

Quelle démarche pour l'introduction d'un outil de pilotage stratégique à l'hôpital ?

Le cas d'un Balanced scorecard dans un CHU francophone

Imène HAOUET

Associate Professor

Imene.haouet@em-starsbourg.eu

Thierry NOBRE

Professeur des universités

Thierry.nobre@em-starsbourg.eu

HuManiS – Ecole de Management Strasbourg
61, avenue de la forêt noire, 67085 Strasbourg Cedex

Résumé :

Cette communication étudie le processus d'introduction d'un Balanced scorecard dans le contexte hospitalier francophone en mettant l'accent sur les aspects méthodologique et stratégique de l'implantation de l'outil. L'étude empirique repose sur une recherche intervention conduite dans un CHU durant trois ans. Les résultats de cette recherche portent sur le processus de construction de l'outil en identifiant des facteurs clés de succès reposant sur une démarche stratégique intégrant démarche participative et management de projet et conduisent à s'interroger sur la place de la carte stratégique.

Mots clés :

Pilotage stratégique, Balanced scorecard, Hôpital

Introduction

Compte tenu des évolutions du secteur de la santé, les besoins de pilotage de la performance sont devenues incontournables et constituent une opportunité pour la diffusion des outils de pilotage dans les établissements de santé, dont notamment le Balanced scorecard (BSC).

Néanmoins, la plupart des recherches qui relatent l'introduction de cet outil de pilotage dans les hôpitaux (Yang *et al.*, 2005 ; Gumbus *et al.*, 2004 ; Tarantino, 2003 ; Pineno 2002, Inamdar *et al.*, 2002) sont issus de la littérature principalement anglo-saxonne et même si certains travaux s'intéressent au BSC dans le contexte francophone, peu de recherches investiguent en profondeur l'implantation de l'outil afin d'interroger les conditions de sa mise en œuvre dans un cadre culturel et organisationnel différent de son contexte d'origine, à savoir les entreprises nord américaines. Cet article a pour objectif d'étudier la conception et l'élaboration de cet outil dans le contexte francophone à partir d'une étude de cas longitudinale reposant sur une recherche intervention. Il s'agit plus particulièrement d'interroger les conditions stratégiques, managériales et ingénieriques accompagnant son implantation afin de les confronter d'une part aux prescriptions méthodologiques préconisées par les concepteurs de l'outil, et d'autre part, aux caractéristiques organisationnelles de l'hôpital. Afin de conduire cette réflexion, une première partie présente la confrontation théorique du BSC au modèle de la bureaucratie professionnelle dans le contexte hospitalier francophone. Une deuxième étape expose la partie empirique de la recherche en présentant le terrain étudié et en décrivant les différentes phases de l'implantation de l'outil. Dans la troisième partie, sont discutés les choix méthodologiques adoptés dans cette étude de cas afin de les confronter au modèle canonique issus des travaux de Kaplan et Norton (2006, 2004, 2001 et 1992).

1. Le BSC confronté au modèle de la bureaucratie professionnelle dans le contexte hospitalier francophone

L'analyse de l'introduction du BSC dans un contexte spécifique nécessite plusieurs étapes. Il est nécessaire au préalable, parmi les caractéristiques fondamentales de l'outil, de mettre l'accent sur celles qui peuvent être interrogées par le contexte hospitalier. Il convient ensuite d'analyser l'organisation elle-même, pour mettre en avant ses spécificités, entre autres à partir du modèle de la bureaucratie professionnelle, qui peuvent conditionner l'utilisation de l'outil et expliquer ses modalités effectives d'implantation. Il faut enfin mobiliser les travaux relatifs au BSC à l'hôpital même s'ils sont réalisés quasi exclusivement en milieu anglo-saxon pour avoir une première approche de la problématique.

1.1 Le BSC : un modèle de contrôle et de management stratégique canonique prégnant

L'évolution des travaux académiques et des expérimentations concernant le BSC nous conduit à proposer une synthèse articulée autour de trois questions principales visant à positionner la réflexion sur l'implantation du BSC dans le contexte hospitalier francophone: quelle est la nature de l'outil, quels sont ses liens avec le contrôle de gestion et quelle est la conception de la démarche stratégique induite ?

Dès 2003, Cobbold et Lawrie répondent à la première question en définissant trois phases successives dans le développement de l'outil. Le BSC est tout d'abord présenté comme un instrument de mesure multidimensionnel de la performance à partir de quatre axes (financier, client, processus interne et apprentissage organisationnel) combinant une double perspective, temporelle (rétrospective/prospective) et organisationnelle (interne/externe). Ensuite, l'outil est perçu comme instrument de la démarche stratégique en mettant l'accent sur les liens de causalité reliant les différents axes et indicateurs et en formalisant les liens entre objectifs à partir de la structure définie par le BSC. Enfin, dans la dernière phase, la dimension stratégique est approfondie (Kaplan et Norton, 2001) avec deux pistes principales d'évolution :

- la formalisation de la méthodologie permettant de définir les liens de causalité entre les objectifs stratégiques et les indicateurs à l'aide de la carte stratégique.
- le renforcement de l'animation accompagnant l'implantation de l'outil (Kaplan et Norton, 2006).

Pour la deuxième question, la dénomination tableau de bord ayant positionné le BSC comme un outil de contrôle de gestion, deux interrogations principales ont été soulevées. La première concerne la relation causale de la performance attachée à l'outil et la seconde la conception du contrôle induit par le BSC.

La relation causale de la performance semble relever plutôt du postulat, voire de la croyance partagée (Nørreklit et Mitchel, 2007), que d'une proposition scientifiquement démontrée. En effet peu de travaux ont mesuré le lien entre les 4 dimensions de la performance du BSC pour valider cette relation de causalité. Northcott *et al.* (2009) identifient principalement quatre études : Banker *et al.* (2000), Davis et Albright (2004), Hoque et James (2000), Malina *et al.* (2007). Les résultats sont très nuancés et montrent davantage l'effet positif sur la performance de l'utilisation d'un tel outil que l'identification et la mesure précise des liens entre les différentes étapes de la performance au sens de Kaplan et Norton. Cette incertitude sur la démonstration des liens entre les 4 dimensions n'empêche

cependant pas l'opérationnalité de l'outil, Davis et Albright (2004) allant même jusqu'à évoquer un effet Hawthorne.

