

Contrôle de gestion et gestion de la performance dans les hôpitaux publics marocains

Management control and performance management in Moroccan public hospitals

Hicham SEDRA, (Doctorant)

*Laboratoire de Recherche en Sciences de gestion des organisations
Ecole Nationale de Commerce et Gestion
Université Ibn Tofail de Kénitra, Maroc*

Wissal SEDRA, (Doctorante)

*Le Laboratoire des Sciences Économiques et Politiques Publiques
Faculté d'Economie et de Gestion
Université Ibn Tofail de Kénitra, Maroc*

Noureddine ABDELBAKI, (Enseignant chercheur)

*Laboratoire de Recherche en Sciences de gestion des organisations
Ecole Nationale de Commerce et Gestion
Université Ibn Tofail de Kénitra, Maroc*

Adresse de correspondance :	Ecole Nationale de Commerce et de Gestion Téléphone : 0537329421 / 0537329422 Kenitra, Maroc
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	SEDRA, H., SEDRA, W., & ABDELBAKI, N. (2024). Contrôle de gestion et gestion de la performance dans les hôpitaux publics marocains. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 5(5), 680-692. https://doi.org/10.5281/zenodo.11383403
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: April 15, 2024

Accepted: May 29, 2024

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 5, Issue 5 (2024)

Contrôle de gestion et gestion de la performance dans les hôpitaux publics marocains

Résumé

Ce document vise à analyser le rôle et la contribution du contrôle de gestion dans la gestion de la performance des hôpitaux publics marocains. Il s'agit de comprendre comment le contrôle de gestion s'est développé dans ces établissements et quel impact il a sur leur performance, dans le cadre de la bureaucratie professionnelle.

L'analyse s'appuie sur une approche combinant théorie et étude empirique. L'analyse théorique examine les principales théories du contrôle de gestion, en particulier celles d'Henri Bouquin et Henry Mintzberg. Bouquin conçoit le contrôle de gestion comme un mécanisme de normalisation des résultats, tandis que Mintzberg estime que cette normalisation est difficile dans les hôpitaux en raison de la complexité des processus.

L'étude empirique repose sur des données statistiques d'hôpitaux marocains et une enquête auprès de contrôleurs de gestion hospitaliers. Elle met en évidence le rôle d'intégration et de dialogue joué par le contrôle de gestion, favorisant une culture organisationnelle commune. Cependant, son apport à la gestion des processus reste limité. Les résultats ne peuvent pas être généralisés complètement.

Bien que cette étude apporte un éclairage original, certaines limites persistent. L'analyse qualitative pourrait être approfondie et le débat théorique autour de la divergence entre les approches de Bouquin et Mintzberg mériterait d'être enrichi. Une meilleure compréhension de cette divergence permettrait d'améliorer le cadre conceptuel.

En conclusion, cette recherche contribue à une meilleure connaissance du rôle du contrôle de gestion dans la gestion de la performance des hôpitaux publics marocains, tout en soulignant la nécessité d'approfondir certains aspects théoriques et méthodologiques.

Mots-Clés : Contrôle De Gestion, Hôpital Public, Gestion De La Performance.

JEL Classification : I00

Type du papier : Recherche théorique

Abstract

The objective of this document is to analyze the role and contribution of management control in the performance management of Moroccan public hospitals. The aim is to understand how management control has emerged and developed in hospitals, and what impact it has on performance management in these organizations, following the logic of the professional bureaucracy.

The approach combines a theoretical analysis and an empirical study. The theoretical analysis consists of a review of the existing literature on the main theories of management control, particularly those developed by Henri Bouquin and Henry Mintzberg. Bouquin conceives management control as a mechanism for normalizing results based on the definition of objectives and the monitoring of their achievement. Mintzberg, on the other hand, applies his model of the professional bureaucracy to hospitals and believes that the normalization of results is unusual there due to the complexity of processes and the difficulty of measuring outputs.

The empirical study is based on statistical data from activity reports of Moroccan hospitals, as well as a survey conducted among hospital management controllers. These elements are used to analyze the reality of management control in healthcare institutions in Morocco.

The main findings highlight the role of integration and dialogue played by management control, promoting the emergence of a common organizational culture. Its contribution to process management remains limited. The research also does not allow for a complete generalization of its results.

Although this study provides original insight into the reality of hospital management control in Morocco, some limitations remain. The qualitative analysis could be deepened. Additionally, a significant limitation lies in the lack of development of the theoretical debate around the divergence between the approaches of Bouquin and Mintzberg. A better understanding of this divergence would enrich the conceptual field.

Keywords : Management Control, Public Hospital, Performance Management.

Classification JEL : I00

Paper type : Theoretical Research

1. Introduction

Le contrôle de gestion est un système de pilotage de la performance des organisations basé sur la définition d'objectifs et le suivi de leur réalisation. Il constitue donc un mode essentiel de gouvernance des organisations.

Selon le développement d'Henri Bouquin (2010), le contrôle de gestion sert à la fois à la gouvernance externe et interne :

- En termes de gouvernance externe, il vise à rendre compte aux "titulaires du droit de gouverner (actionnaires, tutelle, etc.)" (Bouquin, 2010, p. 10) des résultats de l'organisation et de leur niveau de correspondance avec les objectifs stratégiques qui lui sont assignés.
- En termes de gouvernance interne, le contrôle de gestion est un moyen de garantir la cohérence entre les actions des gestionnaires et les mêmes objectifs stratégiques.

