

Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations : Cas de l'hôpital public

Balanced scorcard as a tool for strategic alignment and steering the performance of organizations: Public hôpital case

SADKI Tarik

Doctorant chercheur en sciences économiques et de gestion
Laboratoire de recherche en Management, Finances et Economie Sociale
Faculté des sciences juridiques économiques et sociales
USMBA
tarik.sadeki@gmail.com

ESSARHIRI Nouh

Docteur en sciences économiques et de gestion
Laboratoire de recherche en Management, Finances et Economie Sociale
Faculté des sciences juridiques économiques et sociales de Fès
USMBA
nouh.essarhiri@usmba.ac.ma

LAMRABET Hicham

Professeur chercheur
Laboratoire de Recherche et d'Etude en Management, Entrepreneuriat et Finance
Ecole National de Commerce et de Gestion de Fès
USMBA
hichamlamrabet@gmail.com

Date de soumission : 19/11/2018

Date d'acceptation : 14/01/2019

Pour citer cet article :

SADKI T. & al (2019) «Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations : Cas de l'hôpital public», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Numéro 6 : Janvier 2019 / Volume 3 : numéro 1 » pp : 1028 - 1051

Digital Object Identifier : <https://doi.org/10.5281/zenodo.3959077>

Résumé

Le tableau de bord prospectif est réputé comme un système global de management qui permet, non seulement l'alignement stratégique, mais aussi le pilotage multidimensionnel de la performance. Pour ce faire, il assure la mesure équilibrée de la performance, en combinant indicateurs financiers et non financiers, en intégrant le court terme et le long terme, et en mettant en évidence les indicateurs intermédiaires et les mesures des résultats. Tous ces critères font de ce tableau de bord stratégique une meilleure réponse pour concilier entre les besoins des gestionnaires des hôpitaux publics dans le pilotage de la performance et le suivi de la mise en œuvre des projets d'établissements hospitaliers (PEH), également de répondre aux exigences de résultats demandées par l'autorité de tutelle.

Dans ce cadre, tout en menant une recherche-action au niveau d'un hôpital public, nous ambitionnons par la présente étude, d'une part, d'examiner le rôle du tableau de bord prospectif dans l'alignement stratégique ainsi que le pilotage de la performance dans de tel nouveau contexte organisationnel, d'autre part, d'évaluer l'amélioration que ledit outil pourrait apporter aux CHUs en cette matière.

Mots clés : Tableau de bord prospectif ; alignement stratégique ; pilotage de la performance ; hôpital public.

Abstract

The balanced scorecard is renowned as a global management system which allows not only strategic alignment, but also multidimensional performance management. To do this, it ensures a balanced measurement of performance, between financial and non-financial indicators, between the short term and the long term, and between intermediate indicators and measures of results. All these criteria make this strategic dashboard a better response to reconcile the needs of managers of public hospitals in steering performance and monitoring the implementation of hospital establishment projects (PEH), also to meet the performance requirements requested by the regulatory authority.

In this context, while carrying out action research at the level of a public hospital, we aim by this study, on the one hand, to examine the role of the forward-looking dashboard in strategic alignment as well as the management of performance in such a new organizational context, on the other hand, to assess the improvement that said tool could bring to CHUs in this matter,

Keywords : Balanced scorecard ; strategic alignment ; performance management ; public hospital.

Introduction

L'organisation, quelle que soit sa nature, publique ou privée à but lucratif ou à but non lucratif, est censée créer de la valeur pour différents acteurs. Dans le même sens, l'hôpital public cherche à créer de la valeur pour le patient mais également à le faire à moindre coût pour le système de financement public. Sachant que nos hôpitaux au Maroc, sont soumis actuellement à des contraintes budgétaires et managériales qui nécessitent de fortes mutations en termes des pratiques managériales.

Selon une déclaration du directeur de l'hôpital public dans lequel nous menons notre recherche, et à l'instar des autres structures hospitalières relevant du Ministère de Santé, celles-ci sont à la quête incessante de la performance. À cet égard, le Projet d'Établissement Hospitalier (PEH) est considéré pour la direction et l'ensemble des professionnels de l'hôpital comme un levier essentiel de management et une démarche pratique permettant la concrétisation du passage vers la performance et l'ancrage de la philosophie du développement durable et des principes de la responsabilité sociétale. À notre sens, la concrétisation d'une telle orientation stratégique exige un changement profond en matière de ses pratiques managériales.

À cet égard, l'emprunt de certaines démarches et techniques de gestion au monde des entreprises privées est important, et ce, afin de répondre à ce besoin, de plus en plus croissant, de maîtrise et de pilotage de la performance hospitalière. En matière de contrôle de gestion, le corpus théorique reste doté d'une panoplie d'outils, les professionnels s'interrogent sur la capacité d'adaptation de ceux-ci au contexte hospitalier.

À ce propos, le Balanced Scorecard (BSC) est l'un des outils susceptibles d'être utilisés par l'hôpital à fin d'assurer l'alignement stratégique et le pilotage de la performance. Il est réputé comme un système global de management qui permet un pilotage multidimensionnel de la performance. Il permet, également, une mesure équilibrée de la performance, entre indicateurs financiers et non financiers, entre le court terme et le long terme, et entre indicateurs intermédiaires et mesures des résultats. Tous ces critères font du BSC une meilleure réponse pour concilier entre les besoins des gestionnaires des hôpitaux publics dans le pilotage de la performance et le suivi de la mise en œuvre des projets d'établissements hospitaliers (PEH), également de répondre aux exigences de résultats demandées par l'autorité de tutelle.

Ceci étant, la problématique de cette recherche sera formulée comme ainsi : **En quoi le tableau de bord prospectif sera de même d'assurer l'alignement stratégique et le pilotage de la performance au sein de l'hôpital public ?**

Pour répondre à cette question centrale de notre recherche, nous présenterons dans un premier temps une revue de la littérature des réflexions théorique et des travaux empiriques, et ce, afin de mener une discussion critique autour de notre objet de recherche. Ensuite, et dans une étude empirique menée selon la méthode de la recherche-action nous examinerons, d'une part, la possibilité d'utiliser le BSC pour l'alignement stratégique et le pilotage de la performance

au sein de l'hôpital public, d'autre part, l'amélioration que ledit outil pourrait apporter audit hôpital.

1. Balanced Scocard : Entre sa version originale et sa version adaptée au contexte hospitalier

Afin d'analyser la possibilité de l'utilisation du BSC pour le pilotage de la performance dans un contexte hospitalier, une lecture de sa version originale est nécessaire (1). De même, la consultation de la première réflexion par rapport à l'application du BSC au contexte des organisations à but non lucratif est importante, car, ceci permet la confrontation des caractéristiques de cet outil aux spécificités desdites organisations, chose qui favorise une déduction des points de convergence et de divergence des quatre perspectives de performance du BSC relevant des deux contextes (2). En plus, une brève revue de la littérature empirique est utile pour examiner la possibilité d'adaptation de cet outil au contexte hospitalier (3).

1.1. Lecture de la version originale du Balanced Scocard

Le BSC, de Kaplan et Norton (2006), est plus qu'un tableau de bord puisqu'il est présenté comme un système à la fois de mise en œuvre de la stratégie et de pilotage de la performance globale.