En matière de conception du contrôle induit par le BSC, Choffel et Meysonnier (2005), proposent trois idéaux-types de tableaux de bord dans lesquels ils positionnent l'outil développé par Kaplan et Norton comme un outil de gestion centralisée comparé au tableau de bord « à la française » (Bourguignon *et al.*, 2004) relevant d'une approche de gestion décentralisée peu instrumentalisée et au tableau de bord de type *Navigator* (Wegmnan, 2000) procédant d'une approche évolutive visant le pilotage de processus ou de projets.

De nombreux auteurs ont souligné la tendance « hiérachico-descendante » du BSC (Maisel 1992, Nørreklit 2000) où la démarche *top-down* s'avère prépondérante pour une mise en œuvre effective de l'outil. De même, en reprenant l'analyse de Simons (1995) différenciant contrôle diagnostique et contrôle interactif, Naro et Travaillé (2010) constatent la dimension fortement descendante de l'outil dans les stratégies délibérées. Ce constat est conforté par Mouritsen *et al.* (2002) pour lesquels le BSC serait avant tout un outil d'alignement stratégique.

Malgré les réponses apportées par les auteurs à cette dernière critique (Kaplan et Norton, 2006), le BSC relève d'un modèle de contrôle et de management stratégique canonique prégnant reposant fortement sur une démarche *top-down* hiérarchisée.

1.2 Quel contexte organisationnel pour le BSC à l'hôpital ?

Le contexte dans lequel doit s'insérer le BSC lorsqu'il est implanté à l'hôpital peut être analysé selon deux approches : la première analyse les caractéristiques organisationnelles des établissements de santé et la seconde les pratiques managériales relatives au contrôle de gestion et au management stratégique.

1.2.1 L'hôpital : une organisation complexe aux activités diversifiées, politiquement polycentrique et en forte évolution

La complexité du fonctionnement organisationnel de l'hôpital relève de trois caractéristiques principales : la diversité des activités, la configuration des rapports de pouvoir et la dynamique d'évolution marquée par de profondes mutations.

La forte diversité des activités de l'hôpital provient autant de la multiplicité de services cloisonnés (services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs), que des métiers et des compétences, ce qui limite la coordination des acteurs et des projets.

La configuration politique interne est marquée par 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 :

- Une première approche (Mintzberg, 1982) assimilant l'hôpital à la configuration de la bureaucratie professionnelle, montre que le sommet stratégique est fortement dépendant de la base opérationnelle dans ses prérogatives stratégique ce qui entraîne une incertitude quant à l'identification des auteurs effectifs de la stratégie ;
- Une deuxième approche plus globale (Mintzberg, 2001) définissant quatre mondes (les tutelles, les managers, les médecins et le personnel soignants) met en lumière la divergence des objectifs, de la sphère d'activités et des valeurs de référence des différentes catégories d'acteurs. L'articulation difficile de ces quatre mondes et leur hétérogénéité explique la difficulté d'introduction des pratiques managériales à l'hôpital.

Cette approche organisationnelle est complétée par Ouchi (1980), pour qui l'ambiguïté de la mesure de la performance et la divergence des objectifs des acteurs propre à l'organisation hospitalière laisse la place à un contrôle qui relève de l'approche clanique et favorise ainsi l'expression des divers rapports de pouvoir entre les différents acteurs dans les pratiques de management.

Par ailleurs les hôpitaux sont soumis à un environnement marqué par de fortes évolutions. Dans le cas de la France, une succession de réformes importantes depuis les années 80 a transformé le mode de financement, le pilotage stratégique et le mode de management par une multiplication d'innovations managériales (PMSI, accréditation, 35 heures, pôles d'activités médicales, délégation de gestion, loi HPST, etc.). Cette sédimentation de projets de transformation se traduit par des mutations qui nécessitent une véritable révolution culturelle de la part de tous les acteurs de l'hôpital.

1.2.2 Un contrôle de gestion émergent et un management stratégique à la croisée des chemins

Malgré des tentatives successives résultant des injonctions des tutelles, l'introduction du contrôle de gestion s'avère difficile (Nobre 2004). La comptabilité analytique connaît une diffusion prudente (Bonafini, 2003 ; Couaneau, 2003 ; Gottsmann et Pontonnier, 2002). Il en est de même pour la politique de contractualisation interne (Couaneau, 2003) ce qui a justifié la création de pôles d'activités médicales dans le cadre du « plan hôpital 2007 » pour donner un cadre organisationnel à cette nouvelle pratique de management. La mise en œuvre de la tarification à l'activité, à partir de 2005, (*pour*

respecter la chronologie, inverser les deux : d'abord mise en œuvre de la tarification puis pôles d'activités avec le plan hôpital 2007) a recentré pour l'instant les préoccupations des établissements sur la procédure budgétaire pour produire un nouvel outil l'EPRD¹ au détriment d'une approche plus globale du contrôle de gestion.

La démarche stratégique, et plus particulièrement le système de décision stratégique, s'avère difficile à identifier à l'hôpital (Aidemark 2001, Bartoli 1997, Moisdon et Tonneau 1997). Ce phénomène se traduit dans le contexte français par la difficulté de formalisation de la stratégie et les incertitudes sur la composition même du sommet stratégique au sens de Mintzberg.

La formalisation de la stratégie dans les établissements n'est finalement apparue que récemment en France puisqu'il faut attendre la réforme hospitalière de juillet 1991 pour que les hôpitaux soient obligés de produire un projet d'établissement. Malgré cette injonction, la pratique peine à se développer aussi bien d'un point de vue formel que dans sa finalité (Couaneau, 2003).

L'incertitude sur la définition et l'identification du sommet stratégique se traduit, dans le contexte français par un affichage permanent de la nécessité « d'un véritable pilotage médico-économique » où le discours abondant semble avoir pour vocation de palier une pratique insuffisante. Cela a conduit le législateur à une rapide succession de transformations des instances constituant le sommet stratégique. Le « plan hôpital 2007 » dans la définition « d'une nouvelle gouvernance hospitalière » applicable en 2005 remet en cause le conseil d'administration pour lui ajouter un conseil exécutif paritaire entre personnel de direction et corps médical. Système à nouveau transformé en 2010 dans le cadre de la loi HPST² pour instaurer un directoire et un conseil de surveillance. Cette succession rapide de configurations des instances stratégiques montre que le sommet stratégique est en fait difficilement identifiable et de fait à la croisée des chemins.

