



**HAL**  
open science

# LE PARADOXE DE L'AXE APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET CROISSANCE DANS LE BALANCED SCORECARD: LE CAS DE L'HÔPITAL

Thierry Nobre, Lionel Signolet

► **To cite this version:**

Thierry Nobre, Lionel Signolet. LE PARADOXE DE L'AXE APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET CROISSANCE DANS LE BALANCED SCORECARD: LE CAS DE L'HÔPITAL. "COMPTABILITE ET ENVIRONNEMENT ", May 2007, France. pp.CD-Rom. halshs-00543244

**HAL Id: halshs-00543244**

**<https://shs.hal.science/halshs-00543244>**

Submitted on 6 Dec 2010

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

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

# ***LE PARADOXE DE L'AXE APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET CROISSANCE DANS LE BALANCED SCORECARD : LE CAS DE L'HÔPITAL***

*Thierry Nobre , professeur*

**CESAG, Université Robert Schuman, IECS**

**61 Avenue de la Forêt-Noire, Strasbourg 67 000**

**Tel : 03 90 41 42 41, Fax : 03 90 41 42 65**

**thierry.nobre@urs.u-strasbg.fr.**

*Lionel Signolet, ATER*

**CESAG, Université Robert Schuman, IECS**

**61 Avenue de la Forêt-Noire, Strasbourg 67 000**

**Tel : 03 90 41 42 00, Fax : 03 90 41 42 65**

**Lionnel.signolet@urs.u-strasbg.fr.**

**Résumé :** Le Balanced Scorecard fait l'objet d'une nombreuse littérature témoin d'un fort engouement pour cet outil de gestion. Néanmoins, une analyse approfondie des différents travaux montre un certain paradoxe concernant la place du quatrième axe (apprentissage organisationnel et croissance) entre les prescriptions des auteurs, Kaplan et Norton, et les pratiques managériales effectives. Pour les premiers cet axe est fondamental alors que dans la pratique il s'avère sous-dimensionné. L'objectif de cette communication, à partir de deux études de cas reposant sur des recherche-actions, est d'analyser les raisons de ce décalage en prenant l'exemple de BSC développés dans deux établissements hospitaliers. Au préalable une revue de la littérature examine la place de cet axe chez Kaplan et Norton puis dans les travaux relatant des expérimentations de cet outil.

**Mots clés :** Tableau de bord, Balanced-Scorecard, hôpital, indicateurs.

**Abstract:** The Balanced Scorecard (BSC) is the object of an important literature that testifies a large craze for this management tool. Nevertheless, a detailed analysis of various papers shows a certain paradox between the authors' prescriptions (i.e. Kaplan and Norton) and the managerial practices concerning the fourth axis place (i.e. organizational learning and growth). For the first ones, this axis is fundamental, but in the practice, it proves to be underestimated. From two case studies based on two action researches, this communications aims to analyse the reasons of this gap, in quoting the BSC developed in two hospitals as an example. First, a literature review examines the place of this axis according to Kaplan and Norton and second several papers that relate experimentations of this tool.

**Key words:** Dashboard, Balanced Scorecard, hospital, indicators

Les outils du contrôle de gestion répondent à une double obligation. Ils doivent permettre l'analyse et le pilotage des mécanismes fondamentaux de la performance communs à toutes les entreprises et organisations tout en étant totalement adaptés aux spécificités et au contexte dans lequel ils sont élaborés et mis en œuvre. C'est pourquoi la panoplie du contrôleur de gestion est constituée d'outils génériques qui sont déclinés en fonction de l'environnement de leur implantation. Le Balanced-Scorecard (BSC), traduit par tableau de bord prospectif ou équilibré, figure parmi ces outils qui prétendent à une certaine universalité tout en insistant sur la nécessité d'adaptation des caractéristiques et du contenu de l'outil pour garantir sa pertinence et son utilité (Kaplan Norton 2001). Ces auteurs ont proposé quatre axes (financier, clients, processus internes, apprentissage organisationnel et croissance) structurant l'analyse de la performance à partir de relations causales intégrant une double perspective, celle du temps (court terme et long terme) et celle des acteurs concernés (internes ou externes).

Une analyse de la mise en œuvre effective de cet outil montre toutefois une différence significative entre d'une part, l'importance accordée par les auteurs aux différents axes et les préconisations qui en découlent et, d'autre part, la place de ces axes dans les outils réellement implantés. En particulier, du point de vue théorique suivant Kaplan et Norton, l'axe « apprentissage et croissance » est fondamental mais les réalisations concrètes se caractérisent par un faible développement voire une quasi absence de cet axe. Cette communication a pour objectif d'analyser ce paradoxe du décalage entre la conception des auteurs et la traduction managériale de leurs prescriptions dans les outils effectivement mise en œuvre, à partir d'une démarche exploratoire et compréhensive. Il s'agit d'étudier le processus complet de mise en œuvre de l'outil pour identifier les mécanismes à l'origine de la sous-estimation du quatrième axe proposé par Kaplan et Norton. Cette analyse est réalisée à partir de deux expérimentations de l'utilisation de cet outil dans le domaine hospitalier. Ces deux études de cas sont tirées de travaux de recherche-actions conduites dans deux établissements hospitaliers, un centre hospitalier général et un CHU. L'objectif est d'identifier les mécanismes conduisant à l'élaboration de l'outil pour expliquer la nature et la forme finale des composantes de l'outil, c'est-à-dire les axes structurant le pilotage de la performance, et ainsi le décalage entre les prescriptions théoriques et les applications pratiques.

Une première partie est consacrée à la présentation du paradoxe de la sous-estimation du quatrième axe dans les pratiques managériales par rapport aux prescriptions des auteurs. Cette entrée en matière nécessite au préalable un retour sur les travaux de Kaplan et Norton pour montrer l'évolution conduisant à la version finale du BSC et préciser la place assignée au quatrième axe. Ensuite, une analyse de la littérature permet de conforter l'existence de ce

paradoxe dans les travaux concernant l'application du BSC dans les entreprises. Enfin, une analyse spécifique de la littérature est consacrée aux expérimentations réalisées dans le contexte hospitalier.

La deuxième partie emprunte une démarche empirique pour analyser ce paradoxe suivant deux modalités. La première consiste à étudier les prescriptions en matière de BSC du Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH) constituant la vision et la traduction institutionnelle française de l'outil pour les établissements hospitaliers. La seconde, vise à décrypter les mécanismes conduisant à l'élaboration de l'outil pour identifier, dans ces deux études de cas, l'origine du décalage dans le développement des axes, et plus particulièrement du quatrième, entre les préconisations des auteurs et les outils effectivement conçus.

