

L'EVOLUTION DU DESIGN DES SYSTEMES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX : UNE QUETE PERMANENTE DE L'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE

Rima Rouhana, Didier van Caillie

▶ **To cite this version:**

Rima Rouhana, Didier van Caillie. L'EVOLUTION DU DESIGN DES SYSTEMES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX : UNE QUETE PERMANENTE DE L'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE. LA COMPTABILITE, LE CONTRÔLE ET L'AUDIT ENTRE CHANGEMENT ET STABILITE, May 2008, France. pp.CD Rom. halshs-00525965

HAL Id: halshs-00525965
https://shs.hal.science/halshs-00525965

Submitted on 13 Oct 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.

L'EVOLUTION DU DESIGN DES SYSTEMES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX : UNE QUETE PERMANENTE DE L'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE.

Rima ROUHANA et Didier VAN CAILLIE[*].

Résumé:
Notre communication vise (1) à dresser un historique de l'évolution du design des systèmes de contrôle de gestion (CDG) et, essentiellement, des systèmes de pilotage de la performance (SPP) en contexte hospitalier; (2) à en inférer, dans une perspective contingente, la nature de ses principaux facteurs contingents; et (3) à synthétiser l'ensemble dans un modèle contingent conceptuel permettant de comprendre comment le système de contrôle de gestion des institutions hospitalières peut évoluer à l'avenir afin de maintenir un équilibre interne fragile de performance, ce système "hôpital" étant lui-même en permanence mis sous tension par les tensions divergentes exercées sur lui par ses 3 principaux acteurs que sont les patients, le monde professionnel médical et la collectivité au sens large.

Mots Clés : Hôpitaux, Pilotage, Performance.

Abstract:
Our communication aims (1) at drawing up a history of the evolution of the design of the management control systems and, mainly, performance monitoring systems in a hospital context; (2) in a contingent prospect, defining the nature of the principal contingent factors; and (3) to synthesize the whole in a conceptual contingent model allowing to understand how the management control systems of the hospital institutions can in the future evolve in order to maintain an internal equilibrium of performance; this system so called "hospital" being permanently keyed up by the divergent tensions exerted on him by its 3 principal actors which are the patients, the medical professional world and the community in its broad sense.

Key Words: Hospital, Monitoring, Performance.

[*] Rima Rouhana, Chercheuse, affiliée au Centre d'Étude de la Performance des Entreprises, à l'HEC-École de Gestion de l'Université de Liège. Courrier Electronique : rima.rouhana@gmail.com.
Didier Van Caillie, Professeur et Directeur du Centre d'Étude de la Performance des Entreprises (C.E.P.E.), à l'HEC-École de Gestion de l'Université de Liège (Belgique), Rue Louvrex, 14 - Bureau 102 - Bte 99, B - 4000 Liège (Belgique), Téléphone : 0032 (0)4 232 74 34. Courrier Electronique : D.VanCaillie@ulg.ac.be.

L'EVOLUTION DU DESIGN DES SYSTEMES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX : UNE QUETE PERMANENTE DE L'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE.

Résumé:
Notre communication vise (1) à dresser un historique de l'évolution du design des systèmes de contrôle de gestion (CDG) et, essentiellement, des systèmes de pilotage de la performance (SPP) en contexte hospitalier; (2) à en inférer, dans une perspective contingente, la nature de ses principaux facteurs contingents; et (3) à synthétiser l'ensemble dans un modèle contingent conceptuel permettant de comprendre comment le système de contrôle de gestion des institutions hospitalières peut évoluer à l'avenir afin de maintenir un équilibre interne fragile de performance, ce système "hôpital" étant lui-même en permanence mis sous tension par les tensions divergentes exercées sur lui par ses 3 principaux acteurs que sont les patients, le monde professionnel médical et la collectivité au sens large.

Mots Clés : Hôpitaux, Pilotage, Performance.

Abstract:
Our communication aims (1) at drawing up a history of the evolution of the design of the management control systems and, mainly, performance monitoring systems in a hospital context; (2) in a contingent prospect, defining the nature of the principal contingent factors; and (3) to synthesize the whole in a conceptual contingent model allowing to understand how the management control systems of the hospital institutions can in the future evolve in order to maintain an internal equilibrium of performance; this system so called "hospital" being permanently keyed up by the divergent tensions exerted on him by its 3 principal actors which are the patients, the medical professional world and the community in its broad sense.

Key Words: Hospital, Monitoring, Performance.

Introduction:

Au cours de la dernière décennie, les organismes de soins de santé, à l'instar des autres organisations, ont été globalement confrontés à une évolution rapide des lois et des règlements conduisant à davantage de régulation du secteur des soins de santé, à des défies énormes en termes de fusions et de fermetures d'institutions hospitalières (Chan et Lynn, 1998), à des pressions externes persistantes imposées par les collectivités locales visant à ce que les hôpitaux servent la société dans son ensemble (Bruns et al., 2002) et à un environnement concurrentiel caractérisé par une complexité croissante et une haute turbulence (Boyne, 2002).