Mettre l'articulation entre la stratégie de l'entreprise et les activités opérationnelles au niveau de ses départements est l'une des innovations majeures du BSC (Emmanuel N. et coll., 2014). Ceci décline la mission, la vision et la stratégie en objectifs et en mesures, et ce, en quatre axes de performance à savoir : l'axe financier, celui de la performance vis-à-vis des clients, celui des processus internes et celui de l'apprentissage organisationnel. De ce fait, il présente un cadre de travail permettant, d'une part, de piloter l'action et d'évaluer les résultats, d'autre part, de faire connaître aux salariés les déterminants de la performance présente et future.

Certes, la mesure par des indicateurs de BSC est nécessaire comme outil de contrôle des comportements et d'évaluation de la performance passée, néanmoins, le BSC doit servir à autre chose (Kaplan et Norton 1996) :

- À clarifier le projet et la stratégie et les traduire en objectifs opérationnels ;
- À communiquer les objectifs et les indicateurs stratégiques, et les articuler ;
- À planifier, fixer des objectifs et harmoniser les initiatives stratégiques ;
- Et à renforcer le retour d'expérience et le suivi stratégique.

Le BSC est considéré comme un système de management de performance, équilibré, multidimensionnel et prospectif, car, d'une part, il autorise un équilibre entre les objectifs à long terme, les résultats souhaités et les déterminants de ces résultats, d'autre part, sa conception est fondée sur une stratégie délibérée. Aussi, une autre nouveauté du BSC a

été de mettre en avant l'importance des indicateurs non- financiers (Nafzaoui M. A. & Z. El Hammoumi, 2018).

1.2. L'évolution du BSC au contexte hospitalier

Les avancées de ce travail ont été fondées sur deux cas d'application du BSC, successivement, au contexte de l'hôpital et celui des administrations publiques, dans lesquels R. Kaplan (1999) montre comment l'adaptation de cet outil prend en considération les spécificités de ces deux contextes. De ce fait, pour les deux cas, trois critères sont pris en considération à savoir :

- (i) Premièrement, la performance de l'organisation à but non lucratif est corrélée à la réalisation de sa mission, qui lui est assignée par l'administration de tutelle.
- (ii) Deuxièmement, les bénéficiaires des prestations et leu financeurs ne sont pas les mêmes acteurs pour le cas des entreprises publiques ou semi-publiques, contrairement, au cas des entreprises privées où le client assure les deux rôles puisqu'il paye en contrepartie d'un service fournie, d'où une distinction de deux types de dimension clients : Donateurs, et bénéficiaires.
- (iii) Troisièmement, l'acquisition des ressources financières pour les entreprises à but non lucratif est considérée comme une contrainte et non pas une fin en soi, dans ce sens, Kaplan recommande de placer la perspective financière comme support de celle client. Chose qui permet de faire positionner cette dernière perspective au sommet du modèle de BSC.

Ainsi, la prise en considération des spécificités de ces organisations pour une confrontation des quatre perspectives du BSC classique et celles du BSC adapté permet de relever les points de convergence et de divergence suivant:

- **Apprentissage et croissance** : qui constitue la base de toute organisation, quelle que soit sa nature à but lucratif ou à but non lucratif, car il permet de diriger les personnes de l'organisation, son système d'information et son infrastructure vers une réussite à long terme. La question qui se pose est la suivante : Sommes-nous en mesure de soutenir l'innovation, le changement et l'amélioration continue? Selon les fondateurs du fameux outil cela ne se réalise qu'avec les actifs les plus intangibles d'une organisation et la capacité à exceller dans l'avenir. Ils reflètent normalement la satisfaction, l'adhésion, la motivation et l'autonomisation des employés, ainsi que ses qualifications et ses compétences, de même l'efficacité des systèmes d'informations et la formalisation des procédures.
- **Processus internes** : c'est la deuxième perspective, le développement d'une véritable organisation apprenante soutient le succès dans cette perspective. La perspective interne doit se concentrer sur les processus clés qui conduisent les opérations actuelles de l'organisation. L'amélioration des processus internes critiques est un indicateur fiable de la réussite financière et opérationnelle future. Pour traduire ces processus internes en succès financier et opérationnel, les organisations à but lucratif doivent tout d'abord satisfaire

leurs clients, à ce niveau les dirigeants de l'organisation doivent se demander, Quels sont les processus opérationnels internes clés? Quels sont les processus opérationnels internes les plus efficaces, capables de fournir des produits et des services susceptibles de satisfaire les besoins de nos clients d'une manière responsable sur le plan financier ?

Quant aux administrateurs des organisations à but non lucratif, ils doivent se demander, quels sont les processus clés susceptibles d'instaurer l'équilibre financier, de garantir la fidélisation et le soutien des donateurs et de satisfaire les prestataires de service public ?

Généralement, ce sont les processus internes qui doivent créer et garantir un avantage concurrentiel durable pour tout type d'organisations (Robin, 1995).

- **Perspectives financières :** les organisations à but lucratif, mesurent les résultats finaux que l'entreprise fournit à ses actionnaires. Même dans les organismes sans but non lucratif, une condition financière saine est un préalable à la viabilité à long terme, Le maintien d'une situation financière équilibrée permet à une entité à but non lucratif d'obtenir les ressources nécessaires pour fournir ses services, satisfaire ses parties prenantes et remplir sa mission. A ce niveau les dirigeants dans le monde des affaires doivent se demander, comment regardons-nous nos actionnaires ? Comment l'implantation de notre stratégie et son exécution contribuent à une amélioration nette des résultats sollicités par les actionnaires ?

Néanmoins, dans le cas des organismes sans but lucratif, plus précisément ceux assurant l'offre des soins de santé, les questions qui se posent, peuvent inclure ce qui suit: Comment regardons-nous à nos parties prenantes (par exemple, les patients, les organes donateurs...)? Quelle condition financière nous devons maintenir ou atteindre pour accomplir notre mission?

- **Perspective du client :** Anticiper et satisfaire les besoins des clients sont des éléments essentiels pour la réussite de la mission de tout type d'organisation. Cependant, puisque le profit n'est pas l'objectif primordial des établissements à but non lucratif, cette perspective client est placée au plus haut niveau du pyramide. A ce niveau, les managers se demandent, Comment satisfait-on les besoins de nos clients? Dans les organisations de soins de santé, cette perspective devrait tenir compte des relations et des besoins de divers groupes d'intervenants, y compris les patients payeurs, les ramedistes, les mutualistes et le personnel médical et paramédical (comme client interne). Les objectifs et les mesures doivent tenir compte des clients internes et externes.

Généralement, la majorité des chercheurs optent pour un consensus par rapport à la nature de la relation de causalité entre le premier et le deuxième axe, dans les deux contextes, organisation à but lucratif et organisation à but non lucratif.

Toutefois, les deux perspectives, représentées par l'axe client et l'axe financier, suscitent le débat par rapport à leur ordre, à ce propos les deux fondateurs du BSC, Kaplan et Norton, reclassent l'axe client en haut de cet outil pour l'organisation à but non lucratifs, puisqu'ils jugent que la satisfaction des clients prime sur la performance financière dans ce deuxième type d'organisation.