## **1. ROLE ET PLACE DE L'AXE « APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET CROISSANCE » DANS LE BSC**

La présentation de la place et du rôle des différents axes dans l'outil proposé par Kaplan nécessite de revenir dans un premier paragraphe sur les travaux fondateurs des auteurs. Il est en effet nécessaire de mettre en évidence le processus progressif de développement de l'outil pour expliquer les différentes interprétations qui peuvent en être faites. De même, il est important pour notre problématique de souligner l'importance accordée par les auteurs à l'axe « apprentissage organisationnel et croissance ». Un second paragraphe analyse ensuite la littérature pour étudier la place de ce quatrième axe aussi bien d'un point de vue théorique à partir des réflexions de différents auteurs que d'un point de vue managérial à partir de travaux présentant des cas de mise en œuvre de du BSC. Enfin, pour tenir compte du contexte empirique (les établissements hospitaliers) à partir duquel est conduite notre réflexion, un troisième paragraphe analyse la littérature spécifique au secteur hospitalier concernant le BSC.

### **1.1. La place de l'axe « apprentissage et croissance » chez Kaplan et Norton**

Pour élaborer leur outil Kaplan et Norton ont développé des coopérations et des expérimentations avec des entreprises et des organisations. Cette approche explique les évolutions du BSC conduisant à sa version définitive. Le tableau n° 1 propose une synthèse de

ces différentes étapes au travers des articles qui ont jalonné la progression de la réflexion des auteurs.

**Tableau 1 : L'évolution du Balanced-Scorecard**

Article :		Objectif de l'article :	Caractérisation du BsC :	Axe apprentissage et croissance :
"Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management : part II"	2001	Montrer comment utiliser le BsC pour aligner les processus et systèmes de management avec la stratégie	Le BsC est un outil qui facilite le changement organisationnel	Un axe dont les outils pour construire les indicateurs ne sont pas mentionnés alors qu'ils le sont pour les trois autres
"Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management : part I"	2001	Soulever les difficultés d'implémentation du BsC et tenter d'y répondre	Un outil qui permet de décliner la stratégie tout en permettant des combinaisons inédites entre actifs matériels et immatériels	L'axe qui décrit les priorités pour créer un climat qui contribue au changement organisationnel, à l'innovation et à la croissance
"Linking the Balanced Scorecard to Strategy"	1996	Montrer que le pilotage d'une organisation suppose une batterie d'indicateurs et pas uniquement des indicateurs financiers	Un tableau de bord composé d'indicateurs financiers et non financiers qui assure un retour d'expérience et une déclinaison pertinente de la stratégie	L'axe qui identifie l'infrastructure que l'organisation doit construire pour créer une dynamique d'amélioration et de croissance à long terme
"Putting the Balanced scorecard to Work"	1993	Présenter différents cas d'entreprises qui utilisent le BsC et les analyser	Le BsC est à la fois un système de mesure et un système de management capable d'accompagner le changement organisationnel	L'axe qui permet de piloter les améliorations nécessaires au niveau des trois autres axes
"The Balanced scorecard Measures that drive performance"	1992	Proposer un type de tableau de bord inédit et justifier sa pertinence dans le contexte actuel.	Un système de mesure qui permet d'adopter une vision transversale de l'organisation	L'axe qui projette l'organisation dans le futur et lui permet donc de se péreniser

Ce tableau recense l'évolution de la définition formulée par les auteurs ainsi que l'utilisation préconisée pour l'outil. Comme le montrent Lawrie et Cobbold (2002), il existe une logique de développement du Balanced-Scorecard en trois phases successives :

- La phase initiale où il est présenté comme un instrument de mesure de la performance amélioré, construit autour de quatre axes interdépendants.
- Dans la phase suivante, les auteurs du BSC mettent l'accent sur les liens de causalité reliant les différents axes et indicateurs. De même, ils insistent sur les moyens de déclinaison de la stratégie au niveau du BSC. Compte tenu de ces enrichissements, le BSC devient un élément central du système de management stratégique.
- La dernière phase est celle des améliorations incrémentales. Le BSC permet de sélectionner les objectifs stratégiques de l'organisation et ainsi de construire avec les différents responsables d'unité la stratégie de l'organisation. Celle-ci devient une œuvre collective qui anime l'intégralité de l'organisation. Le BSC devient un outil de management stratégique fédérateur, tout à fait approprié pour les organisations complexes (Lawrie et Cobbold, 2002). La portée du BSC s'élargit au cours du temps pour in fine investir la sphère du management stratégique.

Quelle est la place conférée à l'axe « apprentissage et croissance » par les concepteurs de cet outil ? L'analyse du tableau n°1 indique que l'axe « apprentissage et croissance » revêt deux dimensions :

- Une dimension prospective : il permet à l'organisation de se projeter à long terme et l'incite de ce fait à mener des changements organisationnels de grande ampleur. Cet

axe évite ainsi à l'organisation de privilégier le court terme au détriment du long terme.

- Une dimension prescriptive : il aiguille la politique de développement de l'organisation, source d'innovation et de croissance tout en pilotant les améliorations à mener au niveau des trois autres axes.

L'axe « apprentissage et croissance » est donc indispensable car il sous-tend l'ensemble des indicateurs du BSC présents sur les trois autres axes. En tant que fil conducteur des indicateurs du BSC, il permet ainsi non seulement à l'organisation de penser son avenir mais aussi de lui donner les moyens pour pouvoir y parvenir. Ainsi, sans le développement de cet axe, un BSC perd une grande partie de ses qualités d'outil de management stratégique. C'est l'axe « apprentissage et croissance » qui donne au BSC sa nature d'outil de management stratégique et s'avère ainsi un axe essentiel.

## **1.2. La place de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance » dans la littérature**

La revue de la littérature portant sur la place de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance » est scindée en deux étapes. Dans un premier temps nous empruntons une approche non contingente présentant les travaux de recherche concernant des entreprises et des organisations non hospitalières. Ensuite, comme l'analyse empirique réalisée dans la deuxième partie concerne des établissements hospitaliers, il est nécessaire de différencier les travaux présentés pour, dans une seconde étape, aborder les travaux spécifiques concernant les établissements hospitaliers. Cette double approche permet de déterminer si le secteur hospitalier présente une spécificité concernant notre problématique ou si au contraire le même phénomène peut être observé dans tous les secteurs d'activité.

### ***1.2.1. Analyse de la littérature non spécialisée***

L'analyse de la littérature montre que les chercheurs emploient deux types d'approches dans leurs travaux sur le BSC. Les premiers empruntent une démarche théorique ou analytique, les seconds exploitent une expérimentation le plus souvent sous forme d'étude de cas.

Le tableau 2 présente une synthèse des travaux relevant de la première démarche. Parmi ceux-ci aucun ne privilégie l'étude de l'axe « apprentissage et croissance ».

