pour structurer les objectifs de notre service qui sait maintenant quelles actions doivent être posées pour y parvenir. Il a permis d'organiser selon les quatre axes les objectifs de l'organisation. Il est évident que l'implantation de cet outil de management ne peut remplacer un bon plan stratégique, mais nous croyons qu'il permet à tout le moins de combler, dans une certaine mesure, cette lacune stratégique observée précédemment et qu'elle présente une solution complémentaire intéressante. En somme, un TBP bien constitué peut se substituer à un plan stratégique dans le cas du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI de petite taille.
- ❖ Les BSC développés vont permettre aussi une communication des objectifs, mais aussi une prise en connaissance des facteurs clés de succès permettant l'atteinte des objectifs. La direction va pouvoir s'assurer de l'alignement stratégique et même de favoriser l'émergence des initiatives et stratégies.
- ❖ Avec l'utilisation du TBP, plus précisément de ses indicateurs, nous avons réussi à harmoniser des objectifs locaux avec des cibles précises. Pour la majorité, il était impossible de les mesurer ou du moins, le service n'avait pas l'intention et les outils nécessaires pour le faire. Maintenant,

avec le tableau de bord, il est possible d'évaluer les résultats réels et de les comparer avec les cibles. Cela permettra sans doute à la direction d'orienter sa gestion quotidienne, puisqu'il s'opère depuis un certain suivi. Ce n'était pas le cas auparavant. Les mots peuvent être interprétés différemment selon les personnes (Kaplan et Norton, 2001), mais avec la présentation de cibles maintenant chiffrées, la place de l'interprétation est limitée et les résultats entraînent une précision d'une grande valeur pour les parties prenantes et particulièrement, à la direction. Il est maintenant également possible d'évaluer si le service a atteint ses objectifs annuels ou non, ce qui n'était pas fait par le passé.

- ❖ L'outil proposé est considéré comme outil fédérateur de l'ensemble des acteurs '' soignant'' et ''administrateurs''. les efforts seront centrés sur la réalisation des objectifs déjà discutés et négociés par les différents acteurs internes.

Afin que l'hôpital EL GHASSANI puisse piloter la performance de son service des urgences, nous avons procédé à l'élaboration d'un tableau de bord prospectif pour chacun des quatre sous processus de prise en charge d'un patient admis aux urgences.

Nous avons décliné la stratégie en des objectifs opérationnels à travers les quatre axes : financier, client, processus et apprentissage organisationnel du tableau de bord prospectif. Nous avons choisi des indicateurs qui nous semblent pertinents et qui permettent de mesurer les performances et de piloter la mise en œuvre de la stratégie au niveau de chaque sous-processus.

Conclusion de la deuxième section :

En conclusion, nous avons essayé de proposer une démarche pour piloter la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI par les tableaux de bords prospectifs.

La méthode de pilotage proposée se base sur le tableau de bord prospectif. Elle permet le pilotage, l'évaluation et la mesure de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital EL GHASSANI.

L'objectif est d'élaborer un modèle permettant de contribuer dans la définition de la performance du service et assurer un pilotage de la performance grâce à un ensemble d'indicateurs capable de rendre compte d'une manière pertinente et appropriée de l'acte de l'activité au niveau des services des urgences dans les hôpitaux publics marocains.

Les constats tirés de notre étude de cas, atteste de la difficulté de notre mission. Plusieurs obstacles ont été rencontrés lors de l'élaboration de notre travail, le résultat présenté a des impacts multiples aux niveaux organisationnels et managériaux du service des urgences et à la direction de l'hôpital EL GHASSANI.

Conclusion du quatrième chapitre :

Dans ce chapitre, nous avons essayé dans la première section de présenter le cadre méthodologique de la recherche. Le choix d'un positionnement épistémologique constructiviste avec une démarche de recherche qualitative représentée par une étude de cas s'inscrit dans l'objectif de répondre à la complexité du cadre général de l'étude à savoir l'élaboration d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance du service des urgences relevant de l'hôpital EL GHASSANI. L'exploitation des informations recueillies par trois sources (entretiens, observations et analyses documentaires) a permis de comprendre le contexte de l'étude et de répondre à notre question de recherche.

Ensuite, dans la deuxième section, nous avons proposé les préalables à la mise en place d'un système de pilotage de la performance : tableau de bord prospectif. Le modèle élaboré a permis de répondre aux besoins des acteurs internes au service des urgences et à l'administration de l'hôpital EL GHASSANI, mais son application reste conditionnée par : notamment l'adéquation du système d'information hospitalier, nécessaire à l'alimentation des tableaux de bords en flux informationnels pertinents pour l'élaboration des indicateurs.

Conclusion générale

Les réformes hospitalières s'orientent vers une rationalisation et une meilleure utilisation des ressources des services de soins afin de réduire les coûts tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins rendus aux patients. À cet égard, l'utilisation du BSC permettra d'améliorer la performance hospitalière.

Dans ce travail de recherche, nous avons essayé de traiter, tant sur le plan théorique que pratique, les différentes questions développées autour de la problématique de pilotage de la performance hospitalière. En effet, la question principale a visé l'exploration d'un outil pour le pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences relevant du Centre hospitalier Régional AL GHASSANI. L'outil proposé vise à contribuer dans la mesure et l'amélioration de la performance hospitalière au niveau du CHR AL GHASSANI.

Dans le but de répondre à la question de la recherche, le premier chapitre a été consacré à l'étude de l'articulation entre contrôle de gestion et performance organisationnelle. Nous avons étudié l'évolution des fondements théoriques du contrôle de gestion à la lumière des théories des organisations. Ce qui nous a permis de distinguer trois étapes d'évolution : la première est caractérisée par un contrôle de gestion instrumental, la deuxième est guidée par des approches théoriques favorisant un contrôle de gestion de pilotage. Si l'existence des deux modèles génériques permet une clarté d'analyse, dans la pratique on a souvent tendance à légitimer un modèle générique compte tenu des choix stratégiques, de la logique de pilotage et des valeurs managériales partagées dans une entreprise. Il convient de mettre l'accent sur le pilotage tout en ne négligeant pas la mesure et la responsabilité individuelle des acteurs. L'approche contingente a permis de faire cohabiter les deux modèles de contrôle en mettant l'accent sur la contingence des outils ainsi que sur le diagnostic de l'organisation avant la mise en place du contrôle de gestion. Ce qui nécessite l'adoption d'un contrôle de gestion dont le dosage est tributaire du contexte.

Ce chapitre a été aussi dédié à la définition d'un autre concept de base en rapport avec notre sujet de recherche. À cette fin, nous avons présenté les éléments fondamentaux au concept de la performance organisationnelle. Une synthèse des travaux présentés nous a permis de cerner ce concept, et de présenter les différentes approches de la performance organisationnelle. Puis, nous avons présentés le contrôle de gestion comme processus de management de la performance.

Au niveau du deuxième chapitre, à la lumière des spécificités des établissements hospitaliers, nous avons analysé les difficultés rencontrées pour adopter la mise en œuvre du contrôle de gestion en milieu

hospitalier. L'ensemble de ces obstacles sont liées à la nature de l'activité hospitalière et la structure professionnelle des hôpitaux. Toutefois, nous avons essayé de présenter le contrôle de gestion comme un remède aux différents obstacles organisationnels spécifiques aux établissements hospitaliers.