Ces contraintes et défis ont conduits ces institutions à attacher une plus grande importance non seulement à la réalisation de leurs buts organisationnels, mais également et de plus en plus sous contrainte d'efficience économique (Etzioni, 1964; Rushing, 1974; Yuchtman et Seachore, 1967), matérialisée par l'obligation de fournir la meilleure qualité de soins au prix le plus bas (Kimberly et Zajac, 1985; Starr, 1982; WHO, 2000).
Financièrement et économiquement, les hôpitaux se sont trouvés confrontés à une inflation des coûts induite par la complexification des activités à mener pour être efficaces et à une demande croissante en termes de soins de santé, provoquée par des facteurs aussi divers que la croissance du revenu des ménages, le vieillissement de la population, les évolutions techniques dans le domaine médical et une demande croissante pour des services contribuant au bien-être du patient (Nolte et al., 2003).

En matière de contrôle de gestion, ces évolutions ont accentué le besoin de piloter en permanence la performance au sein des institutions hospitalières, afin de concilier 3 logiques potentiellement divergentes : une logique « client » visant à offrir des soins de la plus haute qualité au patient, une logique « économique » visant à offrir ces soins au moindre coût pour la collectivité au sens large et une logique « budgétaire » visant à maintenir à la fois les dépenses et les recettes à l'intérieur d'un carcan budgétaire strict (Ittner et Larcker, 1998; Lapsley, 1994).

Progressivement, l'efficacité économique d'un hôpital n'a plus été vue comme résultant d'un simple contrôle du budget, comme ce fut le cas durant de nombreuses décennies (Eldenburg, 1994; Sherman, 1986) et la nécessité de créer un lien entre les facteurs économiques et non

économiques inducteurs de performance est devenue un besoin fondamental permettant aux hôpitaux de se préserver de l'incertitude et de la turbulence environnementale croissante (Dranove et Shanly, 1995).

Aujourd'hui, les hôpitaux consacrent dès lors d'énormes moyens à la recherche de leur efficacité (Burt, 1997; Dess et Shaw, 2001; Ellman, 1982), en ayant de plus en plus recours à des systèmes de contrôle de gestion (CDG) ayant l'aptitude à créer un équilibre entre une évolution technique rapide et induisant de plus en plus de complexité, des relations professionnelles (corps médical, personnel infirmier, ...) marquées par une forte résistance au changement et des patients de plus en plus exigeants (Ginter, Duncan et Swayne, 2002).

Une analyse de la littérature existante et des manques à combler nous conduit ainsi à l'élaboration d'un modèle contingent théorique utilisable essentiellement par les acteurs internes des institutions hospitalières et permettant de voir, d'une manière structurée, les différents facteurs contingents influençant sur l'élaboration et l'implémentation des systèmes de pilotage de la performance hospitalière (SPPH), de sorte que ces facteurs montrent l'évolution des systèmes formels, sur base des informations récoltées, afin de maintenir ou changer le contexte administratif hospitalier (Simons, 1995).

Toutefois, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, plusieurs concepts nous paraissent utiles d'être clarifiés :

1° La performance en contexte hospitalier, qui a été premièrement liée aux problèmes de santé de la **nation** – devant faire avec la fourniture de soin de bonne qualité, la répartition du personnel et des équipements de maintien et la préservation ou la reconstitution de la stabilité financière – classifiés selon des caractéristiques sociales, économiques et organisationnelles (Flagle, 1962; Sherman, 1986). Cependant, la définition et les fonctions des hôpitaux ont évolué avec le temps, car l'emphase décalée du soin d'hospitalisation au soin ambulatoire, mène à ce que la communauté crée des programmes et des réseaux de santé ambulant (Healy et McKee, 2002). Ainsi, la performance hospitalière a été prévue pour claustrer des éléments de soin de la communauté et de santé publique, aussi bien que des fonctions sociales et d'emploi. Par conséquent, le concept de performance rassemble les concepts de la **qualité**, de l'**efficacité** et de l'**efficience** des services de santé.

2° Le pilotage de la performance, en contexte hospitalier, associé aux **réformes** du secteur de soins de santé (en terme d'amélioration de la santé de la population et

d'autorisation d'une égalité d'accès à tous les citoyens; Brown et Pyers, 1988; Klein, 1995). Essentiellement, au niveau organisationnel, les directeurs sont de plus en plus intéressés au sujet de la mesure, du contrôle et de la gestion de leurs organisations afin d'essayer de rester concentrer sur le soin patient livrant de haute qualité tout en maintenant les dépenses, centralement établies, dans les budgets globaux (Ittner et Larcker, 1998; Lapsley, 1994).