**Tableau 2 : La place de l'axe « apprentissage et croissance » dans la littérature théorique ou analytique**

Article :	Nature de l'article :	Objectif de l'article :	Conclusion des auteurs :	Axe apprentissage et croissance :
Choffel Meyssonier 2005	Analyse de la littérature anglo-saxonne et française sur le BsC	Constituer une typologie des conceptions de BsC avancées par la littérature	Trois idéaux types existent le modèle de base, le modèle type tableau de bord à la française et le type scandinave	Ne constitue pas l'élément d'étude principal
Iltner Larcker Meyer 2003	Analyse et compte rendu d'une expérimentation	Etudier l'utilisation de la subjectivité dans les systèmes de récompenses	L'utilisation de la subjectivité pour la pondération des mesures issues d'un BsC conduit à ignorer bon nombre de critères de performance	Ne constitue pas l'élément d'étude principal
Bourguignon Malleret Norreklit 2002	Analyse trans-culturelle de deux outils de gestion : le BsC et le tableau de bord "à la française"	Montrer la place de la dimension culturelle dans la conception des outils de gestion	Le BsC porte la marque culturelle de son pays d'origine au même titre que le tableau de bord à la française	Ne constitue pas l'élément d'étude principal
Cobbold Lawrie 2002	Enquête sur le BsC basé sur des apports théoriques allant de 1992 à 2001	Exposer l'évolution conceptuelle du BsC durant sa première décennie d'existence	Les trois âges du BsC : - l'outil de mesure - l'outil de contrôle stratégique - l'outil de management stratégique fédérateur	Ne constitue pas l'élément d'étude principal
Iltner Larcker 1998	Revue de la littérature et analyse sur les nouveaux outils de mesure de la performance	Présenter les travaux les plus intéressants pour initier de nouvelles pistes de recherche	Les analyses sur la mise en œuvre et la pertinence de ces nouveaux outils restent encore trop rares	Ne constitue pas l'élément d'étude principal

En se basant sur la sélection de Méric (2003) enrichie d'autres travaux sélectionnés pour leur richesse et leur pertinence, sept articles ont été retenus (Tableau n°3). Deux traitent d'expérimentations dans le secteur public. Les cinq autres prennent appui sur des organisations privées industrielles ou spécialisées dans les services. Parmi eux, seulement trois articles mentionnent que l'axe « apprentissage et croissance » a été développé et deux étudient sa place.

Ainsi, Oriot et Miniaszeck (2001) montrent que si cet axe peine à se développer, la pérennité du BSC n'est pas assurée. Mooraj, Oyon et Hostettler (1999) avancent que Tétra Pack en le développant au même titre que les trois autres a réussi à formuler une stratégie plus cohérente. Cette entreprise s'est ainsi dotée d'une véritable vision à long terme et les préoccupations de court terme ne prennent plus le pas sur celles dont les échéances sont plus lointaines.

Selon la définition de Kaplan et Norton, l'axe « apprentissage et croissance » constitue le fil conducteur de l'évolution des indicateurs des trois autres axes. En outre, il est appréhendé comme le moyen pour l'organisation de se projeter dans l'avenir. Les résultats des deux études de cas cités précédemment semblent donc confirmer la place importante de cet axe pour la pérennité et la pertinence du BsC. Ainsi son importance est davantage mise en avant par rapport aux travaux théoriques précédents. Mais les développements le concernant restent néanmoins faibles puisque moins de la moitié des articles choisis en font état.

### *1.2.2. Littérature analysant le BSC à l'hôpital*

Les études de cas analysées ci-dessous ont des origines très diverses. Certaines ont été menées aussi bien aux Etats-Unis, au Canada, à Taiwan qu'en France. Elles ont pour objet des cliniques, des hôpitaux, voire des réseaux aussi bien publics que privés.

Sur les 16 articles sélectionnés portant sur l'expérimentation d'un BSC en milieu hospitalier :

- Deux articles ne mentionnent pas si cet axe a été développé (Pink, Mc Killop, Preyra, Montgomery et Baker, 2001 ; Gallup, 2003)
- Sept présentent le BsC implémenté mais l'axe « apprentissage et croissance » est remplacé par un substitut qui ne remplit pas son rôle (Ravelo de Tovar et Guidt, 2006 ; Expert , 2005 ; Gumbus, Bellehouse et Lyons, 2004 ; Voeller, Raikich et French, 2001 ; Kershaw et Kershaw, 2001 ; Meliones, 2000 ; Mc Stravic, 1999)

Ainsi, sur les 16 articles, neuf ne font pas état de l'importance de cet axe dans le développement d'un BSC. Parmi les sept articles restants, deux d'entre eux n'ont développé que la dimension apprentissage (Yang, Cheng et Yang, 2005 ; Fitzpatrick, 2002) et trois l'ont développé dans son intégralité (Tarantino, 2003 ; Pineno, 2002 ; Jones et Philip, 2000) mais un seul aborde le processus de création de cet axe (Jones et Philip, 2000). Etant donné le faible niveau de développement de cet axe au vu des articles analysés, les résultats d'Inamdar et Kaplan (2002) sont à nuancer : l'axe « apprentissage organisationnel et croissance » n'est pas tout aussi présent dans les hôpitaux que dans les organisations du secteur privé. Au vu de cette revue de la littérature, c'est son faible état de développement qui doit être souligné et incite à en rechercher les raisons.



Article :	Nature de l'article :	Apport pour le terrain :	Objectif de l'article :	Conclusion des auteurs :	Axe apprentissage et croissance :
Lawrie Andersen Kalff 2006	Analyse et compte rendu de deux études de cas - Une agence gouvernementale - Une agence de l'ONU	Le BsC a permis de clarifier les rôles de chacun et ainsi motiver les acteurs	Comparer deux outils de gestion considérés comme largement adoptés : - le BsC - le management basé sur les résultats	Ces deux outils sont complémentaires tout en adoptant une optique identique	Ne constitue pas l'élément d'étude principal Impossible de savoir si cet axe a été développé
Lawrie Andersen 2002	Analyse et compte rendu d'une implémentation d'un BsC dans une agence gouvernementale	Le BsC a permis de fédérer les différents responsables autour d'objectifs partagés	Examiner les opportunités offertes par le BsC pour améliorer le management du secteur public	Le BsC améliore la gouvernance du secteur public car il permet de réfléchir sur les comportements managériaux et leurs implications	Ne constitue pas l'élément d'étude principal Impossible de savoir si cet axe a été développé
Kasurinen 2002	Analyse et compte rendu d'une implémentation d'un BsC dans un service d'une firme multinationale finlandaise	Aucun : l'implémentation n'a pas été achevée	Etudier les facteurs qui influencent le changement au niveau du contrôle de gestion	Le processus d'élaboration du BsC version 1996 ne prête pas suffisamment attention aux difficultés nées lors d'un changement organisationnel	Ne constitue pas l'élément d'étude principal Impossible de savoir si cet axe a été développé
Ahn 2001	Analyse et compte rendu d'une implémentation d'un BsC dans une entreprise ("ABB")	Le BsC a permis à ABB de formuler et décliner plus efficacement sa stratégie	Proposer une méthodologie d'implémentation du BsC	la mise en œuvre du BsC est délicate car Kaplan et Norton développent peu - la manière d'élaborer les cartes stratégiques - les méthodes de déclinaison de la stratégie	Ne constitue pas l'élément d'étude principal Mais cet axe a été développé
Oriot Miniaszek 2001	Analyse et compte rendu d'une implémentation d'un BsC chez Matra Marconi Space	Faible : le BsC n'a pas réussi à s'imposer et a finalement été abandonné	Rechercher un outil de gestion pertinent pour le pilotage des organisations	Le BsC est implémenté avec succès s'il s'accompagne d'un dialogue entre les unités opérationnelles	Ne pas tisser des liens de cause à effet empêche le développement de l'axe apprentissage et croissance
Mooraj Oyon Hostettler 1999	Analyse de la littérature sur le BsC et présentation de l'implémentation d'un BsC chez Tétra Pack	Le BsC a permis à Tétra Pack de faire le lien entre performances passées et performances à venir	Evaluer la pertinence du BsC : savoir s'il est à la fois bénéfique et nécessaire	Le BsC favorise le développement de l'apprentissage organisationnel si les cartes stratégiques sont développés	Cet axe a permis à Tétra Pack d'adopter une vision stratégique plus cohérente
Broadly-Preston Hayward 1998	Analyse et compte rendu d'une implémentation d'un BsC dans le secteur bancaire	Le BsC a permis de mieux intégrer les analyses du service marketing dans l'élaboration de la stratégie	Montrer que le BsC permet le développement de stratégies plus orientés vers les attentes des clients	Une formulation stratégique réussie est une formulation dépendante du flux des informations émanant des clients	Ne constitue pas l'élément d'étude principal Impossible de savoir si cet axe a été développé