Par la suite nous avons présenté les modèles d'évaluation de la performance les plus recensés dans la littérature, et plus spécifiquement le Balanced ScoreCard, l'outil mobilisé dans notre étude. Un outil innovant, adapté aux établissements hospitaliers et capable de piloter la performance hospitalière au niveau du service des urgences AL GHASSANI, lieu de notre étude.

Dans le secteur des services, les tableaux de bord sont au cœur du pilotage de la performance (probablement plus que les budgets) et le lien entre les indicateurs opérationnels (mesure avancée de la performance en train de se construire) et les indicateurs financiers (mesure retardée de la performance constatée) se fait particulièrement bien dans le cadre du balanced scorecard. S'est ainsi qu'on remarque qu'il existe une articulation entre le contrôle stratégique au contrôle opérationnel sans passer par l'outil central habituel du contrôle de gestion : la modélisation financière des budgets est reléguée au second plan. Ces constats ont été confirmés suite aux études de cas analysés.

Dans un troisième chapitre, nous avons essayé de découvrir le contexte général et spécifique de l'étude. À cet égard, nous avons présenté dans un premier lieu, le système de santé marocain. Une attention particulière a été accordée aux différentes réformes, aux objectifs escomptés et aux résultats réalisées. Dans un deuxième lieu, nous avons présenté le contexte spécifique de l'étude. Il s'agit du CHR AL GHASSANI, plus spécifiquement le service des urgences. Nous avons conduits une étude critique, qui nous a permis de déceler les principaux problèmes liées à la prise en charge des patients et nous avons schématisés les différents circuits de soins, d'où la présentation de quatre sous processus.

L'établissement des circuits et processus de prise en charge est une étape cruciale dans la compréhension de notre service d'étude, mais aussi dans la construction des tableaux de bords prospectifs au niveau du service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI.

Au niveau du quatrième chapitre, nous avons présenté la méthodologie de recherche et les résultats obtenus ayant porté notamment sur la construction des tableaux de bords prospectifs pour le pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI.

L'un des principaux résultats de l'étude est l'adaptabilité du BSC à notre terrain d'étude. La détermination des axes stratégiques, des objectifs et des indicateurs et leur mise en relation en carte stratégique pourront servir le processus de pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI.

L'analyse du contexte hospitalier marocain permet de mettre à jour, un certain nombre de recommandations par rapport au levier du succès d'un projet d'implantation d'un tableau de bord prospectif en milieu hospitalier :

- L'organisation hospitalière au Maroc souffre encore des maux de la bureaucratie professionnelle. Il faudra ainsi impulser les pratiques de gestion décentralisées à travers l'octroi des marges de manœuvre de gestion importantes aux acteurs et l'ancrage de la culture de responsabilisation et de reddition des comptes ;
- La révision de la nomenclature des actes professionnelle et du codage des diagnostics des interventions hospitalières s'impose de manière importante, afin de suivre l'évolution des pratiques médicales et d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation efficiente des ressources ;
- La mise en œuvre d'un système d'information intégré est un sujet prioritaire. Ce système doit être orienté vers la description de l'activité médicale (système de classification et de tarification), et intégré en matière des pratiques sécurisées du contrôle interne. Le contrôle interne du système d'information contribue à la maîtrise des activités d'un hôpital, à l'efficacité de ses opérations et à l'utilisation efficiente de ses ressources.
- Le développement des modes de financement hospitaliers. Au Maroc, le financement actuel des hôpitaux publics par budget ligne n'incite pas les acteurs à être plus efficaces et ne favorise pas l'efficience hospitalière. Les expériences étrangères ont montré que le mode de financement utilisé influence de manière significative la gestion hospitalière. En outre, il s'avère primordial que les remboursements obtenus soient corrélés au volume et à la nature de l'activité hospitalière (cas du financement par budget basé sur les DRG et du financement à l'activité).
- La budgétisation par département (service de soin) qui consiste à répartir le budget externe (administratif) et les ressources propres de l'hôpital entre ses différentes fonctions ou services. En effet, un système de gestion prévisionnelle ne peut être bien exécuté sans une décentralisation du processus de budgétisation. La budgétisation par service permet de définir des objectifs en termes d'activité et de leur allouer des moyens en s'efforçant de modéliser les relations entre moyens et résultats. Le budget devient ainsi un contrat matérialisant l'engagement des acteurs envers certains objectifs et celui de l'organisation (ou du bailleur de fonds) envers certains moyens. Une autre condition indissociable au développement des pratiques de budgétisation par services est l'amélioration de la performance des systèmes de recouvrement hospitalier. Le suivi des recettes et des dépenses par service permettra de faciliter la mise en œuvre des pratiques contractuelles. Un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions permet aussi d'asseoir les bases du contrôle de gestion hospitalier.
- Le Développement des autres outils de contrôle de gestion notamment :

- Les tableaux de bord qui constituent des outils bien adaptés au contexte hospitalier, puisqu'ils fournissent de façon plus rapide et sommaire l'information essentielle. Les indicateurs d'activité et de gestion contenus dans les tableaux vont permettre de suivre et de comparer l'activité des différents services qui sont de nature similaire (exemple des services de la chirurgie générale, de la traumatologie, de médecine générale).
- La comptabilité générale qui deviendra de plus en plus une obligation permettant de garantir la transparence des opérations économiques hospitalières. La comptabilité générale devra constituer la première source de données pour la gestion hospitalière. Des efforts doivent être déployés pour assurer une harmonisation et une conjugaison des pratiques de la comptabilité budgétaire avec la comptabilité générale dans un objectif d'intégrer la comptabilité générale dans la pratique quotidienne de la gestion des opérations économiques des hôpitaux.

Contributions théoriques et pratiques

Cette recherche contribue tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Sur un plan théorique, la contribution concerne la compréhension de l'évolution du cadre théorique de contrôle de gestion et les outils de pilotage de la performance dans le milieu hospitalier. Au Maroc, la recension des écrits démontre la rareté des travaux qui concernent la construction des TBP spécifiques à des établissements ou services hospitaliers. Cela contribue donc à la littérature en contrôle de gestion dans le contexte hospitalier marocain.

Par cette étude, nous avons essayé d'élaborer un BSC pour le pilotage de la performance hospitalière au niveau du service des urgences relevant du centre hospitalier régional AL GHASSANI de Fès. Aussi nous avons pu comprendre et délimiter l'organisation et le déroulement des activités du service des urgences, les ressources mobilisées dans le cadre de prise en charge des patients et les processus de prise en charge.

D'un point de vue pratique, cette recherche pourra permettre aux gestionnaires de mieux piloter la performance du service des urgences, déterminer le ou les processus à améliorer. Ils pourront ainsi prendre des décisions qui permettront de maintenir le niveau de qualité des soins maximale tout en optimisant les dépenses directes relatives à la prise en charge des patients.

À l'instar de toute œuvre humaine, qui est difficilement exempte d'imperfections, les recherches et les résultats de cette thèse présentent des limites. Pour l'état de l'art et de la revue de la littérature, nous insistons sur le fait que la principale limite de ce travail a pour origine la difficulté de mener un projet complexe (construction d'un tableau de bord prospectif) dans un contexte complexe (service des urgences relevant du CHR AL GHASSANI). Cette complexité nous a amené à utiliser les données disponibles dans notre terrain de recherche. Cette méthodologie adoptée présente l'avantage de faciliter en termes de mise en œuvre, mais en contrepartie une imprécision en matière de production des résultats affectant les objectifs et les indicateurs retenus. La cause principale de cette imprécision revient à la faiblesse du système d'information utilisé, capable de produire des données paramétrées et dont les acteurs internes n'ont pas la possibilité de modifier.