1.3. Brève revue de la littérature théorique et empirique

Le BSC est considéré comme l'une des innovations majeures en matière des pratiques managériales que la nouvelle ère de la science de gestion connaît, Kaplan et Norton (1992) ont publié leur premier article en «*BSC système de pilotage de la performance* », en avançant sa version originale adaptée au monde des affaires. Avec le temps, il s'est avéré que le fameux outil dispose d'un potentiel important dans l'amélioration de la gestion des organisations du secteur public. A ce propos, Kaplan et coll. (2006), dans une autre étude, ont cherché d'adapter les quatre perspectives du BSC à l'organisation non lucratif, tout en restructurant le modèle traditionnel, et ce, par le fait de mettre en haut du BSC la perspective client suivi par une seconde financière. Pour ces deux auteurs, la performance financière est loin d'être la raison d'existence des organisations à but non lucratif, puisque la satisfaction des clients est au sommet des préoccupations desdites d'organisations.

Au-delà de l'adaptabilité du BSC au contexte des organisations à but non lucratif, d'autres études s'intéressaient à l'examen de son utilisation comme outil de pilotage de la performance dans le secteur public. Dans ce sens et dans une étude néo-zélandaise (Northcott, 2012) sur les organisations des gouvernements locaux, des chercheurs ont essayé d'identifier les problèmes et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre du BSC dans le contexte du secteur public. Les résultats de cette étude ont révélé que la perception de l'utilité du BSC avait été dominée par la mesure de la performance et la production des rapports d'activité, tandis que son rôle dans le pilotage de performance par le BSC demeure relativement sous-exploité, elles ont révélé également le faible taux d'appropriation du BSC au sein des organisations étudiées. Pour ces auteurs (Northcott, 2012) ce constat est lié principalement à:

- Premièrement, un problème de manque d'orientation stratégique chez ces organisations ce qui atténue le potentiel du BSC en matière d'aide à la prise de décisions et de l'amélioration de la performance.
- Deuxièmement, l'absence générale de la logique lucrative et l'intensité concurrentielle entre et au sein des organisations du secteur public.

Les constats tirés de cette recherche ont permis également de mettre le point sur les conditions de succès de l'implantation du BSC au niveau des collectivités de gouvernement local qui se résument en deux éléments :

- Une nécessité d'apporter des modifications à la version originale de BSC, puisque les objectifs non lucratifs sont absents dans ces types d'organisations.
- Et un apprentissage préalable à la mise en œuvre est nécessaire, de même un examen post-mise en œuvre devrait être réalisé.

Finalement, ces auteurs ont tiré également des leçons concernant les barrières empêchant l'implantation de BSC dans ces établissements, à savoir : Une taille organisationnelle petite et l'absence d'un système d'information adéquat et capable de doter le BSC d'une panoplie d'informations pertinentes.

Au fur et à mesure que le BSC a été diffusé, à la fois, dans les organisations à but lucratif et celles à but non lucratif, le fameux outil a trouvé sa place également dans le domaine de santé. Xiao-yun Chen et coll.(2006), ont examiné l'impact de l'utilisation du BSC sur le pilotage de la performance au niveau des deux hôpitaux de différents pays, la Chine et le Japon. D'après leurs recherches, le BSC a pu attester son efficacité en signalant continuellement les insuffisances et les entraves de la performance, en identifiant les pistes d'amélioration et en assurant l'alignement de la stratégie au niveau de ces deux organisations de santé. Aussi, le BSC contribue, selon ces auteurs, à l'amélioration du système de santé des deux pays en question.

Selon une autre étude descriptive, trois auteurs Américains, Kathleen E. Voelker, Jonathon S. Rakich, And G. Richard French (2001), ont été intéressés par la flexibilité de l'outil par rapport au contexte des organisations de santé et surtout celles ayant un but non lucratif. A cet égard, et en avançant plusieurs exemples, sous forme des études de cas, ces auteurs ont montré comment les quatre perspectives de BSC peuvent être adoptées et adaptées aux spécificités et aux particularités des différents milieux hospitaliers (Hôpital régional, Centre Hospitalo-universitaire, Polyclinique à but Lucratif). Ceci avait permis de montrer la diversité quant à l'architecture du BSC et également à la façon de son utilisation au niveau de ces d'organisations.

Dans un premier cas, le centre hospitalo-universitaire du Duke a utilisé la perspective « Recherche et enseignement » à la place de la perspective « Apprentissage et croissance ». Le deuxième cas relève du ButterWorth Health System au Michigan, dans lequel l'architecture des perspectives de BSC est totalement différente à celle présentée par Kaplan et Norton, puisque les axes retenus prennent cette fois l'ordre suivant : Satisfaction patient, les résultats cliniques, l'état de santé mental et le coût. Le BSC de Johns Hopking, dans une troisième étude, est fondé sur le résultat clinique, les objectifs financiers, la satisfaction des patients et les résultats des recherches et ceux de l'enseignement.

En guise de synthèse, cette revue de la littérature nous renvoie aux critères d'adaptabilité du BSC au contexte de l'hôpital public. Aussi, elle nous offre les différents schémas du BSC reflétant sa flexibilité aux différents contextes hospitaliers et l'apport de cet outil au management stratégique ainsi qu'au pilotage de la performance dans le contexte hospitalier.

Ceci étant, les bonnes conditions de l'adoption du BSC au contexte hospitalier pourraient être résumées comme suit :

- Une bonne orientation stratégique de l'hôpital ;
- Autant la taille de l'hôpital est importante autant l'implantation du BSC sera utile ;
- Une culture concurrentielle pourrait justifier le recours à un outil de pilotage de la performance bien élaboré ;
- Un système d'information permettant de doter le BSC par des informations utiles et pertinentes ;

Les quatre perspectives du BSC dans un contexte hospitalier est en parfaite corrélation aux missions assignées à ce type d'organisation. De ce fait, la performance au niveau de ce type d'organisations peut être représentée également par les perspectives suivantes :

- Satisfaction des patients ;
- La recherche scientifique, expertise, innovation et l'enseignement supérieur en domaine de santé ;
- Enfin, la contribution à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique.

2. BSC pour aligner la stratégie et piloter la performance de l'hôpital public : Cas d'un Centre Hospitalo-universitaire

L'introduction du BSC dans un contexte spécifique nécessite plusieurs étapes. Il est nécessaire au préalable, de justifier le choix de l'outil ou les motivations d'adoption (1). Il convient ensuite d'examiner le CHU, pour mettre en avant ses spécificités, ses ressources et ainsi que ses capacités organisationnelles qui peuvent conditionner l'adaptation et l'utilisation de l'outil(2,3). Enfin, l'implantation du BSC au contexte hospitalier, dans le cadre de cette recherche-action permettra de monter son rôle dans l'alignement stratégique et le pilotage de la performance dans ledit contexte(4).

2.1. Motivations d'adoption du BSC par le Centre hospitalo-universitaire

Dans cette dernière décennie, le Maroc a connu une réforme structurelle en matière de la gestion de la chose publique en général et plus particulièrement la gestion des établissements publics, dont les CHUs faisant partie, et leur relation avec l'Etat. Cela a été matérialisé par la mise en œuvre d'un arsenal juridique s'inscrivant dans une logique de droit budgétaire et administratif.

A cet égard, la loi organique n° 130.13¹ relative à la loi de finances (LOF) promulguée en 2015, a été élaborée dans le sens de définition et de détermination des responsabilités, de l'octroi davantage de souplesse aux gestionnaires et également de les faire bénéficier des marges de manœuvres élargies, mobilisant ainsi plusieurs outils, à savoir :

- Un contrôle basé sur le principe de résultat, ce qui exige de passer d'une approche nomenclature des dépenses à une présentation programme- projet-action-indicateur de suivi;
- Également, l'élaboration d'un projet de performance qui représente la stratégie, les programmes, les objectifs et les indicateurs de performance.