Tableau n°3 : l'axe "apprentissage et croissance" vu par des travaux académiques hors hôpital basés sur des études de cas

Article :	Nature de l'article :	Apport pour le terrain :	Objectif de l'article :	Conclusion des auteurs :	Axe apprentissage et croissance :
Ravelo de Tovar Guidt  2006	Compte rendu et analyse de l'implémentation d'un BsC dans un service clinique d'un hôpital public français	Le BsC a permis : - le développement d'un dialogue entre les différents personnels - le développement d'une culture managériale axée sur la notion de performance	Montrer que Le BsC permet de faire face aux défis engendré par le nouvelle gouvernance	Le BsC est pertinent et pour le pilotage des hôpitaux Son implémentation est de plus faisable	Cet axe n'a pas été développé
Yang Cheng Yang  2005	Compte rendu et analyse de l'implémentation d'un BsC dans une clinique de Taiwan	Le BsC a permis de construire un guide méthodologique dont la mission est de faciliter l'implémentation de nouveaux outils de gestion	Montrer que le BsC est : - un outil pertinent pour le pilotage des établissements de santé - tout à fait réalisable pour les établissements de santé	L'implémentation d'un BsC suppose de bien considérer le temps et les ressources alloués au projet	Développement de la dimension apprentissage uniquement
Expert  2005	Compte rendu de la mise en œuvre d'un BsC dans un hôpital public français	Souligne les difficultés de mise en œuvre et des pistes pour pouvoir les surmonter	Montrer les avantages que peut procurer un BsC par rapport à un tableau de bord strictement financier	Le Bsc est un outil de pilotage approprié pour les établissements de santé notamment depuis les réformes de leur financements	Cet axe n'a pas été développé
Gumbus Bellehouse Lyons  2004	Compte rendu et analyse de l'implémentation d'un BsC dans l'hôpital de Bridgeport (USA)	Le BsC a permis d'améliorer la profitabilité de l'hôpital	Montrer que le BsC est un outil pertinent et réalisable à l'hôpital	Le BsC est mis en œuvre efficacement à l'hôpital si le patient est mis au centre des préoccupations	Cet axe n'a pas été développé
Blizzard  2003	Enquête menée à partir de l'implémentation de BsC dans différents hôpitaux	Plus l'engagement du personnel est élevé, plus la profitabilité est elle-même élevée	Tester les effets de l'engagement des personnels sur des indicateurs fréquemment utilisés dans les BsC réalisés à l'hôpital	Le niveau de profitabilité des hôpitaux est conditionné par le degré d'engagement des personnels	Impossible de savoir si cet axe a été développé
Tarantino  2003	Compte rendu et analyse de l'implémentation d'un BsC dans un hôpital	Clarification des indicateurs de pilotage de l'hôpital étudié	Expliquer l'élaboration d'un BsC dans un établissement de santé	La méthode d'implémentation proposée permet de faciliter l'implémentation du BsC en milieu hospitalier	Axe développé Aucune analyse du processus de création des indicateurs
Pineno  2002	Enquête menée auprès des hôpitaux de l'Ontario (Canada) utilisant le BsC	Mise à jour de liens de cause à effets et par ce biais détermination des objectifs à atteindre dans le futur	Présenter une implémentation incrémentale en se focalisant sur les attentes différenciées des patients	L'approche incrémentale permet de tester des relations de cause à effet identifiés dans le BsC et ainsi le perfectionner en apportant des preuves de leur existence	Cet axe a été adapté en "intégration du système et changement" Aucune analyse du processus de création des indicateurs
Inamdar Kaplan  2002	Enquêt réalisée auprès des cadres de 9 établissements de santé	Amélioration de la performance et meilleure déclinaison de la stratégie des établissements qui ont implémenté cet outil	Étudier la mise en œuvre de du BsC dans les hôpitaux et dégager les bénéfices de cet outil pour ce type de structure	Le Bsc est un outil qui peut être implémenté dans ce type de structure et qui permet aux hôpitaux d'améliorer leur position concurrentielle	Cet axe est tout aussi présent dans les hôpitaux que dans les organisations du secteur privé, mais il a du mal à être accepté par les cadres Aucune analyse du processus de création des indicateurs

Tableau n° 4 : l'axe « apprentissage et croissance » vus par des travaux basés sur des études de cas menées en, milieu hospitalier 1/2