Ainsi, l'objectif du contrôle de gestion est la "convergence des objectifs et de la coopération" (Bouquin, 2010, p. 11) d'une organisation tant en interne qu'en externe.

L'acceptation du contrôle de gestion suppose une architecture de délégations entre une autorité externe et les responsables de l'organisation d'une part, et entre ces responsables et les gestionnaires opérationnels d'autre part. Cela implique que des domaines de responsabilité aient été préalablement identifiés et attribués aux gestionnaires.

Ainsi, par définition, le contrôle de gestion se situe à l'interface entre la dimension stratégique et le cœur opérationnel de l'organisation, car sa principale fonction est de garantir la cohérence entre ces deux niveaux. Cette position et ce rôle le placent dans une partie spécifique de l'organisation : la technostructure.

Telle que définie par Henry Mintzberg ([1978] 1982, p. 46), la technostructure est l'endroit où se trouvent les analystes, c'est-à-dire ceux qui conçoivent, planifient et contrôlent le travail au sein de l'organisation. La technostructure participe ainsi, par la production de normes, à la coordination entre les différentes composantes de l'organisation.

La définition du contrôle de gestion par Henri Bouquin semble davantage correspondre à un mécanisme de normalisation des résultats, dans la mesure où il repose sur la détermination d'objectifs et le suivi des résultats, que ces objectifs soient assignés aux responsables de ligne par le sommet stratégique, ou donnés par des autorités externes au sommet stratégique lui-même.

L'existence d'un mécanisme de normalisation des résultats dans une organisation telle qu'un hôpital, selon Henry Mintzberg, est inhabituelle, voire impossible (Glouberman and Mintzberg, 1996). Ce dernier classe l'hôpital dans un type de configuration structurelle, la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, [1978] 1982), caractérisée par la prédominance du centre opérationnel. Le principal mécanisme de normalisation de cette organisation concerne la qualification des opérateurs, et non les résultats des unités opérationnelles, en raison de la complexité des processus de travail et de la difficulté de mesurer leurs produits, rendant tout système de contrôle inopérant.

Cependant, la fonction de contrôle de gestion s'est établie et développée de manière significative dans les établissements de santé. Comment pouvons-nous donc expliquer son émergence et son extension ? Quelles formes concrètes cette fonction prend-elle dans les établissements hospitaliers au Maroc, et quel est son impact réel sur la gestion de la performance dans les hôpitaux publics ? En d'autres termes, a-t-elle vraiment engendré une nouvelle manière de diriger les établissements de santé, et si oui, comment ? Ce sont des questions auxquelles cette contribution propose de répondre.

Selon Henry Mintzberg ([1978] 1982), la portée de la gestion de la performance dans une organisation telle qu'un hôpital, et donc la possibilité pour les analystes de la planification et du

contrôle de trouver leur place, est réduite par l'absence d'un système de mesure capable de rendre compte de manière adéquate de l'activité des professionnels.

Plusieurs études empiriques se sont intéressées à l'impact du contrôle de gestion sur la performance des hôpitaux. Ces recherches ont principalement porté sur les pays développés où cette fonction de gestion est mieux établie qu'au Maroc.

À titre d'exemple, les études de Smith et Goddard (2002) en Angleterre ainsi que d'Anderson (2007) en Australie ont appliqué des méthodologies quantitatives basées sur des enquêtes par questionnaire auprès de gestionnaires hospitaliers. Leur objectif était de mesurer la relation entre l'utilisation d'outils de contrôle de gestion (tableaux de bord, indicateurs de performance, plans stratégiques) et des indicateurs de résultats cliniques et financiers. Ces recherches concluent globalement à un impact positif du contrôle de gestion sur la performance.

D'autres études comme celles de Van Duivenboden et Thwaites (2002) aux Pays-Bas ou de Lartigau et al. (2009) en France ont adopté une approche qualitative par entretiens. Elles soulignent le rôle intégrateur du contrôle de gestion dans ces contextes et son influence sur les comportements managériaux.

Cet aperçu de la littérature empirique existante permet de situer le contexte des recherches antérieures sur cette thématique. Cependant, la réalité du contrôle de gestion hospitalier dans les pays en développement comme le Maroc demeure peu documentée.

2. Théorie du contrôle de gestion et de la performance hospitalière

2.1. Théories du contrôle de gestion

Les théories du contrôle de gestion et de la performance constituent un domaine de recherche central en sciences de gestion. Elles s'intéressent à la manière dont les organisations mettent en place des systèmes de contrôle pour piloter leur activité et atteindre leurs objectifs de performance.

Une théorie influente dans ce champ est la théorie de l'agence (Jensen & Meckling, 1976). Celle-ci analyse les relations entre les dirigeants (agents) et les actionnaires (mandants), et les mécanismes de contrôle mis en place pour aligner leurs intérêts respectifs. Selon cette théorie, les dirigeants peuvent avoir des comportements opportunistes et chercher à maximiser leur propre utilité au détriment de celle des actionnaires. Les systèmes de contrôle, notamment les dispositifs d'incitation et de surveillance, visent alors à réduire ces conflits d'agence (Eisenhardt, 1989). Des études récentes montrent que la nature des incitations (financières ou non financières) a un impact important sur l'efficacité des systèmes de contrôle (Bol, 2008 ; Bouwens & van Lent, 2007).