Une autre limite de notre étude porte sur sa généralisation. En effet, une étude de cas unique qui concerne la mise en œuvre d'un tableau de bord prospectif dans le service des urgences ne permet pas d'assurer une généralisation de sa pertinence d'utilisation. La réalisation au niveau d'un département précis ne permet pas non plus d'assurer que les résultats soient également aussi intéressants pour d'autres départements de même type. Il serait donc souhaitable que les recherches à venir se penchent sur des applications plus larges dans le but de chercher des standardisations en termes, de méthodologie et d'approche de pilotage de la performance par les TBP.

La construction des tableaux de bords prospectifs au niveau des autres établissements permettra de comparer l'utilité d'utilisation de l'outil, mais aussi la pertinence des indicateurs utilisés. Nous pourrions alors analyser les différences et en étudier la pertinence en termes, de benchmarking. Il est important de signaler que les données utilisées concernent un hôpital régional de deuxième niveau où les processus étudiés peuvent être différents par rapport aux services des urgences des CHUs ou des cliniques privées ; les recherches futures qu'ils seraient possibles

- Études comparatives : Il faudra ainsi donc élargir cette étude à d'autres services des urgences afin d'avoir une idée plus précise sur les indicateurs nécessaires au pilotage de la performance hospitalière dans le secteur privé et public.
- Recherche-action sur un projet de construction d'un tableau de bord prospectif a au niveau de l'hôpital AL GHASSANI.

Ouvrages et chapitre d'ouvrages

- Alazard, C., & Sépari, S. (2010). DCG 11—Contrôle de gestion -Manel et applications (2ème édition). Dunod.
- Bouquin, H. (2004). « Le contrôle de gestion ». 6 ème édition, PUF Paris, page 60.
- Burlaud, A., & Claude J, S. (2013). « Le contrôle de gestion » (3e édition). La Découverte.
- Crozier, M. (1970). La société bloquée. Paris seuil. Cité par, Bollecker, M et Gerald, N. (2014). Le contrôle de gestion d'aujourd'hui : débats, controverses et perspectives. Edition Vuibert, page 17.
- Le Moigne J-L (1973). « Analyse des systèmes ». Editions des organisations.
- Girin Jacques (1990) “L’analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode”, in Martinet Alain-Charles [ed] Epistémologies et sciences de gestion, Paris, Economica, pp. 141-182
- Lorino, P. (1993). « Le contrôle de gestion par les activités ». Edition DUNOD, Paris, p 40.
- Lorino. P, méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences, Editions Organisation 2003, page 36.
- Mintzberg, H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris, Éditions d'Organisation, 1982. Trad. anglaise : The Structuring of Organizations : a Synthesis of the Research, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.
- Bollecker. M., & Naro. G., (2014). « Contrôle de gestion, débats, controverses et perspectives », Edition Vuibert, France, page 20.
- Berland. N. (2009). « Mesurer et piloter la performance ». E-bouk, sur : www.management.free.fr
- Gauthier P. H., Grenon A ., Omnès L., Perchet J. Y. (1975) L’analyse de gestion à l’hôpital, Heral Editions.
- Gervais. M. (1990). « Contrôle de gestion et planification budgétaire ». Edition Economica, p. 60.
- Kalika., M. (1988). Structure de l’entreprise, réalité, déterminants, et performance. Editions Economica, Paris.
- Lorino P. (1997), « Méthodes et pratiques de la performance », Éd. d’Organisation.
- Morin E-M., Savoie A. & Beaudin G., (1994). L’efficacité de l’organisation : théories, représentations et mesures. Gaëtan Morin Editeur, Montréal page 40.
- Moisdon J.-C. (Ed.), Du mode d’existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l’épreuve de l’organisation, Éditions Seli Arslan, Paris, 1997.
- Reynaud, J.D. (1995). « Le conflit, la négociation et la règle ». Paris Octares
- Actes de colloques et conférences

- Bollecker. M, (2000). Le contrôleur de gestion : une profession a dimension relationnelle ? 21^{ème} congrès de l'AFC, France.
- Bescos, P. L., & Mendoza. C. (2011). Contrôle de gestion, qualité des informations pour la prise de décision et facteurs de contingence. 20^{ème} congrès de l'AFC, France.
- Bréchet, J.-P., Mevellec, P. (1997). L'articulation de la stratégie et du contrôle de gestion: L'apport de la modélisation en termes d'activités et de Processus. VI^{ème} Conférence de l'Association Internationale du Management Stratégique (AIMS). Montréal.
- Cadiou, et al (2007), Les rationalités stratégiques, Utopie ou réalité de la performance globale, Acte du colloque sur la performance.
- Fabienne A. le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse l'émergence de risques organisationnels. 21^{ème} congrès de l'afc, May 2000, France. pp. CD-Rom. halshs-00587417
- Langevin, P. (1999). Contrôle de gestion et théories économiques de l'organisation. Séminaire GEFAG-SFA, Faire de la recherche en contrôle de gestion.
- PARIENTE P : « les approches contingentes en contrôle de gestion ». Faire de la recherche en contrôle de gestion, 1999, ENEGE, p 83.
- Pesqueux. Y (2004). La notion de la performance globale. Cinquième forum international sur la performance globale de l'entreprise, université de Tunisie Carthage, 1 et 2 décembre.

Thèses de doctorat/Cahiers et documents de travail

- Alice teil, (2002)., « Défi de la performance et vision partagée des acteurs Application à la gestion hospitalière », thèse de doctorat, es sciences de gestion, Université Jean Moulin – Lyon 3, soutenue le 4 janvier.
- Baptiste V., (2003) « Le statut de l'auto-évaluation dans la démarche de changement : L'accréditation hospitalière », Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, soutenue le 31 mars, Université Jean Moulin – Lyon 3.
- BESSON. P, « Les opérations de contrôle, contribution à la théorie et à l'ingénierie du contrôle d'organisation », thèse, université Lyon II, 1989.
- Garrot T. (1995) Le management des activités en milieu hospitalier, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis
- JELLOULI Tarik. (2011) « Contrôle de gestion et pilotage dans le secteur public : cas des établissements publics marocains ». Thèse de Doctorat, Thèse université Mohamed V-Agdal.
- Hayat EL Boukhari, dans, Les contributions des variables des systems d'informations à la performance organisationnelle : une étude exploratoire par la théorie des ressources- cas de la grande entreprise marocaine. Thèse de doctorat, Université sidi Mohammed Ben Abdellah Fès, 2014.
- Mohamed Mahjoub Dhiaf (2007). Proposition d'un modèle de mesure de l'impact du TQM sur la performance globale : Cas des entreprises tunisiennes de textiles-habillement. Thèse de Doctorat, Paris Tech, France.
- Pendaries M. Thèse, le pilotage par la valeur de la performance des organisations : cas des entreprises industrielles gérées par affaire, Université de la méditerranée – Aix – Marseille II, 2011.
- Document technique et guide
- ANAM « Tarification des prestations médicales : Processus de calcul du coût des prestations »