À la lumière de ces nouveautés, la loi organique des finances cherche à orienter le dispositif des finances publiques vers une approche de performance. Ceci converge avec les dispositions de la loi 69-00, relative au contrôle financier de l'Etat sur les établissements et les entreprises publiques, qui stipule ce qui suit : « *sont soumis au contrôle d'accompagnement*

¹ Dahir n° 1-15-62 du 14 chaabane 1436 (2 juin 2015) ; portant promulgation de la loi organique n° 130-13 relative à la loi de finances, (BO n° 18-6-2015).



en substitution au contrôle préalable, les établissements publics justifiant de la mise en œuvre effective d'un système d'information, de gestion et de contrôle interne, comportant, notamment, plusieurs instruments de gestion »². Parmi ces instruments précités on cite le plan pluriannuel couvrant une période d'au moins trois ans, actualisé annuellement, les programmes et les projections économiques et financières, aussi le rapport annuel de gestion (reporting) doit être établi par le directeur de l'établissement.

Ces réformes en matière de droit budgétaire vont ancrer sans doute la philosophie de la performance dans les hôpitaux, qui s'inscrit principalement dans une logique budgétaire, selon un mode de contrôle émanant de l'interne de ces établissements publics et visant une vérification de l'utilisation du fond public.

Certes, une telle demande de plus en plus croissante de la performance en matière d'optimisation des ressources financières exige un mode de pilotage adéquat. Néanmoins, au-delà de ces exigences budgétaires et financières, d'autres exigences d'ordres managériales, contraignent la gestion des centres hospitaliers. Elles sont liées principalement à la nature des missions qui à leurs ils sont assignée, également à la diversité de leurs acteurs internes (corps médical, corps médico-technique, corps infirmier et techniciens et corps des administrateurs) et compte tenu de la complexité de leurs activités (gestion des flux médicaux, flux patients et flux informationnels).

Les CHUs aujourd'hui, sont soumis à l'obligation réglementaire de formuler une stratégie claire et ce, à travers l'adoption d'un projet d'établissement hospitalier (PEH), qui retrace les orientations stratégiques touchant tous les domaines d'activités hospitalières à savoir : projet médical, projet infirmier, projet de système d'information, projet social et projet immobilier.

Cette évolution de la part de la législation régissant les CHUs traduit, d'une part, une volonté d'instaurer un système de gestion s'appuyant sur une contractualisation de ces organisations, tant en interne (le top management avec les services médicaux, chirurgicaux, médico-techniques et logistiques), qu'en externe (les différents centres hospitaliers avec les organes de tutelle, ministère de santé et ministère d'économie et des finances). D'autre part, c'est une incitation légale puissante à l'implantation d'un outil permettant la traduction de la stratégie et sa communication.

Dans un autre volet, une recherche de l'attractivité et de la compétitivité par ces centres hospitaliers et le renforcement de leur rayonnement régional, national et international par les pôles d'excellence met ces centres sous l'obligation d'adopter un système global de management de la performance qui sera de même de les aider pour réaliser leurs objectifs en matière de recherche scientifique. Une telle mission distingue ces types d'établissements par rapport aux autres structures dans le système de santé marocain.

D'après ce qui précède, il est raisonnable d'affirmer que le mode de contrôle des hôpitaux, à nos jours n'émane pas seulement de l'externe, c'est-à-dire des administrations de tutelle, mais il doit être accompagné d'un pilotage interne. Ce nouveau contexte semble ainsi propice à

² Dahir n° 1-03-195 du 16 ramadan 1424 (11/11/2003) ; portant promulgation de la loi n° 69-00 relative au contrôle financier de l'Etat sur les entreprises publiques et autres organismes ; (BO. N° 5170 du 18/12/2003).

l'introduction du BSC comme nouvel outil de pilotage de la performance au sein des organisations de santé.

2.2. Méthodologie de l'étude cas: Recherche-action

Notre recherche s'appuie sur une étude de cas déroulée au niveau d'un Centre Hospitalo-universitaire, dans laquelle une prise de connaissance de terrain de recherche est initiée, de même plusieurs acteurs internes sont sollicités, stratèges, tacticiens et opérationnels. Ceci a permis d'effectuer des entretiens semi-directifs. Puis, un fond documentaire a été consulté et analysé. Nous avons mené cette étude de cas suivant la méthodologie de recherche-action (Gonzalez-Laporte, 2014). Pour ce faire, nous l'avons agencé l'ordre suivant :

- Dans une première étape, nous nous focalisons sur l'analyse et la compréhension du contexte de recherche, ses ressources, ses compétences ainsi que sa capacité organisationnelle, afin de déterminer si les informations obtenues sur ce terrain permettent une adaptation du BSC au contexte du centre hospitalo-universitaire.
- Dans une seconde étape, nous essayons de déterminer quelles perspectives d'accroissement de la performance peuvent être recensées et sous quelles formes elles peuvent être instrumentées dans un BSC.

Nous ciblons deux champs d'interventions, la direction générale et la pharmacie centrale. Au niveau de la direction générale nous essayons de comprendre et de formuler la vision stratégique, la mission et les valeurs fondamentales du centre et d'établir sa feuille de route stratégique. Nous choisissons la pharmacie centrale, car elle est considérée comme un service support au niveau de l'hôpital et se caractérise par une chaîne de valeur complète (approvisionnement, préparation et réapprovisionnement de l'ensemble des services en médicament). A ce niveau, l'analyse est portée sur la mission de ce service, ses objectifs stratégiques et ses différents processus, dans un objectif de déterminer une batterie d'indicateurs de performance insérés et architecturés selon le modèle de BSC.

Tableau 1 : Profil des interviewés

	Administrateurs	Pharmaciens	Ingénieurs	Médecins	Infirmier chef/ infirmiers /préparateurs en pharmacie
Administration générale	1				
Pharmacie centrale	2	2			2
Service chirurgie				2	3
Service informatique			3		
Service audit et contrôle de gestion	4				
Total	7	2	3	2	5

Source: Auteurs.

2.3. Terrain de recherche-action

2.3.1 Centre hospitalo-universitaire

Cet édifice sanitaire est venu desservir toute une région marocaine en matière de soins tertiaires, avec un objectif d'améliorer le taux de couverture médicale de la population et de décongestionner les structures sanitaires existant dans cette région. Actuellement, le centre compte ³ 2356 employés, dont 868 médecins, 1127 infirmiers et 361 techniciens et administrateurs, avec une capacité litière de 810 lits. Il dessert environ. 44950 patients externes par jour et le taux d'occupation des patients hospitalisés est de 78% avec une durée moyenne de séjour 7,1 jours. Le conseil d'administration de ce centre est le plus haut organe de son gouvernement, il assure la supervision de sa performance globale, le directeur assure l'exécution des décisions prises par cet organe, la veille sur la bonne marche de travail au sein du centre ainsi que la communication de sa performance sur un rapport d'activité annuelle.