Une autre théorie importante est la théorie de la contingence (Otley, 1980). Celle-ci montre que les systèmes de contrôle doivent s'adapter aux caractéristiques spécifiques de l'organisation (taille, technologie, environnement, etc.) pour être efficaces. Ainsi, il n'existe pas de "meilleure" façon de concevoir les outils de contrôle, mais des solutions contingentes en fonction du contexte (Chenhall, 2003). Des travaux plus récents soulignent l'importance de l'alignement entre les systèmes de contrôle et les stratégies d'entreprise (Abernethy & Brownell, 1999 ; Widener, 2007).

La théorie institutionnelle (DiMaggio & Powell, 1983) met, quant à elle, l'accent sur la façon dont les pratiques de contrôle se diffusent et se légitiment au sein d'un champ organisationnel. Selon cette approche, les organisations adoptent des systèmes de contrôle non seulement pour des raisons d'efficacité, mais aussi pour se conformer à des normes et des attentes institutionnelles (Kostova & Roth, 2002). Des études récentes montrent que ces pressions institutionnelles peuvent avoir un impact sur la conception des systèmes de performance (Ezzamel et al. 2012 ; Siti-Nabiha & Scapens, 2005).

Plus récemment, la théorie de la traduction (Latour, 1986) a montré comment les acteurs s'approprient et transforment les outils de contrôle dans leurs usages concrets. Cette perspective met l'accent sur le rôle actif des individus dans la conception et l'utilisation des systèmes de contrôle (Mouritsen, 1999). Des travaux plus récents s'intéressent ainsi aux processus d'appropriation et de résistance des acteurs face aux systèmes de contrôle (Busco & Quattrone, 2015 ; Dambrin & Robson, 2011).

Enfin, les théories comportementales (Argyris, 1952 ; Hopwood, 1972) étudient l'impact des systèmes de contrôle sur les attitudes et les comportements des individus et des groupes au sein de l'organisation. Des recherches récentes montrent que la perception des systèmes de contrôle par les employés a un impact important sur leur motivation, leur engagement et leur performance (Burney & Widener, 2007 ; Hall, 2008). Par exemple, une étude de Lau et Moser (2008) a mis en évidence que la participation des employés dans la conception des indicateurs de performance favorise une perception plus positive du système de contrôle et améliore leur satisfaction au travail. D'autres travaux soulignent l'importance de l'équité perçue dans la mise en place des systèmes de rémunération liés à la performance (Colquitt et al. 2001 ; Sholihin & Pike, 2010).

Plus récemment, certains auteurs ont proposé d'intégrer différentes perspectives théoriques pour mieux comprendre la complexité des systèmes de contrôle. Par exemple, Malmi et Brown (2008) développent un "package" de contrôle qui articule des éléments culturels, cybernétiques, administratifs et de planification. D'autres chercheurs combinent les théories de l'agence, de la contingence et institutionnelle pour analyser les systèmes de mesure de la performance (Henri, 2006 ; Widener, 2007).

Ces différentes théories offrent ainsi des grilles de lecture complémentaires pour appréhender les enjeux du contrôle de gestion et de la performance dans les organisations contemporaines. Elles invitent les gestionnaires à concevoir des systèmes de contrôle qui prennent en compte la diversité des facteurs contextuels, organisationnels et comportementaux influençant la performance. Une approche intégrée semble ainsi nécessaire pour relever les défis du pilotage de la performance dans un environnement de plus en plus complexe et turbulent.

2.2. Théorie de la performance organisationnelle

La théorie de la performance organisationnelle est un cadre conceptuel qui vise à comprendre et à améliorer les résultats des organisations. Cette théorie s'appuie sur plusieurs principes clés. Premièrement, la performance organisationnelle est multidimensionnelle (Venkatraman & Ramanujam, 1986). Elle ne peut pas être réduite à une seule mesure, comme la rentabilité ou la part de marché. Au contraire, elle implique plusieurs aspects tels que l'efficacité opérationnelle, l'innovation, la satisfaction des parties prenantes, etc.

Deuxièmement, la performance dépend de l'alignement entre différents éléments de l'organisation (Nadler & Tushman, 1980). Cela inclut l'alignement entre la stratégie, la structure, les processus, les ressources humaines et la culture. Lorsque ces éléments sont bien articulés, l'organisation peut atteindre une performance élevée.

Troisièmement, la performance est influencée par des facteurs internes et externes à l'organisation (Pfeffer & Salancik, 1978). Les facteurs internes comprennent les compétences des employés, les pratiques de gestion, les technologies utilisées, etc. Les facteurs externes incluent la concurrence, la réglementation, les tendances du marché, etc. L'organisation doit s'adapter continuellement à son environnement pour maintenir sa performance.