1.3 Les expériences de BSC à l'hôpital

De nombreux travaux (Yang *et al.*, 2005 ; Gumbus *et al.*, 2004 ; Tarantino, 2003 ; Pineno 2002, Inamdar *et al.*, 2002) témoignent de l'utilisation du BSC dans les établissements de santé. Ces travaux se concentrent généralement sur l'outil lui-même et en particulier sur les indicateurs mobilisés pour les quatre axes. Ils appréhendent l'outil dans sa dimension ingénierique et ses liens avec le système d'information, mais peu abordent le processus d'introduction et la dynamique managériale et

¹ Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

² Hôpital Patient Santé et Territoire.

stratégique. En revanche, Aidemark dès 2001 a envisagé cette dernière thématique pour proposer une analyse des constats issus de l'adaptation de cet outil au contexte hospitalier suivant quatre perspectives.

Management et mesure : Dans les établissements de santé, l'utilisation pour le management de mesures précises et significatives des activités médicales est généralement considérée comme difficile voir impossible. Les expériences permettent d'établir deux principaux constats : grâce à leur culture scientifique, les médecins parviennent à proposer des mesures appropriées pour traduire leurs activités ; la multiplicité des indicateurs induits par le BSC leur permet de présenter une image suffisamment différenciée et complexe de l'activité médicale pour éviter les excès de réductionnisme des indicateurs budgétaires et comptables.

La reconstruction des liens entre les quatre perspectives : lors de la mise en œuvre du BSC dans des établissements de santé, la hiérarchie entre les quatre perspectives a été redéfinie par rapport au modèle canonique. Les quatre perspectives ne sont pas considérées comme ordonnées hiérarchiquement ; les professionnels ne privilégiant pas une des perspectives le BSC leur permet de préciser les relations qui les relient.

L'inversion du contrôle *TOP-DOWN* : Dans les cas étudiés le BSC n'est pas décliné comme un outil de gestion de type *top-down*. Sa force réside dans la production d'une vue *bottom-up* des activités déployées au sein des services. Il permet la communication entre les médecins et l'administration de l'hôpital et complète la vision financière par les autres dimensions, en particulier le point de vue du patient. Les indicateurs et les mesures des quatre perspectives favorisent la restitution d'une nouvelle image de la réalité à l'administration et aux responsables politiques. Le BSC est devenu finalement un contrepoids face à la suprématie de la vision budgétaire pour favoriser le point de vue du patient..

Le changement stratégique du mode de contrôle : Le BSC a contribué à l'évolution du système de management des établissements, et plus particulièrement des unités, grâce à l'introduction d'une mesure des différentes facettes de l'activité et la planification et le suivi des activités courantes par les chefs de services. Ce réel changement dans la conception de la performance des professionnels permet : une meilleure définition des responsabilités en terme de résultats atteints plutôt que d'activités réalisées ; le développement des capacités d'analyse stratégique ; la prise en compte des conséquences des comportements individuels pour l'établissement ; le passage d'une vision de l'hôpital centré sur le personnel à une vision de l'hôpital centré sur le patient et la compréhension des mécanismes de la performance au sein

d'une organisation complexe dans laquelle celle-ci ne dépend pas seulement de l'excellence individuelle mais plutôt de la coordination et du travail en équipe des différents acteurs.

Ces travaux ont été conduits dans un environnement anglo-saxon or le contexte institutionnel joue un rôle déterminant pour le management des établissements hospitaliers. En effet, l'environnement juridique, économique et socio-culturel conditionne fortement les systèmes de santé et par conséquent le management des établissements. Ce facteur de contingence déterminant conduit à nous intéresser plus précisément au contexte francophone.

Même si des travaux ont été conduits dans ce contexte (Nobre, 2001 ; Expert, 2005 ; Ravelo de Tovar et Guidt, 2006 ; Faujour et Marian, 2003) et que le BSC a obtenu une certaine forme de reconnaissance institutionnelle dans le cadre des outils préconisés par le GMSIH³ en France, il faut néanmoins reconnaître que son utilisation reste encore peu répandue dans l'environnement francophone. Par ailleurs, les quelques expériences réalisées (Belgique, Suisse et France) ont été très faiblement valorisées dans des travaux d'investigation en profondeur permettant de les exploiter dans une perspective académique. C'est dans cette optique que se positionne cette recherche en exploitant une étude de cas reposant sur l'implantation d'un BSC dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en Belgique. Dès lors, la problématique qui structure cette recherche s'articule autour de la question principale suivante : Comment introduire un BSC dans un établissement hospitalier francophone ?

La réponse à cette interrogation conduit à mener un processus de réflexion structuré autour de deux thématiques : la première confronte les prescriptions méthodologiques préconisées par les auteurs au processus effectif mené par le CHU étudié ; la seconde s'intéresse aux obstacles ontologiques entre le BSC et la bureaucratie professionnelle développée ci dessus concernant principalement les caractéristiques du contrôle de gestion et du management stratégique à l'hôpital.

2. Méthodologie : Une recherche intervention

La recherche s'appuie sur une étude longitudinale (d'avril 2006 à décembre 2009) du processus d'introduction d'un BSC au sein d'un CHU francophone à travers une méthodologie de recherche intervention. Cette recherche relève d'une démarche ingénierique au sens de David (2000), les chercheurs étant impliqués dans la co-construction de l'outil en réponse à la demande de l'organisation qui désire mettre en place un BSC.

³ Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier.

La recherche intervention (Hatchuel, David) est une recherche consistant à aider les acteurs sur le terrain à concevoir et mettre en place des modèles et outils de gestion nouveaux à partir d'un projet opérationnel, et visant en même temps à produire des résultats théoriques de différents niveaux de généralité en sciences de gestion.

Le déroulement de la recherche s'est traduit par une première phase d'interventions ponctuelles pour une aide à la réflexion quant à la conception de l'outil (avril 2006 – juin 2006 – septembre 2006) ensuite par une phase d'immersion totale d'un chercheur pendant 3 ans (janvier 2006 à décembre 2009) permettant un accompagnement des acteurs pour la définition des indicateurs de pilotage.