Article :	Nature de l'article :	Apport pour le terrain :	Objectif de l'article :	Conclusion des auteurs :	Axe apprentissage et croissance :
Fitzpatrick 2002	Compte rendu de la mise en œuvre d'un BsC dans un hôpital	Apporte un éclairage sur la mise en place d'un BsC	Montrer les avantages du BsC dans la gestion stratégique, tactique et opérationnelle d'un hôpital	Le BsC est un outil pertinent pour le management des hôpitaux car il est créateur d'informations pertinentes	Développement de la dimension apprentissage uniquement
Nobre 2002	Enquête du le BsC réalisée à partir de deux expériences menées en Italie et en Suède	Développement dans les hôpitaux étudiés d'une culture managériale auprès des personnels	Etudier les apports du BsC pour le pilotage des hôpitaux publics français	L'expérimentation du BsC est à encourager dans les structures hospitalières françaises	Cet axe constitue un levier de pilotage pertinent pour accompagner notamment la mise en œuvre des 35 heures
Voeller Raikich French 2001	Compte rendu de la mise en œuvre d'un BsC auprès du groupement de cliniques Sainte Marie à Duluth (USA)	Développement de données synthétiques pertinentes pour la prise de décision Amélioration de la profitabilité	Montrer que le BsC est un outil pertinent et réalisable pour les établissements de santé	La mise en œuvre d'un BsC suppose du temps et de l'argent ainsi que : - le développement d'un nouveau système d'information - un changement de mentalités	Cet axe n'a pas été développé
Pink Mc Killop Schraa Preyra Montgomery Baker 2001	Etude comparative menée auprès de 89 hôpitaux où le BsC a été développé	Constitution d'un document de synthèse où les différents hôpitaux sont évalués et comparés grâce aux données recueillies dans leur BsC	Décrire le processus de création du BsC afin d'informer les organisations hospitalières désireuses de mettre en œuvre un BsC	Le BsC est un outil qui être réévaluer en équipes Les données doivent être reliées entre elles le plus rapidement possible Il existe des variations réelles entre les hôpitaux quant à leur management	Impossible de savoir si cet axe a été développé
Kershaw Kershaw 2001	Compte rendu de la mise en œuvre d'un BsC dans une clinique ("Elsewhere hospital")	Le BsC a aidé la clinique à se redresser financièrement	Montrer l'implémentation du BsC dans une clinique	Le BsC permet de décliner la stratégie en tâches et objectifs opérationnels	Cet axe n'a pas été développé
Jones Filip 2000	Compte rendu de la mise en œuvre d'un BsC dans un service de l'hôpital universitaire de Duke (USA)	Gain de parts de marché grâce au BsC	Montrer la place du BsC dans le changement opéré à l'hôpital pour développer son apprentissage organisationnel	Le BsC est un outil de pilotage qui permet d'appréhender les pratiques professionnelles des organisations complexes	Cet axe a été développé La construction de ses indicateurs a été exposée
Meliones 2000	Compte rendu de la mise en œuvre progressive d'un BsC Tout d'abord dans un service puis à l'intégralité de l'hôpital de Duke (USA)	Le BsC a aidé l'hôpital à mieux satisfaire ses patients	Montrer que le BsC est un outil de gestion pertinent pour les établissements de santé	Le BsC est outil de gestion pertinent et réalisable mais il suppose : - de savoir écouter les opérationnels - de les écouter - de décloisonner les services	Cet axe n'a pas été développé
Mc Stravic 1999	Etude d'un BsC utilisé dans un groupement d'hôpital (Henry Ford Health System, USA)	Rééquilibrage du BsC étudié	Montrer ce que doit être un BsC en milieu hospitalier	Implémenter un BsC à l'hôpital suppose : - d'être attentif à la valeur ajoutée dans les prestations apportées aux patients - d'évaluer la performance - d'évaluer les moyens pour encore l'améliorer - de montrer les bénéfices qu'un BsC peut apporter à l'hôpital	Cet axe n'a pas été développé

Tableau n° 5 : l'axe « apprentissage et croissance » vus par des travaux basés sur des études de cas menées en, milieu hospitalier 2/2

## **2. APPROCHE EMPIRIQUE**

L'analyse empirique de la place de l'axe apprentissage et croissance dans les établissements hospitaliers est réalisée suivant deux approches.

Dans un premier temps nous présentons le point de vue institutionnel de l'utilisation du BSC. En effet, le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH), organisme ayant pour objectif d'aider les établissements à développer leur système d'information et leur instrumentation de pilotage, a proposé un cadre de mise en œuvre du BSC dans les établissements. Par conséquent, les préconisations du GMSIH, véritable mode d'emploi du BSC à destination des établissements, constituent la représentation et la vision officielle de l'outil et nous permettent ainsi de réaliser une première analyse au niveau institutionnel de la place de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance ».

Ensuite, une seconde approche aborde la problématique au niveau des établissements. Il s'agit, à partir de deux exemples d'analyser le processus de production de l'outil pour expliquer la place et le contenu de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance ».

### **2.1. L'approche institutionnelle du BSC à l'hôpital**

Le (GMSIH), en vertu de l'article L6113-10 du code de la santé publique est chargé de coordonner les différents partenaires de santé dans le but de définir un langage commun et des techniques pour communiquer. C'est à cet effet qu'il est chargé « d'harmoniser le système d'information des établissements de santé », de « sensibiliser leurs dirigeants au rôle du système d'information dans leurs stratégies » et d' « accompagner les établissements de santé dans la conduite du changement ». Pour mener à bien ses missions, le GMSIH est amené à réaliser des projets d'étude à l'issue desquels, il édite notamment des guides méthodologiques.

Au niveau de sa mission de « conduite du changement », après une enquête menée auprès de ses membres, un « Kit de base des tableaux de bord » a été publié en 2006 inciter les hôpitaux et les aider dans leur démarche d'implantation de l'outil.

Pour le GMSIH le BSC est considéré comme un outil de pilotage pertinent pour les hôpitaux. Il préconise son implémentation, car cet outil permet de décliner la stratégie des établissements en actions concrètes. L'expérimentation du BSC devrait être encouragée en

milieu hospitalier, car il constitue un outil utile au management stratégique de ces organisations.

Suite à des adaptations et à des simplifications, les axes définis par le GMSIH ont été les suivants :

- L'axe « **Efficienc e économique** » : il se mesure par le rapprochement activité/coût/recettes, par les résultats économiques et financiers et par la gestion des actifs.
- L'axe « **Efficacit é opérationnelle et qualité des soins** » : il correspond à l'axe « performance des processus ». Les instruments de mesure mobilisés essaient d'évaluer le parcours et la qualité des prestations prodigués aux patients ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont effectuées (évaluation des pratiques et du matériel utilisés).
- L'axe « **Satisfaction des clients** » : ce n'est pas uniquement la satisfaction des patients qui est mesurée, mais également celles des médecins de ville, et plus généralement de l'ensemble des partenaires de l'hôpital, tant en amont (établissements prescripteurs) qu'en aval (établissements de longue durée).
- L'axe « **Ressources et organisations** » : l'objectif de cet axe est « d'identifier une trajectoire de préparation du futur et de renforcement de la maturité organisationnelle des institutions autour de problématiques d'évolution de compétences, d'évolution, de processus et de méthode, d'évolution des systèmes organisationnels et informationnels (GMSIH, 2006) ». Il correspond à l'axe apprentissage et croissance, mais ce terme a été changé car le GMSIH a rencontré des difficultés à faire partager l'intérêt de cet axe auprès des établissements de santé.

Parallèlement, le GMSIH n'a pas exploré les relations de cause à effet. Selon lui, le processus de déclinaison des orientations stratégiques en objectifs et actions opérationnels qui accompagne la mise en évidence des liens de causalité, se mettra en place lors de la mise en œuvre de la méthode au niveau des établissements de santé.

Une première analyse globale montre que les caractéristiques essentielles de l'outil sont conservées, si ce n'est une adaptation sémantique pour le premier et le deuxième axe. Le troisième axe emprunte une démarche progressiste pour le secteur de la santé dans la mesure où cet axe a été délibérément dénommé client et non patient. Cette position dénote une volonté de dépasser la vision traditionnelle du rapport au patient d'une part en ayant une vision moins passive de son rôle et, d'autre part, en ayant une perception plus large des acteurs concernés par l'activité hospitalière en mentionnant explicitement les prescripteurs et les partenaires se situant en amont et en aval des établissements.

En ce qui concerne l'axe « apprentissage organisationnel et croissance » il existe un affichage visant la totalité de la perspective définie par Kaplan et Norton mais les précisions apportées par le texte tendent à réduire cet indicateur au domaine de la gestion des ressources humaines.