Quatrièmement, la performance doit être mesurée de manière équilibrée (Kaplan & Norton, 1992). Il ne suffit pas de se focaliser uniquement sur des indicateurs financiers. Il faut aussi prendre en compte des mesures opérationnelles, d'innovation, de satisfaction des clients, etc. Cela permet d'avoir une vision holistique de la performance.

Cinquièmement, l'amélioration de la performance passe par un processus itératif

d'apprentissage organisationnel (Argyris & Schön, 1978). Les organisations doivent être capables de remettre en question leurs pratiques actuelles, d'expérimenter de nouvelles approches et d'ajuster leurs actions en fonction des résultats obtenus.

En résumé, la théorie de la performance organisationnelle souligne l'importance d'une vision multidimensionnelle, de l'alignement stratégique, de l'adaptation à l'environnement, d'une mesure équilibrée et d'un apprentissage continu pour atteindre des résultats élevés et durables. Cette théorie a influencé de nombreuses pratiques de gestion visant à améliorer la performance des organisations.

2.3. Croisement théorique entre contrôle de gestion et performance hospitalière.

Tout d'abord, le contrôle de gestion joue un rôle clé dans l'amélioration de la performance hospitalière à travers l'alignement des indicateurs de performance avec les objectifs stratégiques de l'organisation (Kaplan & Norton, 1992). Les systèmes de mesure de la performance, tels que le tableau de bord prospectif, permettent aux hôpitaux d'avoir une vision globale et équilibrée de leurs résultats, en combinant des indicateurs financiers, opérationnels, de qualité des soins et de satisfaction des patients. Cet alignement stratégique favorise la prise de décision éclairée et la mise en œuvre de plans d'action ciblés pour atteindre les objectifs de performance souhaités.

Les systèmes de contrôle de gestion influencent la performance hospitalière en fournissant des informations pertinentes pour guider la prise de décision (Otley, 1999). Les données de gestion, telles que les coûts, les volumes d'activité et les indicateurs de qualité, permettent aux gestionnaires hospitaliers d'identifier les zones à améliorer, d'allouer les ressources de manière efficiente et d'évaluer l'impact des changements organisationnels. Cette utilisation des informations de contrôle de gestion contribue à l'amélioration continue de la performance hospitalière.

Les pratiques de contrôle de gestion favorisent une meilleure coordination et intégration des différents services hospitaliers, ce qui a un impact positif sur la performance globale de l'organisation (Abernethy & Lillis, 1995). Les systèmes de budgétisation, de reporting et de suivi des coûts permettent de créer des liens entre les différentes unités, en encourageant la collaboration et le partage d'informations. Cette intégration transversale facilite la prise en charge des patients et optimise l'utilisation des ressources.

le contrôle de gestion peut influencer indirectement la performance hospitalière en agissant sur les comportements et la motivation des professionnels de santé (Townley et al. 2003). Lorsque les systèmes de contrôle sont conçus de manière participative et valorisent les contributions des équipes, ils peuvent favoriser l'engagement du personnel, l'innovation et l'amélioration continue des pratiques cliniques, ce qui se répercute positivement sur les résultats de l'hôpital.

3. Le contrôle de gestion hospitalier évolue vers une gestion intégrée de la performance

Le contrôle de gestion est un nouvel organe des établissements hospitaliers. Comprendre son rôle à l'hôpital et se pencher sur ses propriétés revient à essayer de dresser un portrait physiologique. Au cours de cette analyse, nous tenterons de déterminer si le fonctionnement observable de cet organe au sein du corps hospitalier est conforme au fonctionnement théorique exposé dans l'introduction, et quels effets ce fonctionnement a sur l'organisme lui-même.

Comme mentionné dans l'introduction, le modèle de contrôle de gestion élaboré par Henri Bouquin attribue à cet organe une fonction de convergence des objectifs au sein des organisations. Deux façons d'assurer cette convergence d'objectifs, non exclusives l'une de l'autre, peuvent être déduites du modèle proposé par Bouquin :

- La supervision, en surveillant la conformité de la performance des unités opérationnelles avec les objectifs qui leur sont assignés par la direction ;

- L'intégration, qui permet - à travers le partage de valeurs, de représentations, d'informations et de vocabulaire - l'identification d'objectifs communs entre les responsables opérationnels et la direction.

Les résultats de l'enquête menée auprès des gestionnaires hospitaliers dans les structures de contrôle de gestion montrent que, logiquement, la supervision stratégique ne peut être appliquée que dans des structures déjà ont fait l'objet d'une division, c'est-à-dire dans celles des établissements de santé où le contrôle basé sur les objectifs a été effectivement mis en œuvre. La contribution du contrôle de gestion à l'intégration semble être plus répandue.

Les données statistiques des rapports d'activité des différents CHU marocains objets de notre étude indiquent dans un premier examen que les destinataires des données produites par le contrôle de gestion sont les instances de prise de décision de l'hôpital chargées de définir sa stratégie et de surveiller son application.

Le principal utilisateur des données de contrôle de gestion est la Direction Générale, une sorte de comité exécutif du CHU, présidé par le Directeur Général, soutenu par le Secrétaire Général chargé de la coordination administrative et les responsables des hôpitaux en charge des soins médicaux. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 70-13, ces responsables sont devenus les acteurs de l'instance de décision de l'hôpital, puisqu'elle adopte l'ensemble des documents stratégiques (projet médical et projet d'établissement, projets et contrats de pôle) et établit le budget et le programme d'investissement.