- Médicales forfaitisables », Document technique, Décembre 2015
- MeaH (2006) (mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers « Usage de la comptabilité analytique hospitalière dans les hôpitaux publics et PSPH – Approfondissement » Rapport de fin de phase 1
- PNPCG (2020-2029) Vol 4- Axe offre de soins et services.
- Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière (2008)
- Haut-Commissariat au Plan (2018) « La protection sociale selon les données de l'enquête nationale sur l'emploi Mahjoub Aaibid, Statisticien au HCP ». N°6. 11 novembre, Maroc
- Institut canadien d'information sur la santé (2017) « Document technique sur la Base de données canadienne sur les coûts par patient Méthodologie SIG d'établissement des coûts, Mars
- Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients (2014) « L'information clinique et financière – Mieux connaître les coûts et les services rendus » Document technique, Bibliothèque et Archives nationales du Québec. ISBN 978-2-550-69952-1
- Globocan 2020 « Global Cancer Statistics Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries » International Agency for Research on Cancer 2022 (<http://gco.iarc.fr/>)
- Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients « L'information clinique et financière » Mieux connaître
- H. P. Sawadog (2021) « L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête » Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines.
- L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé, Bibliothèque et Archives nationales du Québec Février 2014 ISBN 978-2-550-69946-0 (PDF) p 66
- Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux
- D.S. Shepard, D. Hodgkin, Y.E. Anthony (2000) « Analysis of hospital costs: a manual for managers ». World Health Organization, Geneva, p. 100
- D. Negrini et al. (2005) « Intensive care costing and international comparisons ». Clinical Intensive Care , Volume 16, 2005 - Issue 1
- OMS (2020) « Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: Report of the 2019 global survey ».
- Partners for Health Reformplus « Management Accounting System for Hospitals (MASH) », Manual. Bethesda, MD : The Partners for Health Reformplus Project, . October 2004
- Arrêté du ministre de la santé n° 177-06 du 26 hijra 1426 (27 janvier 2006) fixant la nomenclature générale des actes professionnels.
- Arrêté du ministre des affaires sociales n° 221-98 du 30 ramadan 1418 (29 janvier 1998) fixant les tarifs des actes et prestations rendus par les Centres hospitaliers.
- Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

Articles de périodiques

- Abernethy, Margaret A. & Stoelwinder, Johannes U., 1995. "The role of professional control in the management of complex organizations," *Accounting, Organizations and Society*, Elsevier, vol. 20(1), pages 1-17, January.
- Ahmed, A. M. (2002). Virtual integrated performance measurement. *Journal of Quality et reliability Management*, volume 19, Issue 4, pp : 414-441.
- Angelé-Halgand, Nathalie. (1995). Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité Contrôle Audit*. 1. 34-51. 10.3917/cca.012.0034.
- Arrow Kenneth J. (1974), *The Limits of Organisations*, New York, Norton. Éd. Française : 1976, *Les Limites de l'Organisation*, Paris, Presses Universitaires de France
- Bhimani, A., & Langfield-Smith, K., (2007). Structure, formality and the importance of financial and non-financial information in strategy development and implementation. *Management Accounting Research*, volume 18, pp: 3–31
- Bourguignon, A. (2004). Performance Management and Management Control: Evaluated Manager's Point of View. *European Accounting Review*, Vol. 13, n° 4, pp. 659-687.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context : Findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2), 127-168. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00027-7).
- Demeestère, R. (1995). La transversalité : gestions des processus et projets. *Revue française de gestion*, Issue 104, pp: 52-54.
- Dossi, A., & Patelli, L., (2010). You Learn From What You Measure: Financial and Non-financial Performance Measures in Multinational Companies. *Long Range Planning* volume 43, pp: 498–526.
- Ekoka. B, (2003). Structuration du modèle financier du contrôle de gestion à travers les disciplines à sa source, *Cahier de recherche* n° 2003-160.
- Franco Santos, M., Kennerley, M., Micheli, P., Martinez, V., Mason, S., Marr, B., Gray, D., Neely, A., (2007). Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal of Operations & Production Management*, volume 27, pp: 784–801.
- Grabner, I., & Moers, F. (2013). Management control as a system or a package? Conceptual and empirical issues. *Accounting, Organizations and Society*, 38(6), 407-419. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2013.09.002>.
- Gauzente C. (2000). Mesurer la performance des entreprises en absence des indicateurs objectifs. Quelle validité ? Analyse de certains indicateurs. *Finance, Contrôle et Stratégie*, volume 3, Issue 2, pp : 146-167.
- Gervais F. (1997). « Le plaisir de lire au primaire ». In M. Noël-Gaudreault (dir.), *Didactique de la littérature. Bilan et perspectives*. Québec : Nuit blanche, p. 33-45.
- Hansen G-S & Wernerfelt, B. (1989). Determinants of firm's performance: Relative importance of economic and organizational Factors. *Strategic Management Journal*, volume, 10, Issue 5, pp. 399-411.
- Hax A. C. & Majluf N-C. (1983). Organization design: A case study on Matching Strategy and Structure. *Journal of Business Strategy*, volume. 4, Issue 2, pp: 72-86.

- Hubbard, G. (2009). Measuring organizational performance: beyond the triple bottom line. *Business Strategy and the environnement*, volume 19; pp: 177-191.
- Zimnovitch. H., (1995). L'émergence des coûts standards aux USA : 1880-1930. *Association Française de la Comptabilité, Journée d'étude : Histoire de la Comptabilité*.
- Johnson. H, T & Kaplan, R.S, (1987). The rise and fall of management accounting. *Management accounting*, volume 7, Issue 68, ABI/Inform Global, page 22.
- Strauss. E. & Zecher. C (2013). Management Control System: A Review. *Journal of Management Control*, volume 23, issue 4, pp: 133-288.
- Lebas, M. (1995). Oui il faut définir la performance. *Revue française de la comptabilité*, Juillet-Aout, pp : 61-66
- Langevin. P. (1996). Le contrôle dans les théories économiques des organisations. *Cahier de recherche, Groupe ESC Lyon, France*.
- Meyssonier, F. et Rasolofo-Dastler, F., 2008. «Le contrôle de gestion entre responsabilité globale et performance économique : le cas d'une entreprise sociale pour l'habitat». *Comptabilité, contrôle et audit*, 14(2): 107-124.
- Neely, A., Adams, C., Adams, C. & Kennerley, M. (2002). The performance Prism- the Scorecard for measuring and Managing Success. London: Pearson Education Limited.
- Nobre, T. (2001). Le contrôleur de gestion de la PME. *Comptabilité – Contrôle – Audit*, 7, 129-146.
- Quinn R-E. & Rohrbaugh J. (1981). A competing Values Approach to organizational Effectiveness. *Public Productivity Review*, pp: 122-140.
- Oliver, J., (2009). Continuous improvement: role of organizational learning mechanisms. *International Journal of Quality & Reliability Management*, volume 26, pp: 546–563.
- Henri, J.F. (2006). Management control systems and strategy. A resource-based perspective. *Accounting, Organizations and Society*, volume 31, Issue 6, pp. 529-558.
- Modell, S. (2012). The politics of the Balanced Scorecard. *Journal of Accounting and Organizational change*. Volume 8, Issue 4, pp: 116-138.
- Justin, J (2004). Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle. *Comptabilité Contrôle Audit*, numéro thématique. Tome 10, pp. 213-236.
- Kasperskaya, Y., & Tayles, M., (2013). The role of causal links in performance measurement models. *Managerial Auditing Journal*, volume 28, pp: 426–443.
- Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting : Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413-428. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(80\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0361-3682(80)90040-9).
- Prieto, I. M., & Revilla, E. (2006). Learning Capability and Business performance: a non-financial and financial assessment. *The Learning Organization*, volume 17, Issue 3, pp : 243-267.
- Parsons, J. (2007). Measures to learn whilst learning to measure. *Measuring Business Excellence*. Volume 11, Issue 1, pp: 11-19.
- Paulsson, G. (2012), The Role of Management Accountants in New Public Management. *Financial Accountability & Management*, 28: 378-394. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2012.00552.x>