L'approche mobilisée permet d'analyser le processus de construction de l'outil à partir de l'observation *in situ* et en temps réel des différentes phases du projet (Thiétart, 2003 ; Yin, 2003).

Les données ont été recueillies suivant deux modalités :

- par observation directe tout au long du processus de construction de l'outil et lors des 126 réunions relatives à la définition et la construction des indicateurs du BSC, auxquelles le chercheur a participé ;
- lors de 13 entretiens semi directifs menés avec différents acteurs de l'organisation impliqués dans le projet BSC.

Les observations ont fait l'objet de prises de notes systématiques et un compte rendu est effectué à l'issue de chaque réunion.

L'analyse du contenu de ces données s'est faite par le moyen d'un codage thématique tel que défini par Miles et Hubermann (1991).

Cette méthodologie semble être adaptée à notre projet de recherche. Dans un premier temps, elle permet de cerner les réalités des outils de pilotage stratégique au sein des établissements de santé en s'approchant au mieux de la vie des organisations (Hatchuel, 2000). En outre, l'importance de la place des acteurs dans le processus de construction de l'outil de pilotage (Naro, 1998 ; Besson et al, 1998) indique la pertinence d'utiliser cette méthodologie afin de comprendre leurs rôles.

3. Le cas d'un CHU francophone : Une implémentation globale à partir d'une démarche autonome

Afin d'analyser cette étude de cas, une première partie présente les caractéristiques et l'évolution du CHU. Une deuxième détaille le contexte stratégique dans lequel est développé le BSC. Enfin, une troisième partie expose les principaux choix méthodologiques retenus pour l'implémentation de l'outil.

3.1 Présentation du CHU

Le Centre Hospitalier Universitaire étudié est une structure de taille relativement importante avec 925 lits. Il exerce la triple mission des établissements universitaires, à savoir, les soins, l'enseignement et la recherche. Multisites, il est le résultat de la création d'une unité nouvelle dans les années 80 puis de plusieurs rapprochements successifs jusqu'en 2002. L'organisation comprend 3 hôpitaux plus 3 polycliniques et compte 4 542 salariés dont 656 médecins et chirurgiens.

Dans les années 90, la situation financière du CHU est dramatique, un plan d'assainissement doit être élaboré. A partir de cette époque le CHU se dote d'un plan stratégique, dont l'ambition est de tendre à la performance globale en combinant l'approche quantitative (performance de l'activité clinique), qualitative (qualité des soins aux patients), financière (rationalisation et planification des recettes, des dépenses et des investissements) et organisationnelle (efficacité des procédures, compétence et motivation du personnel).

Le plan stratégique, partant du concept central de la « priorité au patient », définit les objectifs à atteindre et prévoit les outils nécessaires à l'évaluation de la performance globale de l'institution. De 1991 à 2001, cette crise est peu à peu surmontée et les finances sont assainies.

Le choix a porté sur la mise en place d'un balanced scorecard (BSC) constitué d'indicateurs patients, financiers, de processus internes et d'apprentissage organisationnel, destinés à mesurer la performance globale de l'institution. Les processus de management articulés autour de ce système permettent à l'institution, d'une part, de rendre cohérente et de piloter la mise en œuvre du plan stratégique et au gestionnaire, d'autre part, de considérer le CHU selon quatre points de vue différents et de les relier en une vision synthétique également cohérente, afin d'appréhender la performance de chaque axe et la performance globale du CHU. Le choix du BSC fait donc partie d'une démarche volontariste entièrement intégrée dans un plan stratégique.

3.2 L'intégration du BSC à une démarche stratégique en trois étapes

L'étude de cas mobilisée est d'autant plus intéressante qu'elle présente deux caractéristiques :

- Le BSC est déployé à tous les niveaux de l'établissement. Cette implémentation globale permet d'avoir une vision complète de la problématique de l'introduction de l'outil ;

– La direction du CHU a délibérément choisi de ne pas faire appel à des consultants externes pour une meilleure adhésion des acteurs et un développement de l’outil tenant compte des spécificités de l’institution. Cette forme d’autarcie managériale permet aux chercheurs de mieux appréhender l’appropriation des outils par les acteurs.

L’élaboration du BSC fait partie intégrante d’une démarche stratégique développée en trois étapes. Le processus débute avec la formalisation de la vision stratégique par la direction. Il se poursuit par la mise en place de neuf groupes de travail dont l’objectif est l’élaboration d’un plan stratégique. Il aboutit à l’adoption du BSC comme outil de pilotage stratégique.

3.2.1 Définition de la vision stratégique

A l’issue de la période de crise traversée par le CHU, une nouvelle ère débute en 2002 avec un premier diagnostic stratégique établi par la direction permettant d’identifier plusieurs caractéristiques de la situation de l’établissement. Le fonctionnement de l’organisation s’avère très pyramidal avec un management de type *top down* et une absence de projets transversaux fédérateurs mobilisant les différentes catégories d’acteurs de l’hôpital. En matière de pilotage, seuls des indicateurs financiers sont mobilisés pour l’analyse de la performance. D’un point de vue stratégique, le CHU ne dispose pas de plan stratégique institutionnel.

Ce constat amène la nouvelle direction à proposer et formaliser sa vision stratégique : « offrir des soins de la plus haute qualité universitaire, accessible à tous, tout en sauvegardant la pérennité financière de l’institution ».

3.2.2 Une définition collective des objectifs stratégiques au sein de neuf groupes de travail

Afin de décliner cette vision stratégique, neuf groupes de travail pluridisciplinaires sont mis en place pour valider le diagnostic de la direction et proposer des objectifs stratégiques. Ces groupes de travail, mis en place début octobre 2002, mobilisent 150 collaborateurs représentatifs des différentes