## **2.2. La logique de génération des indicateurs du BSC dans deux établissements de santé**

Pour analyser la place de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance » pour les acteurs des établissements hospitaliers nous utilisons les informations issues de deux recherches conduites dans un centre hospitalier (CH) et dans un centre hospitalier universitaire (CHU). Cette approche méthodologique permet de collecter des informations en profondeur voire confidentielles autorisant un décryptage des processus conduisant à la réalisation de l'outil et favorisant une meilleure compréhension de la configuration et du contenu de la version finale de l'outil. Ces deux cas sont mobilisés pour répondre la question centrale de la problématique car le chercheur a été impliqué par les établissements après que ceux-ci aient déjà dressé une première version ou préfiguration de l'outil et des indicateurs figurant dans les quatre axes. Cette première ébauche de l'outil peut, par conséquent, être considérée comme la vision de l'outil par les acteurs internes et ainsi servir de base pour analyser la place des différents axes et en particulier de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance ».

### ***2.2.1. Un centre hospitalier : une démarche incrémentale et opportuniste d'implantation du BSC***

Les caractéristiques du CH analysé sont présentées dans le tableau 6. Il s'agit d'un hôpital moyen accueillant l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales de ce type d'établissement.

**Tableau n°6 : Les centre hospitalier (Chiffres de 2005)**

Nombre de lits Médecine Chirurgie. Obstétrique (MCO)	402
Effectifs totaux :	875
Dont personnel médical :	112
Journées d'hospitalisation :	124 293
Consultations externes :	105 537

L'expérimentation du BSC dans ce CH concerne dans la première étape uniquement le service de chirurgie ambulatoire. Pour décrire la démarche empruntée, il est nécessaire de souligner le caractère incrémental et opportuniste du processus d'introduction de ce nouvel outil de gestion. En effet, la prise de décision de l'expérimentation et la définition du contenu de

l'outil sont le résultat de la rencontre de deux stratégies individuelles : celle du chef de service concerné et celle du directeur administratif et financier.

Dans un premier temps le chef de service de chirurgie ambulatoire entreprend une démarche qualité qui le conduit à définir trois objectifs principaux déclinés par la suite en indicateurs.

- « Pouvoir répondre aux attentes et besoins des patients »
- « Assurer la sécurité des patients »
- « Evaluer l'apprentissage attaché aux nouvelles pratiques professionnelles »

Dans un second temps, le directeur financier (DF) décide de profiter de cette opportunité. En effet, compte tenu de l'évolution du contexte de l'hôpital, il souhaite développer de nouveaux outils de pilotage. Il souhaite capitaliser cette expérimentation pour inciter d'autres services à construire ce type de tableau de bord et inciter sa direction à s'orienter vers ce type d'outil de pilotage au sein de l'établissement. Ayant déjà été sensibilisé au BSC, il fait rapidement le lien entre la démarche entreprise dans le service de chirurgie ambulatoire et les caractéristiques de cet outil et notamment entre les objectifs retenus et les axes préconisés par Kaplan et Norton. Il établit une correspondance entre les objectifs définis par le service et les axes du BSC :

- le premier objectif retenu pour construire les indicateurs correspond à l'axe « satisfaction des patients »
- le deuxième objectif correspond à l'axe « processus »
- le dernier objectif visant l'évaluation de l'apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles correspond à l'axe apprentissage organisationnel, néanmoins il a été dénommé « fonctionnement des processus ».

Afin de pouvoir finaliser le BSC et disposer d'un outil envisageant une perception élargie de la performance le DF complète les indicateurs déjà définis par un quatrième axe, l'axe financier. Cet axe est perçu par le DF comme la traduction en termes quantitatifs de l'évaluation qualitative représentée par les autres axes.

La synthèse de la première version du BSC est présentée ci-dessous :

Axe patient : taux de satisfaction des patients, taux de réclamation.

Fonctionnement : taux de transfert en hospitalisation complète, taux d'anomalies et de complication, taux de réadmissions dans les 8 et 30 jours.

Performance : Taux d'observance des nouvelles pratiques professionnelles.

Finance : Coûts des prestations des objets de coût identifiés, taux d'affectation des charges de personnel aux activités.

En ce qui concerne la place de l'axe « apprentissage organisationnel et croissance », il faut souligner que pour cet axe, seule la dimension « apprentissage organisationnel » a été développée. Deux causes principales peuvent être mises en avant pour expliquer l'absence de la composante croissance : une collecte des données déficiente et une incertitude stratégique. Compte tenu d'une collecte de données difficile à mettre en place, le BSC a été prioritairement nourri avec des indicateurs existants. Par exemple, un indicateur prospectif aurait pu être intégré au BSC. Il s'agissait de l'indicateur qui évalue le taux de progression possible de la chirurgie ambulatoire. Cet indicateur évalue ce qui est fait au niveau de l'établissement de santé en chirurgie avec hospitalisation complète et qui pourrait être fait en chirurgie ambulatoire. Cette donnée est non seulement obligatoire en vertu de l'arrêté du 31 mai 1999 mais elle est également pertinente pour la construction du BSC. Or cet indicateur n'a pas été fourni par le Service l'Information Médicale (SIM), à cause de la lourdeur de la collecte de l'information à mettre en oeuvre pour alimenter le BSC.

En matière de stratégie, il s'avère que l'établissement n'a pas formulé une stratégie suffisamment synthétique pour pouvoir véhiculer une vision de l'avenir de l'hôpital aux services. Ainsi, la déclinaison de la stratégie globale de l'établissement s'avère difficile, voire impossible. De ce fait, le service étudié n'a pas une vision claire des choix futurs de l'établissement. Ce qui le conduit à ne pas pouvoir se projeter dans l'avenir et ainsi l'empêche de développer une véritable dimension prospective dans son BSC si ce n'est le suivi de nouvelles pratiques nécessaires à la mise à jour des compétences de l'équipe pour s'adapter aux évolutions des pratiques thérapeutiques, chirurgicales et de prise en charge des patients.

### ***2.2.2. Un CHU : une implantation du BSC intégrée dans une démarche stratégique globale***

Ce CHU, qui a une taille humaine pour un ce type d'établissement (cf. tableau 7), exerce l'ensemble des activités propres aux établissements universitaires à savoir les soins, l'enseignement et la recherche.

**Tableau n°7 : Le Centre Hospitalier Universitaire (Chiffres de 2005)**

Nombre de lits Médecine Chirurgie. Obstétrique (MCO)	955
Effectifs totaux :	4 235
Dont personnel médical :	593
Journées d'hospitalisation :	299 668
Consultations externes :	636 695

La mise en œuvre du BSC dans ce CHU s'inscrit dans une démarche qui peut être décomposée en deux étapes principales. La première initiée en 2002 correspond à la



définition d'un plan stratégique visant à faire face à une situation financière très difficile, la seconde, débutant en 2006, vise la mise en oeuvre d'un outil de pilotage au sein de l'établissement. Le plan stratégique a constitué une préfiguration du BSC dans la mesure où les différentes actions prioritaires choisies ont été délibérément articulées suivant 4 axes dénommés, financiers, patients, processus et ressources humaines.