- Ekoka, B. E. (2006). Cohérence logique entre le modèle stratégique-opérationnel en contrôle de gestion et la théorie de la firme-compétence foncière des économistes évolutionnistes : une lecture historique, *Comptabilité, Contrôle et Audit*. Tome 12. 2006/3, pp : 139-161.
- Mévellec, P. (1995). La comptabilité à base d'activités : une double question de sens, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, n°1, tome 1, pp : 63-79.
- Merchant K. A. (1998), *Modern Management Control Systems : Text & Cases*, International Edition
- Parsons, B.A., (2007). The state of methods and tools for social systems change. *American Journal of Community Psychology*, volume, 39, pp: 405–409.
- Pettersen I. J., 1995, Budgetary Control of Hospitals- Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? *Financial Accountability and Management* 11 (3), 207-221.
- Simons, R. (1995). *Levers of control : How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press.
- Tung, A., Baird, K., Schoch, H.P., (2011). Factors influencing the effectiveness of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management* volume 31, pp: 1287–1310.
- Regnard, Y. (1998). Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques. *Comptabilité Contrôle Audit*, 4, 49-67. <https://doi.org/10.3917/cca.041.0049>.
- Wartick .S & Cochran. P. (1984). The evolution of the corporate social performance model. *Academy of the Management Review*, volume 10, Issue 4, pp: 758-769.
- Zawadzki, C. & Nobre, T. (2013). Stratégie d'acteurs et processus d'introduction d'outils de contrôle de gestion en PME. *Comptabilité, Contrôle et Audit*, Tome 19, volume 1, pp. 91-116.
- Lorino, P. (2008). Méthodes de recherche en contrôle de gestion : une approche critique, *Finance, Contrôle Stratégie*, 11 hors-série, pp.149-175

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des apports de la pensée managériale classique et des théories des organisations sur le développement du contrôle de gestion	29
Tableau 2 : La dimension systémique du contrôle de gestion.....	45
Tableau 3 : Récapitulatif des apports des théories de management sur le développement du modèle de pilotage.....	50
Tableau 4 : Orientations possibles du contrôle de gestion.	57
Tableau 5 : les contours du schéma de pilotage	96
Tableau 6 : description des sous-dimensions de la performance	132
Tableau 7 : caractéristiques du BSC utilisé comme système de contrôle diagnostique ou interactif.....	153
Tableau 8 : synthèse des études de cas étudiés.	166

Tableau 9 : Evolution des établissements de soins de santé primaires publics.....	181
Tableau 10 : Evolution des établissements hospitaliers publics.....	181
Tableau 11 : Evolution des effectifs de personnels exerçant dans les établissements publics.....	181
Tableau 12: Evolution de l'offre de soins dans le secteur privé.....	181
Tableau 13 : comparaison des administrations de type wébérienne et NPG.....	186
Tableau 14 : synthèse des réformes du système de santé marocain.	199
Tableau 15: Orientations stratégiques des différents projets.	222
Tableau 16 : 7ème axe stratégique du projet managérial	223
Tableau 17 : fiche signalétique du service des urgences AL GHASSANI	225
Tableau 18 : processus constitutifs du service des urgences AL GHASSANI.....	229
Tableau 19 : Principes du paradigme constructivisme.....	245
Tableau 20 : Cadre intégrateur pour quatre démarches de recherche en sciences de gestion... 	247
Tableau 21 : Typologies d'Étude de cas.....	251
Tableau 22 : Acteurs entrevus et leurs nombres.	260
Tableau 23 : acceptations du concept de la performance par les acteurs internes.	267
Tableau 24 : synthèse de verbatim, sur les indicateurs de mesures de performance utilisés au service des urgences.	270
Tableau 25 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le plus fréquenté.	279
Tableau 26 : objectifs et FCS du sous-processus salle de déchoquage.	280
Tableau 27 : objectifs et FCS du sous-processus salle d'observation.	281
Tableau 28 : objectifs et FCS du sous-processus chemin le long.	283
Tableau 29 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus-chemin le plus fréquenté- 	288
Tableau 30 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle d'observation	291

Tableau 31 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus salle de déchoquage.	294
Tableau 32 : objectifs et indicateurs retenus pour le sous processus long.....	297
Tableau 33 : Fiche technique des indicateurs utilisés.....	301
Tableau 34 : tableau de bord prospectif sous processus le plus fréquenté.	316
Tableau 35 : Tableau de bord prospectif salle d'observation.	319
Tableau 36 : Tableau de bord prospectif salle de déchoquage.	322
Tableau 37 : Tableau de bord prospectif processus long	325

Liste des figures

Figure 1 : Design de recherche.....	19
Figure 2 : Le contrôle de gestion et l'effet de rétroaction.....	25
Figure 3 : Les leviers de contrôle.	61
Figure 4 : Caractéristiques du modèle classique vs Modèle de pilotage en contrôle de gestion ...	64
Figure 5 : Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur	129
Figure 6 : le cadre de mesure de la performance élaboré par l'OMS, le PATH.	131
Figure 8: le modèle intégrateur de Sicotte.	136
Figure 9: Les critères de choix des indicateurs de performance	139
Figure 10: Distinctions et complémentarités avec les tableaux de bord.	142
Figure 11 : Les quatre axes du balanced scorecard.....	147

Figure 12: Les axes du BSC pour les organismes du secteur public	152
Figure 13 : Processus de prise en charge des patients au niveau du service des urgences AL GHASSANI.....	232
Figure 14 : sous-processus -chemin le plus fréquenté.....	234
Figure 15 : sous-processus salle de déchoquage.	236
Figure 16 : sous-processus salle d'observation.	238
Figure 17 : sous-processus le chemin le plus long.	240
Figure 18 : Construction de l'objet dans l'approche constructiviste.	246
Figure 19 : Modes de raisonnement et connaissance scientifique.....	255
Figure 20 : Modèle du BSC spécifique au service des urgences AL GHASSANI.	278
Figure 21 : processus de production d'un indicateur	286

Annexe 1 : Guides des entretiens

Entretiens menés avec les professionnels de santé du service des urgences du CHR AL GHASSANI.

Présentation :

Titre de l'étude : « **Balanced ScoreCard et pilotage de la performance hospitalière : Cas du Centre Hospitalier Régional –Fès-**»

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de thèse qui vise à élaborer un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences.

Cet entretien s'adresse, au personnel du service des urgences (médecin et infirmier), afin de tirer les données nécessaires à la mise en œuvre d'un TPB. Ces données portent principalement sur l'organisation du service, sur les activités intervenant dans les processus de soin et sur les ressources humaines et matérielles mobilisées. D'autres questions vont porter sur la gestion du service de façon générale et de façon particulière le système d'information hospitalier utilisé par le CHR.