D'après les entretiens effectués, l'analyse de projet d'établissement hospitalier (PEH) ainsi que la lecture de la loi 70-13 ⁴ qui régit les différents CHUs marocains, les valeurs fondamentales, la mission et la vision stratégique du top management dudit hôpital peuvent être résumées dans le tableau suivant comme suit :

Tableau 2: Mission, vision et valeur du Centre hospitalo-universitaire

<u>Mission</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurer la formation et l'enseignement supérieur dans le domaine médical et paramédical ; ➤ Satisfaire nos patients et garantir la qualité de l'offre de soins ; ➤ Contribuer à la réalisation des objectifs de l'Etat en matière de Santé Publique ; ➤ Et exceller en matière de recherche scientifique et d'expertise médicale.
<u>Vision</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passer à la performance et l'ancrage de la philosophie du développement durable et les principes de la responsabilité sociétale ; ➤ Renforcer le rayonnement régional, national et international du CHU par les pôles d'excellence ; ➤ Assumer un leadership régional et national en recherche scientifique, clinique et opérationnelle ; ➤ Etre l'hôpital de référence pour la formation des étudiants en médecine et des résidents.
<u>Valeur</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consécration des droits universels et constitutionnels en matière de santé ; ➤ Reconnaissance de la protection de la santé comme une responsabilité ; ➤ Respect de l'intégrité physique et morale des patients.

Source: Auteurs.

Quant au paysage organisationnel du CHU, comme tout hôpital en monde entier, ce dernier se caractérise par une complexité du fonctionnement organisationnel qui relève de deux

³Rapport d'activité(2015) Direction générale du Centre hospitalo-universitaire.

⁴ Dahir n°1-16-62 du 24 mai 2016 ; portant promulgation de la loi n°70-13 relative aux centre hospitalo-universitaire, (BO n°6474).

caractéristiques principales, à savoir, la diversité des activités et la configuration des rapports de pouvoir. Ceux-ci s’expliquent par:

- Quant à la forte diversité des activités de l’hôpital, la multiplicité de services cloisonnés (services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs), que des métiers et des compétences, chose qui limite la coordination des acteurs et des projets ;
- Concernant la configuration politique interne, la coexistence de différentes hiérarchies internes (corps médical, personnel soignant et personnel administratif) et par de multiples influences externes émanant des tutelles et de l’environnement politique.

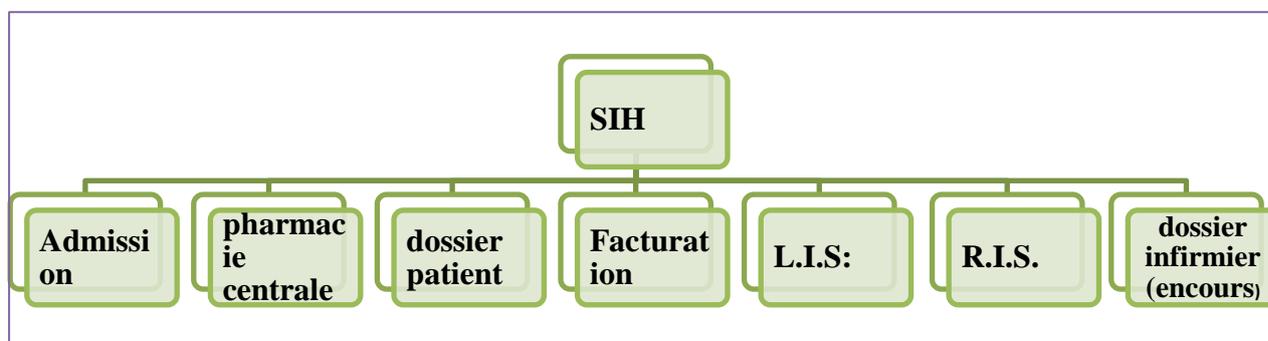
Cette situation a été doublement modélisée par Mintzberg (2001) dans ses travaux empiriques autour des spécificités organisationnelles d’un hôpital public.

2.3.2 Système d’information hospitalier (SIH) du CHU

Le SIH est un paramètre important dans le cadre de pilotage de la performance, car :«*l’un des principaux freins à l’implantation du tableau de bord dans les établissements hospitaliers c’est la pauvreté des systèmes d’information et de collecte de données*» (Thierry NOBRE,2001).Son importance par rapport au pilotage de la performance hospitalier se manifeste par une nécessité d’une disposition susceptible de doter le tableau de bord par un ensemble des informations qualitatives et quantitatives.

Autrement dit, des informations médicales qui concernent les différents actes médicaux, actes médico-techniques et les consultations effectuées pour le patient durant son séjour hospitalier ainsi que tous les médicaments et dispositifs médicaux utilisés par le patient, ce SIH permet de visualiser également des informations qui concernent le climat social au sein de l’établissement, des informations qui peuvent décrire la performance technologique et des informations liées à l’appréciation de la prestation de soin par le patient.Ce CHU, se différencie par rapport aux autres centres grâce à un système d’information performant composé de sept modules, l’architecture applicative actuelle du SIH, se présente dans le schéma suivant :

Figure 1: Modules du Système d’information hospitalier (SIH) du CHU



Source : Adaptée à partir d’un entretien effectué avec un ingénieur responsable au niveau du service informatique et statistique

2.3.3 Pharmacie centrale du CHU

La pharmacie centrale du CHU, est un service médio-technique, rattachée à la direction générale (selon l'organisation administrative du centre). Ce service supporta pour mission d'assurer et d'améliorer la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau de l'établissement. La gestion de la pharmacie et les attributions des pharmaciens affectés au niveau du centre hospitalier, sont réglementées par le circulaire numéro 16 de mai 2005 du Ministère de Santé. La pharmacie hospitalière est dotée d'un système d'information, qui intègre deux sous- systèmes intégrés, et une technologie de pointe se manifestant en unités satellitaires qui permettent des dotations stockées et installées au niveau de tous les services et unités de soins et qui sont gérées depuis la pharmacie centrale grâce à une intégration complète entre les deux sous système d'information.

Plusieurs opérations sont effectuées au sein de la pharmacie et gérées par le SIH (Commande interne entre magasins de la pharmacie, gestion des consommations, des bulletins de livraisons, entrée et sortie, gestion multi-magasin et contrôle de caducité, assignation des médicaments à des patients, inventaire du stock ...), toutes ces opérations sont en intercommunication entre deux sous-système, système d'information hospitalier et système d'information de la pharmacie.

3. Résultats et discussions

3.1. Résultats de recherche

3.1.1 Adaptabilité du BSC au CHU

Dans une optique qui vise une adaptation d'un système globale permettant l'alignement stratégique et le pilotage de la performance au niveau de l'hôpital public, l'analyse des convergences et des divergences de cet outil par rapport au contexte hospitalier est demandée, et ce, pour déterminer si son utilisation dans ce cadre organisationnel est envisageable.

De ce fait, d'après les entretiens effectués et l'analyse documentaire, les éléments essentiels qui caractérisent la culture et la capacité organisationnelle du CHU peuvent être résumés comme suit :

- Premièrement, on assiste à un centre hospitalo-universitaire de grande taille, qui est entrain de réorienter sa stratégie globale (médicale, paramédicale, sociale, investissement et équipement, et système d'information et nouvelle technologie). Une telle stratégie reste formulée explicitement sur le PEH sur un horizon de 4 ans. Sans doute, sa mise en œuvre et le suivi de réalisation de ses objectifs stratégiques demandent une instauration d'un système qui s'insère l'ensemble des leviers de la performance hospitalière, tout en prenant en considération les spécificités du centre.
- Deuxièmement, de par de la multiplicité des missions assignées au CHU, l'évaluation et la communication de la performance peuvent prendre plusieurs facettes.