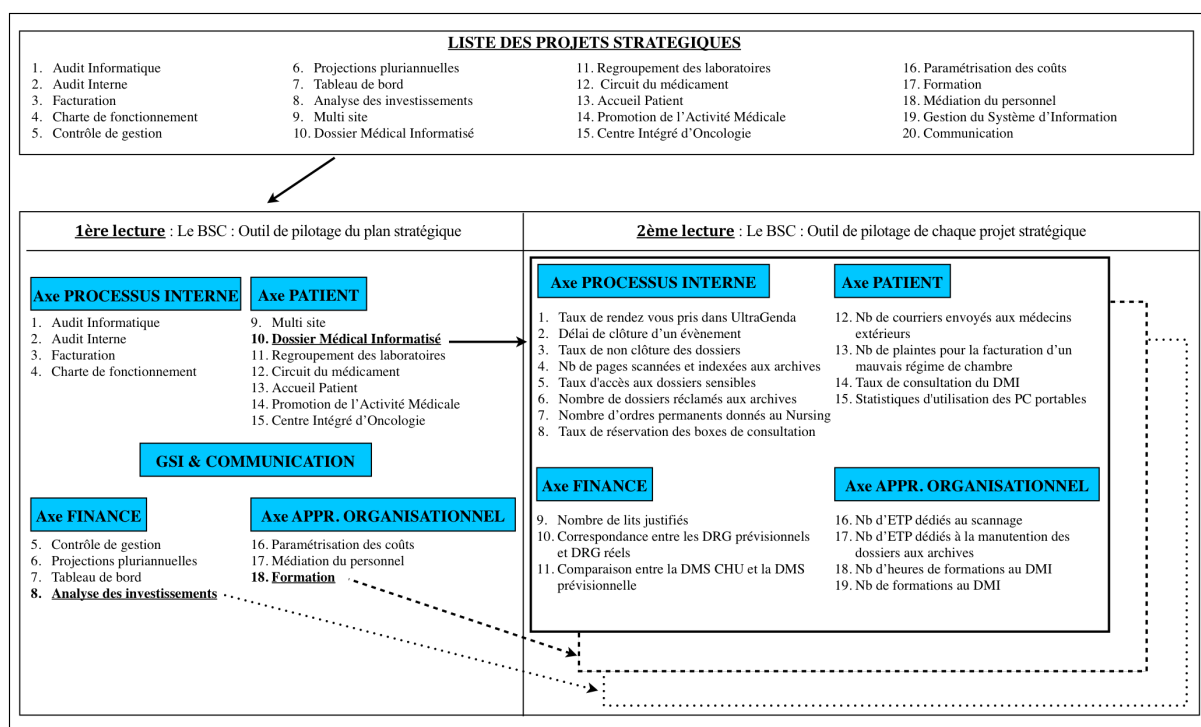
catégories d'acteurs de l'hôpital. Ils sont composés d'une dizaine de personnes au maximum, animés par un coordinateur et font appel à des personnes ressources. Ils ont bénéficié du soutien du président et des vices présidents du conseil d'administration, du doyen et du vice doyen de la faculté de médecine, et du président du conseil médical. Leur objectif est de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge des patients, rationaliser et planifier les recettes, les dépenses et les investissements et améliorer le fonctionnement de l'hôpital. Chaque groupe de travail est chargé d'une thématique : développement médical, soins au patient, accueil du patient, finances, gestion du personnel, communication, logistique, informatique et dossier informatique informatisé. Les résultats restitués le 15 avril 2003 ont généré un ensemble d'une vingtaine de projets qui constituent le plan stratégique à partir des priorités définies par les différents acteurs. Ce plan stratégique est adopté par le comité directeur en mai 2003, avec l'agrément du conseil médical et du doyen de la faculté de médecine.

3.2.3 Le pilotage du plan stratégique à partir d'une double lecture des projets par le BSC

Pour mettre en œuvre ce plan stratégique, la direction adopte une méthodologie de management par projets instrumentée par le BSC. L'analyse en 4 axes proposée est mobilisée suivant une double lecture : d'une part, les projets sont classés suivant les 4 perspectives (finance, patient, processus internes et apprentissage organisationnel) et, d'autre part, chacun des projets est piloté en utilisant les 4 catégories d'indicateurs du BSC.

Il faut néanmoins préciser que deux projets stratégiques (Gestion des Systèmes d'Informations et Communication) occupent une place particulière au sein du BSC, dans la mesure où ils n'appartiennent à aucun des quatre axes car ils sont considérés comme projets supports de l'ensemble du plan stratégique (Cf. figure1).

Figure 1 - La double lecture des projets par le BSC



3.3 Les choix d'implémentation de l'outil

La mise en œuvre effective du BSC présente deux caractéristiques principales : une implémentation à trois niveaux et une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs.

3.3.1 Trois niveaux d'implémentation

La mise en place du BSC a été fortement initiée par le besoin de pilotage des projets issus de la synthèse des résultats des 9 groupes de travail. Néanmoins, pour développer un outil de pilotage appréhendant la performance globale de l'établissement, la direction a souhaité compléter ce premier niveau d'instrumentation par deux autres niveaux d'analyse de la performance : l'ensemble de l'établissement et chacun des services.

Ainsi, l'implémentation du BSC est réalisée à trois niveaux :

- un niveau central : avec la mise en place d'un BSC d'une vingtaine d'indicateurs stratégiques à destination de la direction ;

- un niveau projets : qui permet à la fois d’assurer un pilotage des projets issus du plan stratégique et établir un lien entre les niveaux stratégique et opérationnel ;
- un niveau services : avec un BSC pour chaque service médical ou administratif.

3.3.2 Une forte mobilisation de l’ensemble des acteurs du CHU

La démarche de mise en place du BSC a été fortement participative aux trois niveaux d’implémentation. Pour chacun de ces niveaux, des réunions sont organisées avec le groupe de pilotage, le chef de projet ou de service et des personnes ressources afin de définir les indicateurs de pilotage à partir de l’objectif stratégique, et après avoir défini les facteurs clés de succès.