L'entretien devrait prendre environ 30 à 40 minutes. Les informations collectées seront présentées en respectant l'anonymat des répondants.

5.1.1 Guide d'entretien adressé aux médecins du service des urgences relevant du CHR

AL GHASSANI

- ✓ Quelles sont les activités effectuées par les médecins au niveau du service des urgences ?
- ✓ Quels sont les types de consultations effectuées par les médecins du service des urgences ?
- ✓ Quelles sont les pièces nécessaires pour l'ouverture d'un nouveau dossier patient ?
- ✓ Pouvez-vous décrire le circuit du patient admis aux urgences ?
- ✓ Pouvez-vous décrire les étapes de prise en charge du patient aux urgences ?
- ✓ Pouvez-vous donner une estimation moyenne de la durée de réalisation des différents actes médicaux ?

Actes médicaux	Durée moyenne
Consultation médicale	
Consultation chirurgicale	
Triage	

- ✓ Pouvez-vous procéder à une classification des malades par causes d'admissions ?
- ✓ Pouvez-vous estimer le temps moyen de passage d'un patient au niveau des urgences ?
- ✓ Pouvez-vous recenser les difficultés rencontrés lors de la prise en charge des patients au niveau des urgences

Présentation :

Titre de l'étude : « **Balanced ScoreCard et pilotage de la performance hospitalière : Cas du Centre Hospitalier Régional –Fès-**»

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de thèse qui vise à élaborer un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences.

Cet entretien s'adresse, au personnel du service des urgences (médecin et infirmier), afin de tirer les données nécessaires à la mise en œuvre d'un TPB. Ces données portent principalement sur l'utilisation des outils de mesure, l'intégration de ces outils, l'élaboration des indicateurs et les difficultés inhérentes à la mise en œuvre.

L'entretien devrait prendre environ 30 à 40 minutes. Les informations collectées seront présentées en respectant l'anonymat des répondants.

Questions principales	Questions secondaires	Objectifs
A. <u>Informations générales :</u> 1. Pour débiter notre entretien, pouvez-vous vous présenter ? 2. Est-ce que vous pouvez me décrire votre mission/ attributions. 3. Selon vous quelles sont les qualités/compétences d'un gestionnaire responsable de service administratif/hospitalier ?	-votre parcours professionnel ? votre formation ? expérience dans l'établissement ? expérience dans le poste ? -Jugez-vous que votre formation et en adéquation avec vos missions ? quels sont les missions les plus fréquentes ?	Collecter les informations générales, dégager l'expérience en termes des pratiques de gestion.

B. <u>Environnement</u> : 1. Disposez-vous des ressources nécessaires pour la réalisation des missions spécifiques à votre service /unité de soins. 2. Comment qualifiez-vous la nature des relations entretenues avec les différents services/unités/fonctions. 3. Comment qualifiez-vous la nature des relations avec les usagers de votre service ?	-adaptation des qualifications des ressources humaines ? -disponibilités du matériel et équipements ? -relation entre les différents services/unités ? -relation entre les services de soins/service administratifs. -relation entre service hospitalier/ médicotechnique. -relation avec la direction de l'hôpital et le centre. -moyens de coordination / fréquences. -usagers internes. -usagers externes.	Mettre l'accent sur les caractéristiques de l'environnement hospitalier
---	--	--

C. <u>Perception de la performance :</u> 1. Partager vous une définition de la performance dans votre organisation ? 2. Optez-vous pour une définition de la performance spécifique à votre service ? 3. Partagez-vous les valeurs et objectifs de votre organisation au sein de votre service ?	-les dimensions ? est-elle le résultat d'un consensus ? Les dimensions ? pourquoi privilégiez cette/ces dimensions ?	Cerner les différentes perceptions de la performance hospitalière.
D. <u>Utilisation des outils de mesure de la performance.</u> 1. Utilisez-vous des outils de gestion ? 2. Comment jugez-vous le nombre d'outil mise à votre disposition ?	-lesquels ? fréquences d'utilisation ? visée/objectifs d'utilisation ? -sont-ils des outils élaborés pour les besoins spécifiques de votre service ?/ dictés par votre hiérarchie ?	

3. Disposez-vous d'outils spécifiques à la mesure et l'évaluation de la performance ?		
	-lesquels ? fréquence d'utilisation ?	
4. cet outil, s'oriente à la mesure de la dimension : coût, efficacité, efficience, qualité ?	-sont-ils des outils élaborés par le service ? ou dicté par votre hiérarchie ?	
	- à usage interne/externe ?	
5. pouvez-vous décrire la procédure de recueil des données ?	- si non, mettre l'accent sur les attentes/ développement d'un futur outil de mesure de la performance.	
		Evaluer l'utilisation des outils de mesure de la performance.

6. Quels sont les indicateurs les plus utilisés pour la mesure de la performance de votre unité/service ?	-la fréquence ? le personnel impliqué ? le personnel responsable du traitement et analyse/ partage ?	
7. Les résultats de mesure de la performance font il l'objet de partage ?	-nombre ? type ? répondez aux besoins ? disponibilités des données ? surestime /sous-estime votre activité ?	
8. Quels sont les difficultés que vous rencontrez pour évaluer la performance ?	-si non adaptés : proposition d'indicateurs ?	
9. Pouvez-vous nous proposez des améliorations/ développement sur l'outil utilisez ou à utiliser ?	-interne/externe ?	

	-le personnel de votre service ? -les autres responsables des autres services ? -conduit -il à l'amélioration/ correction des pratiques ? -lister les causes ?	
--	--	--

Table des matières

Résumé.....	0
Liste des abréviations.....	1
Sommaire	3
Liste des figures	6
Liste des tableaux.....	8
Introduction générale	11
Contexte	12
Motivation et intérêt de la recherche.....	13
Objectifs	14
Question de la recherche	14
Posture épistémologique et méthodologie	16
Design de la recherche et plan de la thèse.....	18
Premier Chapitre : Contrôle de gestion et performance organisationnelle, Construction d'un repère théorique et conceptuel.	20
Section 1. Évolution du contrôle de gestion : d'une logique instrumentale à une logique de pilotage.	21
Sous-section 1 : Les apports de la pensée classique en matière du contrôle de gestion.	21
1 L'évolution du contrôle de gestion à la lumière de l'école classique et néoclassique.	22
1.1 L'école classique et contrôle de gestion.....	22
1.2 Les apports de l'école néoclassique en matière de développement du contrôle de gestion...	23
2 L'approche cybernétique et le contrôle de gestion.....	24
3 Les approches contractuelles et le contrôle de gestion.	26
4 Les limites du modèle classique de contrôle de gestion.....	30
4.1 La remise en cause des fondements de base du modèle classique de contrôle de gestion.....	30
4.2 L'inadaptation des méthodes classiques d'évaluation des coûts au contexte actuel.....	33