Les différentes actions du plan stratégique ont été effectivement déployées et ont permis de redresser la situation de l'établissement. Après cette première étape, la direction, afin de poursuivre la mutation du management dans laquelle elle s'était engagée, a souhaité doter l'établissement d'un outil de pilotage de la performance dépassant la simple démarche de gestion de projet adoptée pour conduire le plan d'action stratégique. Il s'agit pour la direction de disposer d'un outil de pilotage global, permanent et en temps réel permettant de prendre au bon moment les décisions évitant entre autre la situation de crise connue antérieurement. Trois motivations principales sous-tendent la démarche entreprise par la direction.

Au-delà de la volonté de développer les outils de gestion au sein de l'établissement cette démarche vise à pérenniser l'évolution de la culture, managériale des différents acteurs du CHU (corps médical, personnel soignant et personnels administratifs). En effet, la mobilisation induite par le plan d'action stratégique a transformé le comportement des acteurs impliqués en les incitant à dépasser la vision traditionnelle de leur activité pour intégrer la dimension économique et managériale.

Cette perspective opportuniste de la direction vise également à capitaliser le travail de réflexion et de formalisation relatif aux indicateurs réalisés par les différents acteurs dans le cadre des actions prioritaires du plan stratégique. En effet, pour piloter les différentes actions du plan stratégique les chefs de projet et leurs collaborateurs ont définis des indicateurs de performance susceptibles d'être mobilisés plus généralement pour le management de l'établissement.

Il s'agit enfin pour la direction d'harmoniser et de coordonner les différents indicateurs de pilotage existant au sein de l'établissement. En effet, trois sources principales d'indicateurs ont été identifiées au sein de l'établissement.

- Les indicateurs centraux : La direction générale dispose d'un ensemble d'indicateurs globaux concernant l'activité et la performance financière et budgétaire de l'établissement.
- Les indicateurs des actions prioritaires définies dans le plan stratégique. Chacune des actions prioritaires définies dans le plan stratégique a produit un ensemble d'indicateurs permettant au chef de projet de piloter l'évolution de l'action dont il est responsable.

- Les indicateurs des services : Les différents services ont développé de façon autonome des indicateurs spécifiques à leurs activités.

La direction souhaite mobiliser l'ensemble de ces indicateurs dans sa réflexion pour développer le BSC de l'établissement.

Une première version, dont un résumé est présenté ci-dessous, est élaborée par la direction.

Axe patient : DMS (durée moyenne de séjour), nouveau patient (hospitalisé, ambulatoire), admissions (classiques, hospitalisation de jour), consultations, publication, taux de pénétration, réadmissions, Mortalité.

Axe finance : Marge brute, résultat opérationnel, ratio continuité, délai de paiement des clients et fournisseurs, indépendance financière, Encours, Activité justifiée

Axe ressources humaines : Turnover, Absentéisme, Dépenses de formation, Pyramide des âges, Satisfaction des internes,

Axe processus : Satisfaction hospitalisation, Satisfaction polyclinique, journées non justifiées.

Cette première mouture de l'outil appelle plusieurs constats.

En ce qui concerne l'axe financier il s'avère que l'établissement a clairement affiché sa volonté d'intégrer la dimension économique dans les critères de la performance pour piloter l'évolution de l'établissement aussi bien en termes d'efficience (marge brute et résultat opérationnel) que de solvabilité.

Ensuite, l'examen des axes patients et processus montre une certaine confusion dans le positionnement des indicateurs dans chacun des axes. En effet, dans l'axe processus figurent les indicateurs « satisfaction hospitalisation, satisfaction polyclinique » qui a priori relèvent de l'axe patient, alors que dans l'axe patient figurent les indicateurs « DMS (durée moyenne de séjour), publication, réadmissions, mortalité qui relèvent plutôt de l'axe processus. Cette situation est significative de plusieurs phénomènes. Elle montre en premier lieu que la relation de causalité entre les différents axes n'est pas assimilée. Mais surtout, cette confusion est la traduction de la difficulté à envisager le point de vue du patient comme pertinent pour l'évaluation de la prestation de santé. Autrement dit, ce sont plutôt les professionnels, qui sont légitimes pour l'évaluation de la satisfaction. Ceci explique que des indicateurs témoins de l'efficience de processus internes, comme la DMS vont être retenus pour évaluer la satisfaction du patient. Le point de vue du professionnel rendant le service est ainsi privilégié par rapport à celui du bénéficiaire de ce service, alors que la satisfaction même figure dans l'axe processus !

Enfin, un troisième constat concerne le dernier axe « apprentissage organisationnel et croissance ». Cet axe a été traduit en axe ressources humaines ce qui représente une réduction

importante de la signification de l'axe même si la finalité de l'axe demeure en partie respectée et peut-être expliquée. En effet, les charges de personnel représentent environ 75 % du budget d'un hôpital. Il est donc logique que les ressources humaines occupent une place non négligeable dans le quatrième axe. Néanmoins, le réductionnisme conduisant à traduire l'axe « apprentissage organisationnel » en « ressources humaine » montre pour cet établissement la difficulté à traduire cet axe en indicateurs « pilotables ».

Ces deux cas d'introduction du BSC dans un établissement hospitalier confortent le constat établi dans la première partie de sous-dimensionnement et de difficulté d'instrumentation du quatrième axe défini par Kaplan et Norton. Ils correspondent à deux types d'établissements différents, un hôpital moyen et un CHU, et à deux modalités d'introduction également différentes, une introduction spontanée et diffusant par capillarité et une introduction centralisée intégrée dans un processus stratégique (Nobre 2004). Ils permettent néanmoins d'apporter un éclairage sur les raisons de ce constat en différenciant trois causes racines pour expliquer cette situation. Les deux premières concernent la démarche stratégique, la troisième plus technique concerne la problématique du système d'information.

La première, visible principalement dans le CH, concerne la définition et la lisibilité de la stratégie de l'établissement. Sans vision claire de la stratégie de l'établissement, il s'avère difficile de définir au niveau du service les actions devant développer le potentiel nécessaire à des objectifs inconnus. Cette situation trouve son origine dans les pratiques managériales du sommet stratégique au sens de Mintzberg. La sous estimation de l'importance de la démarche stratégique due à un certain scepticisme des réelles possibilités de choix stratégiques pour les établissements expliquent la faible implication de la direction dans une démarche prospective instrumentée par une pratique stratégique a minima.

La deuxième concerne la capacité de déclinaison des objectifs stratégiques en actions et par la suite de formalisation en indicateurs visant à développer les compétences internes. Il s'agit dans ce cas d'une difficulté de maîtrise de l'outil qui tient à une certaine difficulté à penser voire à admettre les relations de causalité de la performance au sein de ce type d'établissement ce qui explique notamment la confusion entre les différents axes (Cf. le CHU).

La troisième concerne la définition et l'alimentation des indicateurs par le système d'information. Les systèmes d'informations des établissements se caractérisent par une partition entre sphère médicale et sphère économique-administrative qui constitue une contrainte forte pour la définition des indicateurs et par la suite l'alimentation de l'outil en données. Les informations relatives au suivi des indicateurs du quatrième axe se situant à

l'interface des deux sphères, il est donc particulièrement ardu de développer dans le système d'information l'infrastructure permettant d'alimenter les indicateurs concernés.