Ces données suggèrent que le contrôle de gestion joue désormais un rôle clé dans le processus de supervision stratégique de l'hôpital. Cependant, cette constatation doit être relativisée par l'analyse des activités de contrôle de gestion.

Ainsi, bien que les instances de supervision hospitalière soient les principaux destinataires des données de contrôle de gestion, les résultats de l'enquête présentés dans la Figure 1 montrent que la fourniture de telles données ne va pas toujours de pair avec la mise en place d'un système de pilotage interne basé sur la contractualisation des objectifs et la délégation de gestion.

En d'autres termes, la supervision stratégique d'un système de pilotage par les objectifs ne peut être significative que si les périmètres de gestion sont effectivement délégués et si des objectifs sont fixés aux unités opérationnelles pour ensuite être contractualisés avec elles. Le contrôle de gestion peut donc logiquement participer à ce système de supervision stratégique uniquement dans les établissements de santé qui ont connu ou sont en train de connaître une évolution vers la divisionnalisation.

Comment fonctionne les établissements où la gestion par objectifs n'est pas encore mise en place ?

Il semble que, même dans ce cas, le contrôle de gestion joue un rôle majeur dans la convergence des objectifs à l'hôpital en construisant un système de gestion intégré, c'est-à-dire un système qui favorise la coopération entre les différentes composantes de l'organisation. En contribuant à l'établissement d'une "communauté minimale de langage et de sens partagé" (Moison et Tonneau, 1999), il participe généralement à la création d'un espace d'échange dans lequel les différents membres de l'organisation peuvent coopérer.

Cela suggère que même sans un système de pilotage basé sur la contractualisation des objectifs, le contrôle de gestion peut jouer un rôle crucial dans la création d'une culture organisationnelle partagée, encourageant la collaboration et la compréhension mutuelle au sein de l'établissement hospitalier.

4. La fonction opérationnelle du contrôle de gestion hospitalier : une fonction potentielle de métabolisation du processus de gestion

Comme mentionné dans l'introduction, en référence au cadre de la bureaucratie professionnelle, ce qui caractérise l'hôpital en tant qu'organisation est la prédominance de la logique

professionnelle.

4.1. Logique professionnelle à l'œuvre à l'hôpital :

Comme l'a noté Thierry Nobre (1999), les premières analyses de Mintzberg sur la bureaucratie professionnelle appliquées à l'hôpital concevaient implicitement une seule catégorie de professionnels dans cette organisation, à savoir les médecins du centre opérationnel.

Cependant, d'autres acteurs du monde hospitalier ont développé des caractéristiques professionnelles, telles que définies par le courant fonctionnaliste de la sociologie des professions. Wilensky, cité par Dubar(2011), distingue six caractéristiques des professions :

- Être un praticien à temps plein ;
- Inclure des règles d'activité ;
- Comprendre une formation spécialisée et des écoles ;
- Posséder des organisations professionnelles ;
- Bénéficier d'une protection de monopole légal ;
- Établir un code de conduite.

Les infirmières possèdent toutes ces caractéristiques. Les gestionnaires hospitaliers partagent également certaines d'entre elles.

D'autres catégories de personnel hospitalier, en revanche, telles que les agents administratifs et techniques ou les agents de services hospitaliers, semblent s'éloigner davantage de cette caractérisation. Ces catégories peuvent néanmoins être considérées comme des groupes professionnels, même si elles ne constituent pas des professions au sens strict du terme.

Le travail de Henry Mintzberg à la suite de la première publication de "Structure and Dynamics of Organizations" ([1978], 1982) concilie cette constatation d'une multiplicité de logiques professionnelles au sein de l'hôpital.

Au point que Glouberman et Mintzberg (1996) distinguent différents "mondes" à l'intérieur de l'hôpital : le traitement, qui est l'univers des médecins, les soins et les soignants, le contrôle, la sphère des "gestionnaires" de l'hôpital, et la communauté d'intérêts, qui inclut les parties prenantes aux procédures hospitalières. Pour ces auteurs, la gestion semble appartenir à un seul de ces mondes, celui des "gestionnaires". Les outils de gestion mobilisés par eux seraient dès lors en construction inopérante, car ils ne pourraient pas pénétrer la complexité des processus opérationnels en cours dans la zone. Bien loin de pouvoir constituer un liant entre les mondes, ces instruments tenteraient d'appliquer une logique managériale déconnectée des réalités du terrain et seraient donc incapables de servir à la coordination interne.

À partir du portrait physiologique dressé dans la deuxième partie, une observation différente émerge.

"La gestion" ne semble pas être la propriété exclusive d'un groupe professionnel. Comme discuté précédemment, elle est devenue une affaire commune, et l'instrumentation managériale réalisée par le contrôle de gestion constitue précisément un point de rencontre entre le monde du "contrôle", qui, dans le cas marocain, correspond au monde administratif constitué par les directions des hôpitaux, et le monde médical, représenté par les responsables de service.