4. Une mise en œuvre hétérodoxe pour une adaptation *ad hoc* du BSC

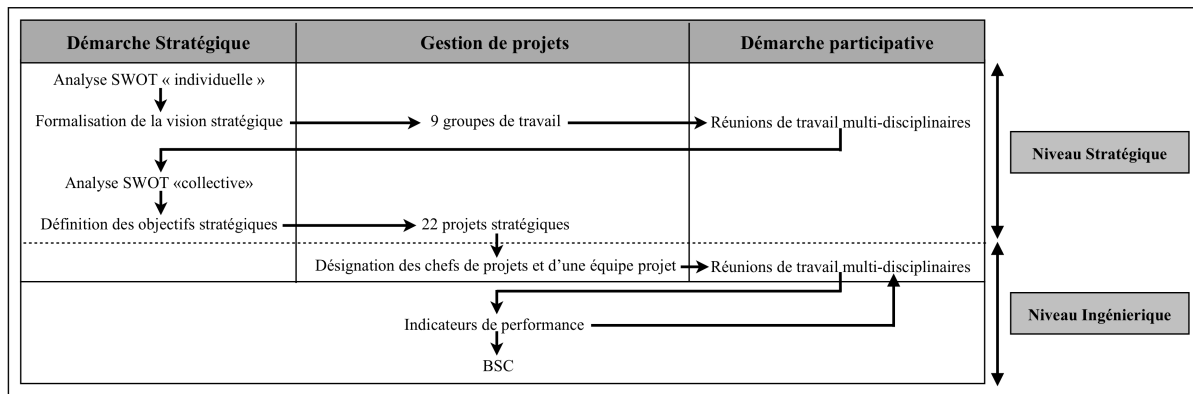
Cette recherche a pour objectif d’interroger certaines prescriptions méthodologiques relatives aux conditions et caractéristiques de l’introduction du BSC préconisées par les concepteurs de l’outil. Elle vise à analyser plus particulièrement trois dispositifs issus des choix managériaux de la direction relatifs à la mise en place de l’outil dans ce CHU : le premier dispositif concerne la démarche stratégique, le second la carte stratégique et le dernier la structure et la chronologie de la mise en œuvre de l’outil.

4.1 La démarche stratégique : une démarche participative instrumentée par un management de projets

Le constat issu du diagnostic stratégique initial soulignant les caractéristiques pyramidale et hiérarchique du CHU a incité la direction à délaisser l’approche *top down* pour impliquer délibérément l’ensemble des acteurs et développer des liens transversaux au sein de l’établissement afin de favoriser l’instauration d’une réflexion médico-économique. Cette volonté d’implication s’est traduite par une démarche participative déployée à partir de groupes de travail multidisciplinaires et déclinée à deux niveaux :

- dans le cadre de la démarche stratégique pour la définition du plan stratégique composé d'une vingtaine de projets,
- au niveau ingénierique de l'élaboration de l'outil pour la définition des indicateurs de pilotage. (Cf. figure 2)

Figure 2 - Une démarche stratégique intégrant gestion de projet et management participatif



La méthodologie de gestion de projets a permis d'instrumenter cette démarche participative en différenciant les deux niveaux mentionnés ci dessus.

4.2 Une absence de carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle

Pour les concepteurs du BSC, la carte stratégique constitue un élément fondamental de la mise en œuvre de l'outil, 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 (Kaplan et Norton, 2004). Dans le cas de ce CHU, la carte stratégique n'a pas été développée.

A la lumière des différentes étapes suivies pour la mise en place du BSC, il est manifeste que la priorité n'a pas consisté à détailler les liens de causalité conduisant à la performance mais plutôt à privilégier la performance organisationnelle comme préalable à la performance globale de l'établissement. Cela s'est traduit opérationnellement par la définition des projets stratégiques.

Ce choix implicite nous amène à deux constats : en premier lieu, il rejoint les interrogations des chercheurs sur le fondement scientifique des liens de causalité puisque la direction n'a pas estimé nécessaire de formaliser ces liens de causes à effets ; en second lieu, dans l'identification des origines de la performance, le CHU, en privilégiant nettement la performance organisationnelle, a mis particulièrement l'accent sur la maîtrise des processus internes comme levier de performance globale.

4.3 La construction de l'outil : une structure à trois niveaux et une chronologie à double temporalité

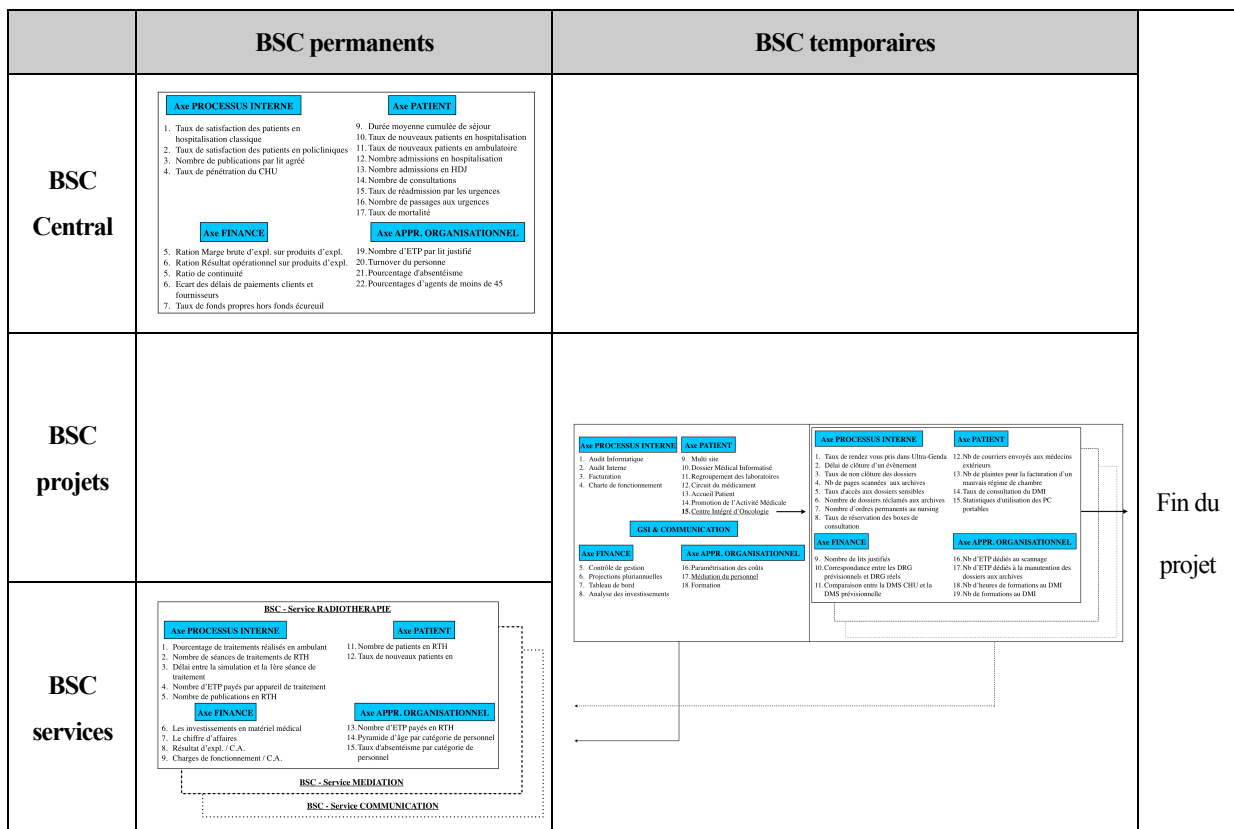
Les concepteurs de du BSC évoquent une arborescence des indicateurs avec un système gigogne suivant les différents niveaux hiérarchiques de l'organisation et une implémentation de type *top down*. Dans le cas du CHU, et comme le préconisent les auteurs, le BSC est développé à deux niveaux : un BSC central pour la direction et un BSC opérationnel pour chaque service.