- Troisièmement, ce centre bénéficie d'une technologie de pointe et d'un système d'information hospitalier (SIH) qui chapote toutes les activités hospitalières et développe des applications informatiques visant l'automatisation des tâches.
- Et enfin, le personnel de l'hôpital est hautement qualifié, vu la particularité des domaines d'activité qui le composent, chose qui favorisera une familiarisation avec un changement de sa culture organisationnelle.

Cette infrastructure organisationnelle, à notre sens, est jugée propice et constitue une bonne base pour l'adoption du BSC à ce contexte hospitalier. Cela revient à une nécessité d'un pilotage multiforme de la performance au sein de cet établissement, compte tenu des différentes missions de l'hôpital, de la complexité de ses activités et de la diversité des parties prenantes (T. NOBRE, 2014). Tous ces critères peuvent être retenus par le modèle de BSC pour montrer l'élargissement des éléments de performance au niveau de l'hôpital.

À ceux-ci, s'ajoute également la collecte et l'entreposage des données qui concernent la marche de travail au niveau de l'établissement (gestion des flux des patients, flux physiques et flux d'informations), que le SIH le permet pour la dotation et le paramétrage du BSC par des informations utiles et pertinentes.

Toutefois, certaines adaptations de l'outil sont nécessaires pour tenir compte des spécificités du centre hospitalo-universitaire, aussi bien quant à la nature des perspectives de performance du BSC qu'à l'ordre et la chaîne de causalité qui lie les éléments de ses quatre axes de performance.

La recherche scientifique est l'une des quatre missions du CHU, qui distingue ce dernier par rapport aux autres structures sanitaires relevant du système de santé. L'expérience avait montré (Richad et coll. (2000), Emmanuel N et coll. (2014)...) que cette mission doit être retenue comme une perspective du modèle de BSC dans le contexte des centres hospitalo-universitaires. Dans la même logique, la satisfaction des patients et les parties prenantes est y incorporable.

Quant à l'architecture du BSC, c'est la perspective satisfaction des patients qui se place en sommet de l'outil, puisqu'elle est considérée comme une première préoccupation du centre, suivie par la perspective équilibre financier et parties prenantes. La réussite du CHU sur ces deux premières perspectives reste tributaire d'une performance requise au niveau des processus interne. Enfin, apprentissage, croissance et recherche scientifique représentent le socle de performance dudit CHU.

3.1.2 Applicabilité du BSC à l'hôpital: Alignement stratégique et pilotage de la performance hospitalière

Pour la conception d'un modèle de BSC au niveau de l'hôpital, nous empruntons la démarche préconisée par Kaplan et Norton (2006) qui s'échelonne comme ainsi :

- Premièrement, la formulation de la mission et sa traduction en objectifs stratégiques pour une élaboration d'une carte stratégique hospitalière (feuille de route stratégique) ;

- Deuxièmement, une unité ou plusieurs qui, selon Kaplan (2006) « ayant une chaîne de processus complète » doit être sélectionnée. Dans notre cas le service choisi c'est la pharmacie centrale car elle présente une chaîne logistique complète et complexe (approvisionnement, stockage, préparation des médicaments et réapprovisionnement de médicaments pour les différents services de l'hôpital).
- Troisièmement, le choix des indicateurs de mesure pour ce service de la pharmacie sur la base de sa mission propre, et les objectifs stratégiques prononcés par ses propres dirigeants.

La première étape relève de l'alignement stratégique, alors que les deux dernières font écho au pilotage de la performance hospitalière.

3.1.3 Alignement stratégique: Feuille de route stratégique du centre hospitalo-universitaire

Certes la stratégie du CHU(ou son PEH) représente d'une manière exhaustive l'ensemble des orientations stratégiques relevant aux six projets de différents domaines, médical, paramédical, social, investissement et équipement et système d'information et nouvelle technologie. Néanmoins, les différents objectifs retenus peuvent sembler déconnectés les uns aux autres. De plus, leur rapport avec la mission phare du centre est rarement évident. Ceci dit, il est utile alors de représenter graphiquement, sur une "carte stratégique", les liens de cause à effet entre les différents objectifs. Pour les concepteurs du BSC, la carte stratégique constitue un élément fondamental de la mise en œuvre de la stratégie, car elle permet de décliner les objectifs stratégiques à partir des facteurs clés de succès pour définir les indicateurs de performance. Elle vise également à expliciter les liens de causalités qui permettent d'atteindre la performance globale (Kaplan et Norton, (2001).

À cet égard, la présence d'une stratégie très bien élaborée par la direction générale (PEH)nous a facilité la tâche, notre travail s'est limité, après avoir effectué des entretiens semi-directifs avec des cadres supérieurs et des administrateurs de la direction générale, dans la priorisation des objectifs stratégiques qui, préalablement, se présentent explicitement sur le PEH. Conventionnellement avec l'équipe entretenue, la relation de cause à effet entre les quatre perspectives a été acceptée, et elle a été architecturée selon le plan suivant :

- **Perspective- patient** : Elle correspond à la valeur créée pour le patient. Ainsi, trois dimensions s'individualisent: pour satisfaire nos patients à l'hôpital on doit assurer la disponibilité de l'offre de soins également le faire à un prix raisonnable. Cela ne peut être obtenu qu'avec un financement équilibré appuyé par un soutien solide de l'ensemble des parties prenantes.
- **Perspective- équilibre financier et parties prenantes** : La recherche d'une gouvernance financière visant une instauration d'un équilibre financier dans le CHU HII passe nécessairement par l'augmentation des recettes, la réduction des coûts et la consolidation des subventions. Également, tout partenariat s'inscrivant dans une logique gagnant-



gagnant représente une opportunité pour ce centre, ce dernier doit le favoriser. Satisfaire les patients et maintenir l'équilibre financier exige une maîtrise parfaite des processus internes.

- **Perspective- processus interne est composée de quatre processus:** Dans le domaine de santé, ce sont les processus autorisant une excellence en soins médicaux et l'ancrage de la gouvernance clinique qui nécessitent plus d'intérêt et des efforts, de ce fait, le centre s'engage dans l'amélioration des processus de management opérationnel (Délais de RDV, qualité d'accueil de consultation externe et d'admission, et planification des protocoles médicaux et processus de traitement), de même les processus de management qualité et de maîtrise des risques (cartographies des risques , assurance qualité et gestion des risques et l'instauration des instances de vigilance sanitaire).
- **Perspective- apprentissage et développement:** Enfin les actifs intangibles se sont la pierre angulaire de toute stratégie de croissance et de développement. Ils se caractérisent par trois composantes : le capital humain, le système d'information et la culture organisationnelle de l'hôpital.

À l'issue d'une lecture approfondie du PEH, nous avons pu présenter, en collaboration avec des administrateurs et des cadres supérieurs, la stratégie de l'hôpital (PEH) dans un unique support : Feuille de route stratégique. Cet outil permet de focaliser l'attention sur les processus internes clé qui garantissent la résolution des principaux dysfonctionnements ainsi que les moyens nécessaires pour y parvenir.

Figure 2 : Feuille de route stratégique du centre hospitalo-universitaire



Source: Auteurs

3.1.3 Pilotage de la performance hospitalière :Balaced scorcard de la pharmacie centrale du centre hospitalo-universitaire

Kaplan et Norton(2001), recommandent aux entreprises ayant des domaines d'activités diversifiés et qui envisagent les premières applications du BSC de commencer par des unités opérantes sur une chaine de valeur complète car, selon eux, ce sont des unités qui s'y prêtent le mieux.