Potentiellement, cependant, la contribution du contrôle de gestion ne s'arrête pas là. En plus de servir à la collaboration entre les mondes au niveau stratégique, il peut également les aider à se coordonner au niveau opérationnel, fournissant une base instrumentale pour une forme de gestion des processus. Bien que ce rôle soit encore largement latent, il commence à être perçu au sein du centre opérationnel, mais aussi dans la gestion des processus fonctionnels reliant ce centre opérationnel aux fonctions de support.

5. Contributions de l'instrumentation managériale dans la gestion des processus métier

Comme le souligne Thierry Nobre (1999), la sophistication du système technique a non

seulement affecté le système d'information, mais aussi, sinon davantage, les modes opératoires. Les évolutions des techniques opératoires ont en effet rendu les flux de travail dans les unités de soins plus complexes, de sorte que la normalisation des qualifications n'est parfois plus suffisante pour assurer la coordination entre les soignants et les médecins.

Des organes de coordination ont dû être créés pour gérer certains processus métier, tels que les processus opératoires en bloc. Des conseils de bloc ont été mis en place pour réunir les chirurgiens, les anesthésistes et les cadres infirmiers. Ces conseils de bloc sont chargés de la planification, de la programmation et de la régulation de la salle d'opération.

En pratique, la participation du contrôle de gestion à ces organes de coordination, et plus largement, à la gestion des processus métier, reste encore rare.

Cependant, son rôle en tant que médiateur instrumental entre les professionnels, expérimenté entre la direction et les responsables de pôle, pourrait bien s'étendre à la gestion des processus. Le contrôleur de gestion est le fournisseur naturel d'indicateurs et d'outils analytiques qui peuvent accompagner les responsables opérationnels dans le diagnostic et la gestion des processus dont ils sont responsables. La contribution d'une telle instrumentation à la coordination entre les professionnels et à l'amélioration des performances des processus a été testée à de nombreuses reprises lors des travaux de traitement effectués par les hôpitaux universitaires. Le cas décrit ci-dessous offre une illustration.

L'utilisation d'outils analytiques pour améliorer la performance d'un processus opérationnel par une meilleure coordination des professionnels : l'exemple du service d'imagerie médicale d'un hôpital

Le service d'imagerie médicale dans un hôpital est un exemple concret où l'utilisation d'outils analytiques peut jouer un rôle significatif dans l'amélioration de la performance opérationnelle et la coordination des professionnels.

Imaginons que le service d'imagerie médicale soit confronté à des problèmes de temps d'attente pour les patients, d'efficacité des examens, ou d'utilisation des ressources. Un contrôleur de gestion peut intervenir en fournissant des indicateurs clés de performance (KPI) qui permettent de mesurer ces aspects critiques du processus. Ces KPI peuvent inclure le temps moyen d'attente, le taux d'utilisation des équipements, ou la productivité par membre du personnel.

En travaillant en étroite collaboration avec les professionnels du service d'imagerie médicale, le contrôleur de gestion peut analyser ces données, identifier les inefficacités et proposer des solutions pour améliorer la coordination et l'efficacité du processus. Cela peut impliquer des ajustements dans la planification des horaires, l'optimisation de l'utilisation des équipements, ou la mise en place de protocoles plus efficaces pour les examens.

Au fil du temps, ces interventions basées sur des données analytiques peuvent contribuer à une meilleure coordination entre les professionnels du service d'imagerie médicale, à une réduction des temps d'attente pour les patients, et à une utilisation plus efficace des ressources disponibles.

Cet exemple illustre comment le contrôle de gestion, en tant que fournisseur d'outils analytiques, peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration des processus opérationnels et la coordination des professionnels au sein d'un service hospitalier.

Après l'installation de son premier appareil d'IRM en 2007, l'Hôpital Ibn Sina a été confronté au défi de gérer cette technologie, dont le besoin est clairement important tant pour les clients internes (cliniciens des différents hôpitaux CHUIS) que pour les clients externes.

Les défis comprenaient la gestion d'une plateforme commune pour trois services d'imagerie médicale, une technologie rentable et des délais de rendez-vous plus courts. À cette fin, le département universitaire a institutionnalisé un comité de gestion composé des différentes parties prenantes, où un bilan d'activité est organisé chaque semestre pour étudier les réalisations et les indicateurs de performance par le service de contrôle de gestion. Entre autres, l'indicateur du temps moyen de rendez-vous a été analysé.