Toute l'originalité de la démarche consiste à élaborer un niveau supplémentaire afin de piloter chacun des projets stratégiques. La mise en place de l'outil à trois niveaux correspond en fait à un double pilotage. La finalité des outils développés au niveau central et au niveau des services est le pilotage permanent et en temps réel d'une entité organisationnelle, l'établissement dans sa globalité ou une unité. L'objectif de l'outil développé au niveau des projets consiste à instaurer un pilotage temporaire déterminé par le cycle de vie de chaque projet et visant à s'assurer que chacun des projets est bien mené à terme.

Cette temporalité induit qu'à la fin de chaque projet, le BSC associé peut disparaître ou être intégré au niveau d'un service qui prend en charge les finalités du projet (Cf. figure 3).

Finalement, la mise en place de l'outil s'avère hétérodoxe car la phase d'élaboration de la carte stratégique n'a pas été déployée. Par ailleurs, les différentes adaptations par rapport au modèle canonique soulignent le caractère *ad hoc* de cette démarche.

Figure 3 - Un outil à trois niveaux et deux temporalités



Conclusion

Afin de mieux appréhender les résultats de cette recherche, il convient de rappeler le caractère autonome de l'implantation de l'outil. En effet, pour garantir l'adhésion des acteurs et éviter le rejet de l'outil, la direction n'a pas souhaité impliquer de consultants externes. Cette option méthodologique permet de mieux étudier les modalités de l'appropriation de l'outil par un établissement hospitalier car la démarche d'assimilation, de conception et de déploiement est essentiellement menée par des acteurs internes à l'exception de la collaboration avec les chercheurs.

L'analyse en profondeur du processus d'introduction du BSC à partir de cette étude longitudinale permet ainsi de proposer trois contributions :

- Dans un premier temps, pour répondre au questionnement relatif à la dimension méthodologique de l'implantation de l'outil, le constat porte d'une part sur la relation entre carte stratégique et

performance et, d'autre part, sur la nature de la coordination entre sommet stratégique et centre opérationnel ;

L'absence de la carte stratégique, dans le cas étudié, marque une différence notable par rapport aux préconisations des concepteurs du BSC. Ce choix délibéré de la direction, justifié par l'accent mis sur la performance organisationnelle, se traduit par une approche combinant une démarche participative et un management de projet représentant finalement un véritable mécanisme substitutif à la carte stratégique. En effet, le choix de la gestion de projet pour piloter le plan stratégique montre que la clé d'entrée choisie par la direction dans les liens de causalité définis par Kaplan et Norton (apprentissage organisationnelle => processus internes => patients => finances) réside principalement dans les processus internes. Pour ce CHU, il faut au préalable redéfinir et optimiser les processus internes pour cibler les apprentissages organisationnels à développer afin de satisfaire les patients et garantir la pérennité financière de l'institution ;

Les choix adoptés en matière de coordination entre sommet stratégique et centre opérationnel montrent clairement la méfiance de la direction par rapport à l'approche *top-down*. Tant au niveau stratégique qu'ingénierque, l'ensemble des catégories d'acteurs est impliqué dans la mise en place du BSC avec un processus incrémental connaissant des allers retours fréquents entre les différentes parties prenantes de la configuration organisationnelle définies par Mintzberg.

– La deuxième contribution est relative au rôle et à la place du management dans l'implantation du BSC à l'hôpital. Ce cas montre que les choix fondamentaux de la mise en œuvre de l'outil découlent du paradigme managérial de la direction. En effet, les options de la démarche de mise en place de l'outil (démarche participative, management de projet, prééminence de la performance organisationnelle, etc.) sont la traduction concrète des représentations et valeurs de l'équipe de direction. Ce constat met en évidence les marges de manœuvres dont dispose le sommet stratégique permettant de développer des approches de management différenciées, même dans des environnements très institutionnalisés comme l'hôpital.

– Enfin, le cas étudié analyse l'interaction entre les différents acteurs dans la co-production de l'outil. Il permet de spécifier leurs rôles tout au long de la démarche d'implantation de l'outil et de définir leurs contributions. Ainsi, le contrôleur de gestion assure une fonction de support logistique et ingénierique (Pascal et Romeyer, 2008) pour les acteurs opérationnels qui définissent le contenu de l'outil de pilotage, le BSC, en fonction de leur expertise professionnelle, et en coordination avec la direction. La coopération et la coordination des acteurs du centre opérationnel avec ceux de la direction permettent de mesurer le potentiel du BSC à répondre à un des enjeux fondamentaux du management hospitalier à savoir le pilotage médico-économique. En effet, l'outil développé permet de piloter la performance de l'organisation tout en intégrant la dimension économique, plus particulièrement portée par la direction, et la dimension médicale, défendue par le centre opérationnel.

Bibliographie

- Aidemark L.G., « The meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organization », *Financial Accountability & Management*, Vol.17, n°1, p. 23-40, 2001.
- Banker R.D., Potter G. et Srinivasan D., « An empirical investigation of an incentive plan that includes nonfinancial performance measures », *The Accounting Review*, Vol.75, n°1, p.75-92, 2000.
- Bartoli A., *Le management des organisations publiques*, Dunod, Paris, 1997.
- Bonafini P., « Le management des établissements hospitaliers : des illusions aux réalités », *13^{ème} Colloque International Politique et management public*, Décembre, Strasbourg, 2003.
- Bourguignon A., Malleret V. et Norreklit H., « The American Balanced-Sorecard versus French tableau de bord : The ideological dimension », *Management Accounting Research*, Vol. 15, n°2, p. 107-134, 2004.
- Choffel D. et Meyssonier F., « Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard », *Comptabilité Contrôle Audit*, décembre, Tome 11, Vol. 2, p. 61-81, 2005.
- Cobbold I., Lawrie G., « The development of the Balanced Scorecard as a strategic management tool », *2 GC Conference Paper*, p.1-9, 2003.
- Couanau R., *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, Mission d'information, Assemblée Nationale, mars, 2003.