Sous-section 2 : Le modèle de contrôle de gestion basé sur le pilotage.	35
1 La contribution de la démarche du Lean management pour le dépassement du contrôle de gestion instrumental.....	36
1.1 Le Lean management : quel apport pour le contrôle de gestion ?.....	36
1.2 Le Plan Do Study-Check Act : quel apport pour le modèle de pilotage en contrôle de gestion	37
2 L'approche psychosociologique de l'organisation et contrôle de gestion.	39
2.1 Le contrôle de gestion à l'épreuve des jeux de pouvoir et des stratégies d'acteurs : les apports de Crozier et Friedberg.....	40
2.2 Le contrôle de gestion dans le processus de régulation : de la régulation forcée à la régulation autonome.....	42
3 L'approche systémique et son apport en matière du contrôle de gestion.....	44
4 L'approche décisionnelle de l'organisation et contrôle de gestion.	47
5 L'approche évolutionniste : le contrôle de gestion comme levier de développement des capacités organisationnelles.....	49
Sous-section 3 : Le contrôle de gestion : une nécessaire cohabitation entre les deux modèles...	52
1 La théorie de la contingence et contrôle de gestion : principes et intérêt	53
1.1 Les principes de la théorie contingente et contrôle de gestion.....	53
1.2 L'intérêt des approches contingentes pour le contrôle de gestion	54
2 Les approches contingentes et l'évolution du contrôle de gestion.....	55
2.1 L'adaptation de l'outil au contexte	56
2.2 La cohabitation entre les deux modèles génériques de contrôle de gestion.....	56
3 Les leviers de contrôle de Simons : un modèle de contrôle de gestion ambidextre.....	60
4 Le contrôle de gestion ambidextre : une conciliation entre le mode d'usage interactif et diagnostique des systèmes de contrôle.....	62
Conclusion de la première section	64
Section 2 : le cadre conceptuel du contrôle de gestion et performance organisationnelle.....	66
Sous-section 1 : Le contrôle de gestion : un essai de définition.	66

1	Le contrôle de gestion émerge d'un concept.....	66
1.1	La comptabilité industrielle.....	66
1.2	L'apparition du Management scientifique (1853-1915)	67
1.3	L'apparition des grandes structures conglomerées.....	67
2	Les définitions du contrôle de gestion	68
3	L'évolution des outils de contrôle de gestion	71
3.1	La comptabilité de gestion : du calcul à la gestion des coûts.....	71
3.1.1	La méthode ABC : Une nouvelle modélisation de l'organisation	72
3.1.2	Du costing ABC au pilotage ABM	73
3.1.3	Le target costing : le coût comme outil de gestion de la valeur	73
3.2	Les instruments de la gestion prévisionnelle	74
3.2.1	Planification et gestion budgétaire	74
3.2.2	Le contrôle budgétaire.....	75
3.3	Les tableaux de bord pour un pilotage de la performance	76
3.3.1	Définition et principes de conception	76
3.3.2	Naissance de la notion des indicateurs : instrument de tableaux de bord	77
3.3.3	BSC : utiliser des données non comptables pour piloter l'organisation	78
4	Les objectifs poursuivis à travers le contrôle de gestion.....	79
Sous-section 2 : Le contrôle de gestion comme processus de management de la performance organisationnelle.		80
1	La performance organisationnelle : de la définition à la mesure.	81
1.1	La performance organisationnelle : un concept ambiguë.	81
1.1.1	L'ambiguïté du concept de la performance organisationnelle	81
1.2	La performance organisationnelle : Quelques définitions	84

2	La performance organisationnelle : Synthèse des approches.....	85
2.1	L'approche économique de la performance organisationnelle	86
2.2	L'approche sociale de la performance organisationnelle.....	86
2.3	L'approche systémique de la performance organisationnelle.....	87
2.4	L'approche politique de la performance organisationnelle.....	87
3	Les déterminants et les critères de mesure de la performance organisationnelle	88
3.1	Les déterminants environnementaux de la performance organisationnelle	89
3.2	Les déterminants organisationnels de la performance	89
3.3	Les déterminants humains de la performance organisationnelle	90
3.4	Les déterminants stratégiques de la performance organisationnelle.....	91
4	Le pilotage de la performance organisationnelle	91
4.1	L'apport de l'approche socio-économique.....	92
4.2	L'apport de Philippe Lorino.....	93
4.3	Du contrôle au pilotage	94
4.3.1	Le schéma du pilotage.....	95
5	Les logiques du pilotage	97
5.1	Le pilotage à caractère financier	97
5.2	L'approche stratégique-opérationnelle.....	98
	Conclusion de la deuxième section	99
	Conclusion du premier chapitre	99
	Deuxième Chapitre. Contrôle de gestion et performance hospitalière	101
	Section I. Spécificités du contrôle de gestion en milieu hospitalier	101
	Sous-section 1 : les obstacles au développement du contrôle de gestion en milieu hospitalier	102
1	Le contrôle de gestion à l'épreuve des particularités de l'hôpital.....	102

1.1	L'hôpital : une bureaucratie professionnelle.....	102
1.2	L'hôpital : une problématique de définir un produit.....	104
1.3	L'hôpital : des outils de gestion greffés sur un corps malade.	105
1.4	L'hôpital : un monde professionnel balkanisé.	105
2	La problématique du contrôle dans l'hôpital public	107
2.1	Les limites du contrôle externe et de la comptabilité analytique.	107
2.2	Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers.....	110
2.3	Le contrôle de gestion face au découplage entre planification et action.....	113
	Sous-section 2 le concept de la performance hospitalière	115
1	La performance hospitalière : définitions et enjeux d'un concept.	115
1.1	La performance hospitalière : l'émergence d'un concept	116
1.2	La performance hospitalière : un concept à dimensions plurielles.	117
2	L'utilisation des mesures de la performance une mise à l'épreuve des missions et principes hospitaliers.	119
3	L'autonomie des professionnels de santé remise en question par l'introduction des mesures de la performance en milieu hospitaliers	120
4	Impact du caractère multidimensionnel de la performance hospitalière sur la conception des mesures de la performance.....	122
5	Les effets pervers de l'utilisation de mesures de la performance dans les organisations hospitalières	123
	Conclusion de la première section	128
	Section 2. L'apport du BSC au pilotage de la performance hospitalière.	128
	Sous-section 1 : Les modèles dominants en matière d'évaluation de la performance hospitalière.....	128
1	Le cadre d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	129
2	Le PATH : un outil développé par l'OMS	130
3	Le modèle d'évaluation de la performance organisationnelle hospitalière.....	133
	Sous-section 2 : Le pilotage de la performance hospitalière par le BSC.	137

1	Les indicateurs de performance	137
2	Tableau de bord prospectif et tableau de bord à la française : complémentarité et différence.	141
3	Evolution du Tableau de bord prospectif.	145
4	Les atouts du balanced scorecard ou tableau de bord prospectif	147
4.1	Un outil adapté aux activités de service et aux administrations.....	149
4.2	Un outil de de contrôle diagnostique et interactif	153
5	Les limites du BSC et les raisons des échecs de mise en œuvre.....	156
6	Le BSC en milieu hospitalier : Des retours d’expériences au niveau international	157
	Conclusion de la deuxième section	170
	Conclusion du deuxième chapitre	171
	Troisième chapitre. Présentation du champ de l’étude	172
	Section I : Le système de santé Marocain : une évolution continue.	173
	Sous-section 1 : Description du système de santé Marocain.	173
1	Le système de santé Marocain : un aperçu historique.....	173
1.1	La période de protectorat : un système de santé face à la discrimination et les épidémies.	173
1.1.1	La période des épidémies.....	174
1.1.2	La période creuse	175
1.1.3	La période de décollage sanitaire.....	175
1.2	Le système de santé Marocain après l’indépendance.....	176
1.3	L’organisation hospitalière au Maroc	176
1.3.1	Organisation des hôpitaux selon la nature de l’offre de soins.....	177
1.3.2	Organisation des hôpitaux publics selon leurs statuts.....	177
❖	Les hôpitaux gérés en mode régie	178
1.3.3	Organisation des hôpitaux selon le champ d'action et le niveau de prestation dispensé	178
1.3.3.1	Premier niveau	178