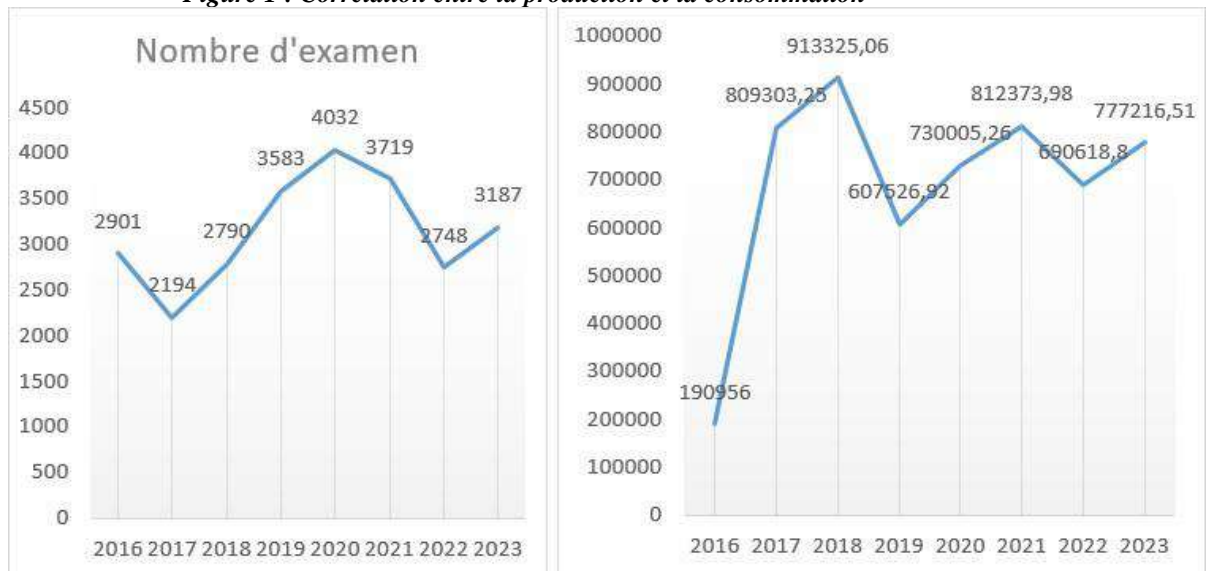
En effet, si les services cliniques se plaignaient régulièrement du délai d'attente pour les patients relevant de leur responsabilité, ces plaintes n'avaient jamais été formellement objectivées. L'onde de choc générée par la production de cet indicateur simple a par la suite mobilisé une instrumentation d'analyse procédurale pour comprendre les raisons de ce retard :

- L'activité a été mesurée à l'aide des examens identifiés dans le système d'information de l'hôpital.
- Cette activité a été comparée à la présence du personnel de soins et à la planification des radiologies ;
- Les heures d'ouverture des machines ont été comparées aux temps d'occupation réels pour définir les taux d'occupation par modalité ;
- Les flux de patients ont été analysés par catégorie comptable et institution demanderesse.

Au fil des années, l'analyse a révélé des pratiques dysfonctionnelles pour la régulation des flux de patients, une non-optimisation de la durée des vacations, ainsi qu'un manque de corrélation entre l'activité et les charges consommées par l'unité

Au fil des années, un ensemble de mesures a été introduit en résultat des revues d'analyse menées par le contrôle de gestion et de l'approche dupliquée lors de l'installation du deuxième appareil dans un autre établissement du CHIS.

Figure 1 : Corrélation entre la production et la consommation



Source : nous même

L'analyse montre qu'il n'existe pas de corrélation entre la consommation en médicaments et DM et la productivité à titre d'exemple

- Entre les années : 2016/2022 (presque même nombre d'examens mais la consommation est différente)
- Pic de productivité enregistrée en 2020 (4032 examens) alors que la consommation est très mœur saut des 2017 2018 2021 2023

Ce type d'outil pour le diagnostic et le contrôle des processus organisationnels est désormais développé par le département de contrôle de gestion du CHU Ibn Sina à Rabat sur de nombreux autres processus que l'imagerie : la salle d'opération, le laboratoire, le circuit du médicament, etc.

Le contrôleur de gestion est donc le fournisseur naturel de normes de comparaison au sein des institutions de santé et le facilitateur du processus d'innovation managériale.

Il est intéressant de noter que, dans l'exemple évoqué, les normes proposées par le SCG ne sont pas des normes contraignantes pour les professionnels. Ces référentiels sont utilisés davantage

comme base de dialogue afin d'obtenir un accord entre les différentes catégories professionnelles sur les dysfonctionnements observables, leurs causes possibles, et les leviers d'actions mobilisables pour y remédier. L'utilisation de normes remplit ainsi la même fonction d'intermédiation instrumentale que les outils de contrôle de gestion dans le dialogue de gestion entre les services et la direction.

Le contrôle de gestion de la gestion des hospitalisations pourrait donc naturellement interférer avec le domaine du contrôle des processus métier de la même manière intégrative d'action.

Le contrôle de gestion n'a pas de pouvoir de surveillance ou de contrôle direct sur les processus métier eux-mêmes. Cependant, il pourrait intervenir pour apporter une assistance aux pilotes professionnels de ces processus.

Loin de compromettre l'autonomie de leur propre domaine de professionnels et de compétence, défini légalement, cette approche d'analyse et de gestion des processus peut les aider, comme le montre le cas exposé, à se comprendre et à se coordonner. Il s'agit donc d'une forme métabolisée de gestion des processus, adaptée à la prédominance de la logique professionnelle dans l'organisation hospitalière.

Pour cette raison, cette fonction d'intermédiation instrumentale est également applicable aux processus fonctionnels transversaux, qui, par leur nature, doivent traverser différentes logiques professionnelles.

6. Conclusion

À la fin de cette analyse, le corps formé par le contrôle de gestion hospitalier semble occuper une position d'intermédiaire : sa fonction principale semble être de servir de lien entre la stratégie et les opérations, ainsi qu'entre les différents corps professionnels.