A cet égard, le choix de la pharmacie comme service pilote de cette expérience revient principalement, à la nature de son activité transversale et complexe, puisqu'elle irrigue les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires pour l'ensemble des services du CHU. Chose qui fait de ce service le premier consommateur des ressources financières. La marche de travail au sein de ce service est sous la responsabilité des managers, des pharmaciens, des préparateurs et des agents de service. Ce sont des profils hautement qualifiés. Tous ensemble, ils assurent la fluidité de la chaîne logistique pharmaceutique depuis le fournisseur jusqu'aux prestataires finaux, médecins, infirmiers et patients.

Une proposition d'un BSC pour le pilotage de la performance pharmaceutique, nous demande une prise de connaissance de l'ensemble de la cartographie des processus au sein de ce service. Également une traduction de sa raison d'être en orientations stratégiques.

❖ Objectifs de performance de la pharmacie centrale

Conventionnellement avec ses managers, les objectifs fondamentaux de la pharmacie centrale et ses leviers clés de performance sont définis comme suit :

- **Disponibilité des médicaments (sur la MED station):** La disponibilité implique que la quantité et la qualité en stock de la pharmacie de tout médicament doit couvrir la demande à n'importe quel moment. La disponibilité est également une exigence des parties prenantes qui s'engage à garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments.
- **Optimisation du coût total de la chaîne logistique pharmaceutique:** Cela demande une optimisation du coût total de la chaîne pharmaceutique à savoir : coût d'approvisionnement, coût de stockage, coût de préparation et coût de distribution des médicaments.
- **Sécurité et qualité des médicaments, réactivité vis –à-vis du client interne et vigilance sanitaire:** La pharmacie est tenue de délivrer des médicaments conformes. La conformité est mesurée par une date de péremption non échue ou préparation en parfait respect des bonnes pratiques. Également, les médicaments doivent être présentés et distribués dans les plus brefs délais. Ce délai est conditionné par la disponibilité du médicament demandé, son accessibilité, la disponibilité et la qualification des préparateurs, la disponibilité des engins de transport de médicaments (chariot). La qualité de médicament permet une réactivité vis-à-vis aux demandeurs, et ces deux éléments demandent une intervention régulière des instances relevant de la vigilance sanitaire.
- **Recherche scientifique et formation professionnelle:** La pharmacie centrale met comme objectif fondamental la formation professionnelle pour l'ensemble du personnel, cherchant ainsi une amélioration et respect des bonnes pratiques en matière de l'utilisation et prestation de médicament. La recherche et l'encadrement entre également dans les objectifs stratégiques de la pharmacie centrale et ce, pour qu'ils contribuent à la réalisation de la mission du CHU en cette matière. De ce fait, l'intégration des étudiants et des résidents dans ce département de

pharmacie est essentielle afin de permettre aux futurs pharmaciens de bénéficier de l'encadrement en stages et en recherche scientifique.

❖ Perspectives du BSC de la pharmacie centrale

Une consultation d'un guide des indicateurs de la pharmacie et des recherches effectuées autour des indicateurs de performance des pharmacies⁵, permet de constituer une panoplie d'indicateurs insérée dans le modèle de BSC. Cette démarche préconisée par les fondateurs de l'outil est aboutie sur un BSC de pilotage de la performance de la pharmacie centrale.

- **Perspective- satisfaction client (médecin / infirmier / patient)** : La pharmacie sera efficace si les réapprovisionnements effectués correspondent aux besoins exprimés : le bon médicament, dans les bonnes quantités (posologie), au bon moment, avec la bonne documentation associée. C'est donc la disponibilité des produits pharmaceutiques qui conditionne la présence de ces éléments. Elle influe la satisfaction des patients et le nombre des patients bénéficiaires.

- **Perspective- financier**: c'est ce dernier qui impact directement les éléments de l'axe client. Il est scindé en deux perspectives, l'équilibre financier et les exigences des donateurs, deux types de mesures sont directement liés à l'axe financier : les coûts qui sont liés à la gestion des ressources et les mesures à prendre pour répondre aux exigences des parties prenantes.

- **Perspective-processus interne**: il vise à améliorer l'ensemble des processus, depuis l'innovation (Formulaire thérapeutique) jusqu'à l'utilisation du médicament. Pour être performant au niveau des processus internes, la principale condition est d'adopter de nouvelles méthodes de travail axées sur la qualité et la réactivité quotidienne de la chaîne logistique pharmaceutique mais aussi sur l'innovation.

- **Perspective- croissance et l'apprentissage**: représente les moyens, ressources et facteurs qui permettent d'atteindre les objectifs établis sur les axes précédents. Il faut mesurer l'implication des employés et la performance du système d'information hospitalier (module de la pharmacie).

⁵ Emmanuel N. Enwere, Jr, Ellen A. Keating, and Robert J. Weber (2014), OP cite P -18.

Tableau 3 : Balaced scorcard de la pharmacie centrale du centre hospitalo-universitaire

Mission: Assurer la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux			
Perspectives du BSC	Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs de mesure
Satisfaction des patient/ Médecins/infirmier	Disponibilité des produits	- Adhérer la planification	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre totale des malades bénéficiaires ; •Valeur des produits dispensés ;
Perspective financière Et parties prenantes	Coût de médicament et fidéliser les partenaires stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser les coûts ; - Engager les parties prenantes (donateur). 	<ul style="list-style-type: none"> •Pourcentage rupture de stock ; •Taux de divergence (SIH). •Budget consommé :(Coûts de la chaine pharmaceutique)
Perspective processus internes	Qualité des médicaments, Réactivité vis-à-vis des clients (médecin/infirmier/patient) Et Vigilance sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité améliorée (conformité et erreurs) du produit final - Qualification de personnel ; - Intervention de la pharmacovigilance/ matériovigilance ; - Amélioration des délais et la flexibilité des réponses ; - Documentation (sur SIH) ; - Délai de préparation - Augmenter la capacité d'innovation 	<ul style="list-style-type: none"> •Dons des parties prenantes ; •Durée moyenne de préparation •Doses retournées ; •Erreurs détectées ; •Nombre de contrôle ; •Taux d'effets indésirables ; •Nombre des réunions pharmacovigilance/ Matériovigilance. •Pourcentage accessibilité aux produits ;
Apprentissage organisationnelle	Enseignement et recherche et système d'information de la pharmacie centrale	<ul style="list-style-type: none"> - Participer activement à la recherche scientifique un niveau du CHU - Participer dans l'Encadrement - Validation des nouvelles pratiques professionnelles - Améliorer l'utilisation du SI de la pharmacie centrale 	<ul style="list-style-type: none"> •Réclamation ; • Durées de préparations. •Adhésion au travail (enquête) •Nombre de publications ; •Nombre de formations ; •Taux de circulation de l'information

Source: Auteurs.