L'analyse du paradoxe de la place et rôle du quatrième axe du BSC à partir du contexte hospitalier indique que cette difficulté à instrumenter cette catégorie est inhérente à la démarche stratégique puisque c'est cet axe qui permet de développer la dimension prospective. Le constat de la sous-estimation de cet axe dans les cas étudiés amène ainsi à proposer deux hypothèses permettant par la suite d'envisager deux options managériales possibles.

Une première hypothèse concerne une insuffisance propre à la démarche stratégique elle-même dans la déclinaison du processus prospectif provoquant une incertitude qui se traduit par la difficulté de définition des actions à mettre en œuvre et ainsi des indicateurs composant le quatrième axe. Dans ce cas, il s'agit d'un signal de démarche stratégique défailante, le sommet stratégique doit donc retravailler sa copie.

Une seconde hypothèse vise les conditions de mise en œuvre de l'outil. Dans ce cas il s'agit de difficultés plutôt conceptuelles liées à l'adaptation et l'assimilation de l'outil par l'encadrement ou de système d'information alimentant l'outil. Il s'agit dans cette hypothèse de mettre en œuvre un ensemble d'actions internes pour accompagner et soutenir la mise en œuvre de l'outil.

## Références bibliographiques

- Ahn H.(2001)“Applying the Balanced Scorecard Concept: An Experience Report”, Long Range Planning, n°34, pp. 441-461.
- Andersen H. K., Lawrie G. (2002) “Examining Opportunities for Improving Public Sector Governance through better Strategic Management”, 2GC Conference Paper, mai, pp.1-10,
- Blizzard R., (2003)“Engagement Key to Improving Balanced Scorecards”, Gallup Poll Tuesday Briefing pp.1-3
- Bourguignon A., Malleret V., Norreklit H. (2002) « L'irréductible dimension culturelle des instruments de gestion : l'exemple du balanced scorecard », Comptabilité-Contrôle-Audit, numéro spécial, mai, pp. 7-32
- Broadly-Preston J., Hayward T.E.(1998) “An Assessment of the Relationship between Marketing, Information and Strategy Formulation in the UK Retail Banking Sector”, International Journal of Management, vol. 18, n°4, pp. 277-285
- Choffel D., Meyssonier F. (2005) “Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard”, Actes du Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité de Lille, pp. 1-27
- Expert P. (2005) « Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix », Gestions Hospitalières, n°504, mai-juin, pp. 48-51,
- Fitzpatrick M. A. (2002) « Let's Bring balance to Health Care », Nursing Management, mars, pp. 35-37
- Gumbus A., Bellhouse D. E., Lyons B. (2004) “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, pp. 54-64

- Inamdar N., Kaplan R. S., Bower M. (2002) "Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Organizations", *Journal of Health Care Management*, n°47, mai-juin, pp. 179-194,
- Ittner C. D., Larcker D. F., Meyer M. W. (2003) "Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence from a Balanced Scorecard", *the Accounting Review*, vol. 78, n°3, pp. 725-758
- Ittner C. D., Larcker D. F. (1998) "Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications", *Journal of Management Accounting Research*, pp. 205-238
- Jones M. L. H., Filip S. J. (2000) "Implementation and Outcomes of a Balanced Scorecard Model in Women's Services in an Academic Health Care Institution", *Quality Management in Health Care*, pp. 40-51
- Kaplan R. S., Norton D. P. (1992) "The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance", *Harvard Business Review*, janvier-février, pp. 71-79
- Kaplan R. S., Norton D. P. (1993) "Putting the Balanced Scorecard to Work", *Harvard Business Review*, septembre-octobre, pp. 134-142
- Kaplan R. S., Norton D. P., "Linking the Balanced Scorecard to Strategy", *California Management Review*, vol. 39, n°1, pp. 53-79
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) "Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: part I", *Accounting Horizons*, vol. 15, n°1, pp. 87-104
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) "Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: part II", *Accounting Horizons*, vol. 15, n°2, pp. 147-160
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) "Comment utiliser le Balanced Scorecard", *Edition d'organisation*, Paris
- Kasurinen T. (2002) "Exploring management accounting change: the case of the balanced scorecard implementation", *Management Accounting Research*, vol.13, pp. 323-343
- Kershaw R., Kershaw S. (2001), "Developing a balanced scorecard to implement strategy at St. Elsewhere Hospital", *Management accounting Quarterly*, pp. 28-45
- Lawrie G., Cobbold I. (2002) "Classification of Balanced Scorecards based on their effectiveness as strategic control or management control tools". *Performance Measurement Association*, pp. 1-15
- Lawrie G., Kalff D., Andersen H. (2005) "Balanced Scorecard and Result-Based Management: Convergent Performance Management System", *2GC Conference Paper*, septembre, pp. 1-14
- Lepère D. (2006) "Kit de base des tableaux de bord", *Actes de la Journée des adhérents du Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH)*, juillet, pp. 1-180
- MacStarvic S. (1999) "A Really Balanced Scorecard", *Health Forum Journal*, mai-juin, pp. 64-67
- Meliones J. (2000) "Saving Money, Saving Lives", *Harvard Business Review*, novembre-décembre, pp. 57-65
- Méric J. (2003) « L'émergence d'un discours de l'innovation managériale-le cas du Balanced Scorecard », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, numéro spécial, mai, pp.129-145
- Morraj S., Oyon D., Hostettler D. (1999) "The Balanced Scorecard : a Necessary Good or an Unnecessary Evil?", *European Management Journal*, vol. 17, n°5, pp. 481-491
- Nobre T. « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°414, pp. 171-179
- Nobre T. (2004) « L'introduction de nouveaux outils de contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC », *Journal d'économie médicale*, Novembre Décembre 2004, Vol. 22 – N° 7-8, pp. 36-47.
- Oriot F., Misiaszek E. (2001) « Mesurer une performance multidimensionnelle : le choix du Balanced Scorecard chez Matra Marconi Space », *Echanges*, n°179, juillet, pp.26-29
- C. Pineno (2002) "The Balanced Scorecard: an Incremental Approach Model to Health Care Management", *Journal of Health Care Finance*, pp.69-80
- G. H. Pink, I. McKillop, E. G. Schraa, C. Preyra, C. Montgomery, G. R. Baker (2001) "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System", *Journal of Health Care Finance*, pp. 1-20
- A. Ravelo de Tovar, M. Guidt (2006) « Le pilotage des missions des établissements publics de santé : un nouveau paradigme », *Gestions Hospitalières*, janvier, pp.12-17

- Tarantino D. (2003) "Using the Balanced Scorecard as a Performance Management Tool", *The Physician Executive*, septembre-octobre, pp. 69-72
- Voelker K. E., Rakich J. S., French G. R. (2001) "The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology", *Hospitals Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, vol. 79, n°3, pp. 1-20
- Yang C.C., Cheng L.Y., Yang C.W. (2005) "A study of implementation Balanced Scorecard (BSC) in non-profit organizations : a case study of private hospital", *Human Systems Management* n°24, pp.285-300