Cette conclusion répond à l'un des problèmes majeurs développés par Henry Mintzberg dans sa monographie sur la bureaucratie professionnelle : la normalisation des qualifications est un mécanisme relativement faible de coordination. Il n'est donc pas surprenant que, lorsque l'environnement devient plus instable, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur d'autres mécanismes de coordination. Elle ne perd pas sa nature profonde. Si elle utilise la normalisation des résultats, elle l'utilise d'abord pour alimenter le processus d'ajustement stratégique préexistant entre les chefs d'entreprise et le sommet stratégique.

Le contrôle de gestion ne devient donc pas un mécanisme d'alignement stratégique de nature hiérarchique, mais plutôt l'espace commun où la convergence des objectifs peut être organisée. De même, l'utilisation de processus de travail modélisés ne réduit pas la flexibilité laissée à l'opérateur professionnel : la norme est perçue davantage comme un point de comparaison que comme une norme absolue. En même temps, des microstructures de liaison sont créées dans l'organisme pour permettre un ajustement mutuel entre les professionnels.

Dans tous ces cas, les nouveaux mécanismes sont métabolisés par la bureaucratie professionnelle, en tant que mécanismes complémentaires à la normalisation des qualifications, pour répondre aux besoins accrus de coordination liés aux changements dans son environnement technique et systémique.

Références

- (1). Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: An exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189-204.

- (2). Abernethy, M. A., & Lillis, A. M. (1995). The impact of manufacturing flexibility on management control system design. *Accounting, Organizations and Society*, 20(4), 241-258.
- (3). Argyris, C. (1952). *The impact of budgets on people*. Controllership Foundation.
- (4). Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley.
- (5). Bol, J. C. (2008). Subjectivity in compensation contracting. *Journal of Accounting Literature*, 27, 1-24.
- (6). BOUQUIN H. (1986). *Le Contrôle de gestion*, Paris, PUF, 2010.
- (7). Bouwens, J., & van Lent, L. (2007). Assessing the performance of business unit managers. *Journal of Accounting Research*, 45(4), 667-697.
- (8). Burney, L. L., & Widener, S. K. (2007). Strategic performance measurement systems, job-relevant information, and managerial behavioral responses—role stress and performance. *Behavioral Research in Accounting*, 19(1), 43-69.
- (9). Busco, C., & Quattrone, P. (2015). Exploring how the Balanced Scorecard engages and unfolds: Articulating the visual power of accounting inscriptions. *Contemporary Accounting Research*, 32(3), 1236-1262.
- (10). Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2-3), 127-168.
- (11). Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O., & Ng, K. Y. (2001). Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425-445.
- (12). Dambrin, C., & Robson, K. (2011). Tracing performance in the pharmaceutical industry: Ambivalence, opacity and the performativity of flawed measures. *Accounting, Organizations and Society*, 36(7), 428-455.
- (13). DE POUVOURVILLE G. et TEDESCO J. (2003). « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics », *Revue française de gestion*, 5, n° 146.
- (14). DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- (15). DUBAR C., TRIPIER P. et BOUSSARD V. (2011). *Sociologie des Professions*, Paris, Armand Colin.
- (16). Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74.
- (17). ENGEL F. et GARNIER P. (1979). *Le contrôle de gestion dans un organisme sous tutelle*, CGS, Paris, sept.
- (18). Ezzamel, M., Robson, K., & Stapleton, P. (2012). The logics of budgeting: Theorization and practice variation in the educational field. *Accounting, Organizations and Society*, 37(5), 281-303.
- (19). GIBERT P. (1986). « Management Public, management de la puissance publique », *Politiques et management public*, vol 4. n° 2, p. 89-123.
- (20). Hall, M. (2008). The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance. *Accounting, Organizations and Society*, 33(2-3),
- (21). JACQUOT T. et MILKOFF R. (2007). *Comptabilité de gestion : analyse et maîtrise des coûts*, Paris, Dareios & Pierson Education France.
- (22). Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.

- (23). LARTIGAU J. (2009). « L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital »», *Journal de gestion et d'économie médicales*, 7, vol. 27, p. 371-991.
- (24). MINTZBERG H. (1978). *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Eyrolles, 1982.
- (25). MOISDON J.-C. et TONNEAU D. (1999). *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, 1. *Recherches sur la gestion interne*, Paris, Seli Arslan.
- (26). Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1980). A model for diagnosing organizational behavior. *Organizational Dynamics*, 9(2), 35-51.
- (27). Nobre T. (1999). « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements »», 20^e congrès de l'AFC, Centre d'études des sciences appliquées à la gestion, Strasbourg.
- (28). Nobre T. (2013). « L'innovation managériale à l'hôpital : changer les principes du management pour que rien ne change ? », *Revue française de gestion*, 6, no 235, p. 113-127.
- (29). Otley, D. (1999). Performance management: A framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10(4), 363-382.
- (30). Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. Harper & Row.
- (31). Townley, B., Cooper, D. J., & Oakes, L. (2003). Performance measures and the rationalization of organizations. *Organization Studies*, 24(7), 1045-1071.
- (32). Venkatraman, N., & Ramanujam, V. (1986). Measurement of business performance in strategy research: A comparison of approaches. *Academy of Management Review*, 11(4), 801-814.