1.3.3.2	Deuxième niveau	179
1.3.3.3	Troisième niveau	179
2	Evolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc	179
	Sous-section 2 : La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain.	184
1	Les principes de la nouvelle gestion publique	184
2	Le NPM prisme des réformes du système de santé marocain.....	187
3	La refonte du système de santé marocain	192
3.1	Le système de santé marocain : les causes de la refonte.....	192
3.1.1	Disparités territoriales	193
3.1.2	Financement insuffisant	193
3.1.3	Un mode de gouvernance inefficace	194
3.2	Les axes de réformes	194
3.2.1	Amélioration des prestations de service de santé.....	194
3.2.2	Mise en place d'une gestion des ressources humaines.....	196
3.2.3	Généralisation du système d'information sanitaire (SIS)	196
3.2.4	Amélioration du financement du système de santé.....	197
3.2.5	Renforcement de la gouvernance du système de santé marocain	198
	Conclusion de la première section	201
	Section II : description du service des urgences du Centre Hospitalier Régional EL GHASSANI.202	
	Sous-section 1 : Les réseaux intégrés de soins d'urgences médicales au Maroc.	202
1	Les réseaux intégrés de soins d'urgences médicales au Maroc	202
1.1	Mission et composantes	202
1.2	Rôles et attributions	203
1.3	Types d'urgence et niveaux de soins	205

2	La surcharge dans les services des urgences : causes, conséquences et esquisses de solutions	207
2.1	Les causes de la surcharge du circuit patient en structure des urgences	207
2.1.1	Causes liées aux patients	208
2.1.2	Causes organisationnelles	209
2.2	Les conséquences de la surcharge du circuit patient en structure des urgences	211
2.2.1	Surcharge de la structure des urgences	211
2.2.2	Attente d'hospitalisation ou « boarding »	212
2.3	Esquisses de solutions	213
Sous-section 2 : Présentation de la structure et du service d'accueil : Le CHR EL GHASSANI et le service des urgences. 215		
1	Le CHR EL GHASSANI : un service de l'Etat géré de manière autonome.....	215
1.1	Les services de l'Etat gérés de manière autonome (SEGMA) : statut juridique.....	215
2	Le CHR EL GHASSANI : une offre de soins diversifiée de deuxième niveau.....	217
3	Le système d'information (SI) du CHR AL GHASSANI.....	218
4	Projet d'établissement Hospitalier : outil de planification stratégique du CHR EL GHASSANI	221
5	Description du service des urgences adultes et de son environnement.....	224
5.1	Fiche signalétique du service des urgences EL GHASSANI.....	224
5.2	Les modalités d'entrée au service des urgences et ses orientations.	228
5.3	Les principaux sous-processus d'un service des urgences.....	229
5.3.1	Le triage	229
5.3.2	La Salle de déchoquage.....	230
5.3.3	Le Bureau d'admission et de facturation	230
5.3.4	L'évaluation.....	231
5.3.5	La salle d'observation et prise de décision	231

5.3.6	L'environnement.....	231
5.4	Sous-Processus de prise en charge des patients proposés au service des urgences EL GHASSANI	232
5.4.1	Le chemin le plus fréquenté	234
5.4.2	La salle de déchoquage	236
5.4.3	Le patient en salle d'observation.....	238
5.4.4	Le processus long.....	240
	Conclusion de la deuxième section	242
	Conclusion du troisième chapitre.....	242
	Quatrième chapitre. Proposition d'un tableau de bord prospectif pour le pilotage de la performance hospitalière du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI.....	243
	Section 1. Méthodologique de la recherche	244
1	Choix épistémologique de la recherche	244
1.1	Positivisme et constructivisme : Deux principaux paradigmes épistémologiques en sciences de gestion	244
1.1.1	Paradigme positiviste	244
1.1.2	Paradigme constructiviste	245
1.1.3	Dépassement du débat positivisme / constructivisme : vers un cadre intégrateur pour les sciences de gestion	247
1.1.4	Notre positionnement épistémologique de la recherche	248
2	Choix méthodologiques de la recherche	249
2.1	Orientation de la recherche : Une approche qualitative	249
2.2	Stratégie de recherche : Étude de cas exploratoire hybride	250
2.3	Justification du choix du terrain d'investigation.....	252
2.4	Mode de Raisonnement : Démarche de recherche abductive	253

2.5	Méthodes de collecte des données	256
2.5.1	L' Observation	257
2.5.1.1	Types d'observations	257
2.5.2	Recours aux entretiens semi-directifs	258
2.5.3	Observation et analyse documentaire.....	261
2.6	Méthodes de condensation et d'analyse des données	262
2.6.1	Rédaction des comptes rendus et des schématisations.....	262
2.6.2	Traitement et analyse des données.....	263
	Conclusion de la section.....	264
	Section 2 : Résultats de la recherche.....	264
	Sous-section 1 : Prérequis à la mise en place des tableaux de bords prospectifs dans le contexte hospitalier marocain	265
1	La performance hospitalière : un concept complexe aux dimensions multiples.....	265
1.1	La perception de la performance hospitalière par les acteurs internes.....	266
1.2	Les critères de la performance hospitalière.....	268
1.3	Les outils de mesure de la performance hospitalière	269
2	Élaboration d'une stratégie du service des urgences de l'hôpital AL GHASSANI.....	274
2.1	Etat des lieux et analyse de la démarche adoptée	274
2.2	Les étapes de construction du tableau de bord par sous processus	275
2.2.1	Détection des facteurs clés de succès et délégations des responsabilités.....	275
2.2.2	Détermination de la stratégie et des objectifs	276
	Sous-section 2 : Proposition des tableaux de bord pour les sous processus des urgences relevant du CHR AL GHASSANI.....	279
1	Présentation des objectifs opérationnels et les facteurs clé de succès (FCS).....	279
1.1	Le chemin le plus fréquenté	279

1.2	La salle d'observation	280
1.3	La salle de déchoquage	281
1.4	Le processus long.....	283
1.5	Discussion	284
2	Identification et choix des indicateurs.....	284
2.1	Etape de la production des indicateurs.....	285
2.2	Indicateurs spécifiques aux sous processus.....	288
2.2.1	Le chemin le plus fréquenté	288
2.2.2	Salle d'observation.....	291
2.2.3	Salle de déchoquage.....	294
2.2.4	Le processus long.....	297
2.2.5	Discussion	300
2.3	Fiche technique des indicateurs utilisée.....	301
3	Présentations des cartes stratégiques des sous processus.....	310
4	Présentation des tableaux de bords prospectifs des sous processus.....	315
4.1	Le sous processus le plus fréquenté	316
4.2	Le sous processus salle d'observation.....	319
4.3	Le sous processus salle de déchoquage.....	322
4.4	Le sous processus long.....	325
	Conclusion de la deuxième section.....	330
	Conclusion du quatrième chapitre.....	330
	Conclusion générale.....	331
	Contributions théoriques et pratiques	334
	Limites et perspectives de la recherche.....	335

Bibliographie..... 336

Liste des tableaux..... 342

Liste des figures 344

Annexes..... 346

Table des matières..... 355