David A., « La recherche intervention cadre général pour la recherche en management ? », in : A. David , et A. Hatchuel et R. Laufer, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, FNEGE, 2000.

Davis S. et Albright T., « An Investigation of the Effect of Balanced Scorecard Implementation on Financial Performance », *Management Accounting Research*, Vol.15, p.145-153, 2004.

Expert P., « Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix », *Gestions Hospitalières*, n°504, p. 48-51, 2005.

Faujour D. et Marian L., « Utilisation des outils de pilotage : le Balanced Scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille », *Journal d'Economie Médicale*, n°1-2, p. 53-71, 2003.

Gottsmann J. et Pontonnier M. A., « L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines : la mise en place de tableaux de bord sociaux par service », *Gestions Hospitalières*, n° 421, p. 780-784, 2002.

Gumbus A., Bellhouse D. E., Lyons B., « A three year Journey to Organization and Financial Using the Balanced Scorecard: A Case Study at a Yale New Haven Health System Hospital », *Journal of Business & Economic Studies*, Vol. 9, n°2, p. 54-64, 2004.

Hoque Z., James W., « Linking Balanced Scorecard Measures to Size and Market Factors : Impact on Organisational Performance », *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 12, p. 1-17, 2000.

Inamdar N., Kaplan R. S., Bower M., « Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Organizations », *Journal of Health Care Management*, n°47, pp. 179-194, 2002.

Kaplan R.S. and Norton D.P., « The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance », *Harvard Business Review*, Vol.70, 1992.

Kaplan, R.S. et Norton, D.P., « The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action », *Harvard Business School Press*, Harvard, 1996.

Kaplan, R.S. et Norton D.P., *Strategy Maps*, Harvard Business School Press, 2004.

Kaplan R.S., Norton D.P., *Alignment - Using the Balanced Scorecard to create corporate synergies*, Harvard Business School Press, Boston, 2006.

Maisel L.S., « Performance Measurement: The Balanced Scorecard Approach », *Journal of Cost Management*, 6, p. 47-52, 1992.

Malina M., Norreklit H. et Selto F.H., « Relations among measures, result control, and performance measurement models », *Contemporary Accounting Research*, Vol 24, n°3, p. 935-982, 2007.

- Miles, M. B., et Huberman, M. A., *Analyse des données qualitatives*, 2^{ème} Ed. De Boeck, Paris 2003.
- Mintzberg H., « Managing the care of health and the cure of disease - Part 1 et Part 2 », *Health Care Management Review*, Vol. 26, n°1, p. 56-84, 2001.
- Mintzberg, H., *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'Organisation., Paris, 1982.
- Moisdon J.C. et Tonneau D., « Concurrence et complémentarité : stratégie de l'hôpital et de sa tutelle », *L'hôpital stratège*, Editions John Libbey, p. 21-45, 1996.
- Mouritsen J., Thorsgaard L.H., Bukh P.N., « Dealing with the Knowledge Economy: Intellectual Capital versus Balanced scorecard », *Workbook from Copenhagen Business School ad Aarhus School of Business*, February, 2002.
- Naro Gérald., Travaillé D., « Le Balanced scorecard revisité à travers le modèle des leviers de contrôle : Les enseignements de deux études de cas », *Actes du Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité de Nice*, 2010.
- Nobre T., « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Vol. 2, n°7, 2001.
- Nobre T., « L'introduction de nouveaux outils de contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC », *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 22 – n° 7/8, p. 36-47, 2004.
- Nørreklit, H et Mitchell, F., « The Balanced Scorecard », in : T. Hopper, D. Northcote and R. Scapens, Ed., *Issues in Management Accounting*, Harlow, Prentice Hall and Financial Times, p. 269-296, 2007.
- Northcott, D., Llewellyn, S. & Kober, R., « Testing the cause-and-effect relationship in a public sector balanced scorecard, *American Accounting Association Management, Accounting Section Meeting*, St Petersburg Florida, January 2009.
- Norreklit H., « The Balance on the Balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions », *Management Accounting Research*, volume 11, n°1, pp. 65-88, 2000.
- Ouchi W.G., « Markets, bureaucraties and clans », *Administrative Sciences Quarterly*, Vol. 25, p.129-141, 1980.
- Pascal C. et Romeyer C., « Réorganisation des filières d'urgences : les conditions d'un changement réussi », 4^{ème} conférence GISEH, EPFL-Lausanne, Suisse, 2008.
- Pineno C., « The Balanced Scorecard: an Incremental Approach Model to Health Care Management », *Journal of Health Care Finance*, Vol. 28, n°4, p. 69-80, 2002.

Ravelo de Tovar A., Guidt M., « Le pilotage des missions des établissements publics de santé : un nouveau paradigme », *Gestions Hospitalières*, n°452, p. 12-17, 2006.

Simons R., *Levers of control : How managers use innovative controls systems to drive strategic Renewal*, Harvard Business School Press, Boston, 1995.

Tarantino D., « Using the Balanced Scorecard as a Performance Management Tool », *The Physician Executive*, septembre-octobre, Vol. 29, n°5, p. 69-72, 2003.

Thiéart, R.A., *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} Ed., Dunod, Paris, 2003.

Wegmann G., « Les Tableaux de Bord Stratégiques : analyse comparative d'un modèle nord-américain et d'un modèle suédois », *Gestion 2000*, n° 1, p. 19-35, 2000.

Yang C.C., Cheng L.Y., Yang C.W. « A study of implementation Balanced Scorecard in non-profit organizations : a case study of private hospital », *Human Systems Management*, n°24, p. 285-300, 2005.

Yin, R.K., *Case study research: Design and methods*, 3^{ème} Ed., Sage, Californie 2003.