3.2. Discussion : Quelle amélioration en management de performance hospitalier permettrait-elle l'adoption d'un BSC ?

Le succès de toute organisation dépend essentiellement de sa capacité de mettre en œuvre sa stratégie, et non pas seulement de l'élaborer (Kaplan, 2006). Également les Centres Hospitalo-universitaires marocains doivent s'assurer de la mise en œuvre de leurs projets stratégiques. Certes le déploiement de ces stratégies fait l'objet d'intervention de tout le personnel, or la diversité des services cloisonnés (services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs) également la coexistence de différents métiers et compétences (corps médical, personnel soignant et personnel administratif) limitent la coordination des acteurs dans la mise en œuvre desdits projets. A ce niveau, le BSC intervient pour jouer son premier rôle, par le fait de limiter le désaccord, tout en favorisant le dialogue entre tous les acteurs de l'hôpital, également, il permet une coordination entre le sommet stratégique et les centres opérationnels de l'hôpital.

Aussi, la stratégie de l'hôpital (ou le PEH) ne comporte pas seulement un ensemble homogène des orientations stratégiques relevant d'un seul domaine d'activité médicale, mais il s'articule autour de plusieurs domaines, suscités en haut. Autour de chacun de ces projets, les objectifs stratégiques sont déclinés en objectifs spécifiques puis en actions et pour chaque action un échéancier de réalisation est fixé. Cette lecture verticale du devenir de l'hôpital serait plus clarifiée, s'elle est suivie d'une autre transversale. Autrement dit, une lecture qui permet une articulation des différents projets stratégiques, sur un schéma directeur montrant une chaîne de causalité entre les leviers de performance de l'hôpital. Dans ce cas, la réalisation des missions assignées au centre sera la résultante de l'imbrication et l'intégration de ces éléments.

Une telle démarche stratégique pourrait être réalisée efficacement après l'introduction du BSC, et c'est à ce niveau stratégique que cet outil peut jouer son deuxième rôle en matière de management de la performance hospitalière.

Dans un troisième volet, le BSC peut être utile pour la mesure et le pilotage de la performance et sa communication dans un rapport d'activité d'un centre hospitalo-universitaire. Certes les indicateurs de mesure du rapport d'activité des différents Centres Hospitalo-universitaires, issues principalement de la matrice des indicateurs du Ministère de Santé, sont un moyen important de communication de la performance hospitalière. Or, ce document présente autant d'indicateurs de production (taux d'occupation moyen, durée moyenne de séjour, capacité litière.....) et d'efficience (ressources financières présentées en budgets) que de qualité. Cette présentation est plus influencée par la logique budgétaire que celle du management opérationnel. Dans ce cadre le BSC peut être utilisé comme support de reporting permettant une présentation et une mesure équilibrée de la performance hospitalière. Bref, il permet de s'arrêter sur l'évaluation des actions avant d'arriver aux résultats.

Conclusion et limites de la recherche

L'examen de l'apport du BSC en terme de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance dans le contexte hospitalier, nous a demandé de revenir au préalable sur les deux versions présentées par Kaplan et Norton, version originale de l'outil et celle adaptée à l'administration publique. Un tel passage fait ressortir comme constat la nécessité d'une adaptation du BSC en répondant à la spécificité de l'hôpital public comme entreprise à but non lucratif, où la prééminence de la satisfaction des patients, et l'absence de l'objectif économique.

La revue de la littérature empirique et théorique nous a permis de s'arrêter sur les bonnes conditions qui favorisent l'adoption du BSC par l'hôpital, on somme ainsi, la présence d'une stratégie délibérée, un système d'information performant et la motivation du sommet hiérarchique.

Quant à l'applicabilité du BSC au contexte du CHU, un schéma directeur de l'hôpital et un BSC pour le pilotage de la performance de la pharmacie centrale ont été établis. Ce résultat visualise comment l'outil étudié permettrait, dans un premier temps, de clarifier et de communiquer la stratégie, et d'harmoniser les initiatives dans un hôpital, et dans un deuxième temps, de revenir sur une panoplie d'indicateurs de performance afin de piloter et de mesurer la performance ou la non-performance par rapport à la réalisation des missions assignées à un CHU. Par ailleurs, notre travail présente trois limites, à savoir:

- Les liens de causalité entre les quatre axes de performance reposent sur des hypothèses consensuelles, et ne reposent pas sur un lien de causalité statistique ;
- La validité des indicateurs devrait être vérifiée statistiquement ;
- Une seule étude de cas pour vérifier l'adaptabilité et l'applicabilité du BSC au contexte hospitalier n'est pas suffisante pour la généralisation des résultats de l'étude.

Bibliographie

Dahir n° 1-03-195 du 16 ramadan 1424 (11/11/2003) portant promulgation de la loi N. 69-00 relative au contrôle financier de l'Etat sur les entreprises publiques et autres organismes (BO. N° 5170 du 18/12/2003).

Dahir no 1-15-62 du 14 chaabane 1436 (2 juin 2015) ;portant promulgation de la loi organique no 130-13 relative à la loi de finances ;(BO no 18-6-2015).

Dahir no1-16-62 du 24 mai 2016 ; portant promulgation de la loi no70-13relavie aux centre hospitalo-universitaire ; (BO no6474).

Deryl N. & Tuivaiti M. (2012) ; Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations : Issues and challenges; International Journal of Public Sector Management Vol. 25 No. 3, 2012 pp. 166-191.

Emmanuel N. and al. (2014)''Balanced Scorecards As a Tool for Developing Patient-Centered Pharmacy Services'' Hosp Pharm;49(6):579-58.

Gonzalez & Laporte, 2014, « Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations? ». Rapport de recherche, Labex ITEM, P 7-8.

Hospital Pccr Rcvicw Archives (HPRA). 2000a. « Achieve balanced from your scorecard strategy » ; Available online from Northern Light Technology1- 4.

Kaplan & Marvin, (1999), “The Balanced Scorecard for Public Sector Organizations” Harvard Business School Vol 1, Num 2.

Kaplan & Norton, (2001), « the strategy focused organization » traduit en français aux Editions d’Organisation.

Kaplan & Norton, (2006), “ balanced Scorecard: Measures That Drive Performance ” Harvard Business Review.

Kaplan R. & Norton D. (2006) “Alignment– Using the Balanced Scorecard to create corporate synergies “ Harvard Business School Press, Boston.

Kathleen E. & Richard G., (2001), “The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology”; Hospital Topics, P 13-24.

Kathleen E. And al. (2001) ; The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology; Hospital Topics, P 13-24.

Manuel d’organisation de la pharmacie centrale du CHU.

Manuel de procédures de la pharmacie centrale du CHU.

Matrice des indicateurs du ministère de santé- Maroc-.

Mintzberg H., (2001), “ Managing the care of health and the cure of disease ”, Health Care Management Review, vol. 26, n° 1, , p. 56-84

Nafzaoui. & El Hammoumi, (2018), "Les dispositifs du contrôle de gestion en matière de pilotage de la performance globale", Revue du Contrôle, de la Comptabilité et de l’Audit, Vol. 2 N. 4 pp. 175- 192.

Projet d’établissement hospitalier (PEH) du CHU.

Rapport d’activité, 2017 du CHU.

Robin cooper, (1995), “ Whenlean entreprise collide : competing through confrontation” Harvard Business School Press

Thierry Nobre, (2001/2), « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », Comptabilité - Contrôle – Audit (Tome 7), p. 125-146.

Thierry Nobre, (2014), « l’évolution du management de la performance à l’hôpital : du contrôle de gestion au contrôle organisationnel » dans le contrôle de gestion aujourd’hui Vuibert P 227-241 .

Xiao-yun Chen, (2006), Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance ; International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 19 No. 4, pp. 339-350.