Dans une période d'insuffisance de personnel médical et des restrictions légales sur les ressources financières (Roemer et Schonik, 1973), relatives à la taille et aux relations organisationnelles avec le milieu d'affaires (Pfeffer et Salancik, 1977), les administrateurs sont invités à faire face aux incertitudes et aux contraintes organisationnelles (attribution des lits, allocation des ressources etc.; Berk et Moinzadeh, 1998; Kao et Tung, 1981) en utilisant des différents SPPs, néanmoins ayant comme visée d'atteindre les mêmes objectifs. Ces systèmes de contrôle stratégique et de gestion sont présentés par plusieurs dimensions (Proeller, 2007) :

- Acteurs : politiciens, directeurs publics et autres parties prenantes...
- Problèmes : stratégiques, opérationnels, objectifs…
- Processus : élaboration, implémentation et évaluation,
- Instruments : servant à l'analyse, la conceptualisation, l'implémentation, le pilotage et l'évaluation.

Il s'est attribué à **l'intégration** de ces dimensions intangibles (Cutt et Murray, 2000; Malhotra, 2000; Sveiby, 1999) la forme et la définition des SPPs.

Dans le cadre de la présente contribution, rédigée dans une perspective contingente, nous cherchons (1) à dresser un historique de l'évolution du design des CDGs et, essentiellement, des SPPHs, (2) à en inférer, dans une perspective contingente, la nature de ses principaux facteurs contingents et (3) à synthétiser l'ensemble dans un modèle contingent conceptuel permettant de comprendre comment le système de CDG des institutions hospitalières peut évoluer à l'avenir afin de maintenir un équilibre interne fragile de performance, ce système "hôpital" étant lui-même en permanence mis sous tension par les tensions divergentes exercées sur lui par ses 3 principaux acteurs que sont les patients, le monde professionnel médical et la collectivité au sens large.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE EXISTANTE ET LIMITES DES SYSTÈMES DÉVELOPPÉS

L'évolution décrite et les défis qui ont été relevés par le secteur hospitalier, ont mené les auteurs (ex. Hailey et James, 2003) à développer et à adapter des indicateurs et des approches alternatifs. Binnendijkit (2000) explique que ce nouveau rattachement a également eu comme conséquence le développement de nouvelles stratégies gestionnaires, servant à intégrer et à lier les systèmes traditionnels de mesure et de performance avec de plus larges facteurs. De la retenue des coûts, à l'efficacité et aux marchés et récemment, à faire face à la qualité communautaire exigée, chaque phase a eu ses propres outils.

Les SPPs ou plutôt les réformes de soins de santé sont soutenus à trois niveaux : niveau national, régional et organisationnel et selon chaque pays, en fonction des différents systèmes de financement. Aux niveaux national et régional, selon le rapport de l'OMS (WHO, 2003) les principales méthodes de mesure de la performance hospitalière sont : **les inspections régulières, les enquêtes publiques de satisfaction patientèle, les évaluations des tiers et les statistiques en forment d'indicateurs** ; lesquelles n'ont jamais été examinées rigoureusement. Au niveau organisationnel hospitalier, l'évolution de ce secteur a provoqué un besoin technologique (Fuloria et Zenios, 2001; Prastacos, 1984; Uphoff et Krane, 1998; Zittrain, 2000). Historiquement, l'analyse du coût était le seul indicateur utilisé pour déterminer l'efficacité d'un hôpital: les **ressources** économiques que l'hôpital obtiennent à partir de la communauté, classées par coût **financier** quotidien en **moyenne** par patient.

Egalement et suite aux nouveaux dilemmes successives, la vaste quantité d'information marque les difficultés à ce que les citoyens et les politiciens puissent interpréter clairement chaque nouvelle situation (Eldenburg, 1994; Ruth, 1981). Par suite, il s'est montré que l'enchaînement des facteurs économiques aux facteurs non économiques est devenu un **besoin** (Eldenburg, 1994; Sherman, 1986) indispensable servant à isoler les hôpitaux de l'incertitude et de la turbulence environnementales (Dranove et Shanly, 1995) et donc, exigé pour calculer la vraie performance hospitalière. En conséquence, nous notons que plusieurs conducteurs mènent les hôpitaux à adapter et à mettre en application des SPPs.

L'article de Roemer et de Shonick (1973) reprend des travaux précédents (tels Donabedian's, 1969) et constitue la base de l'analyse des résultats hospitaliers performants relatifs à une large série de critères: **composition des souscripteurs, participation des médecins, taux**

d'utilisation, évaluation de la qualité, coûts et productivité, résultats de santé, attitudes patientèles. Donc, nous poursuivons leur travail et étudions les objectifs qui ont mené les directeurs à adapter et à employer les SPPs contemporains.

En effet, les décennies de recherche semblent s'orienter vers une mesure de l'efficacité et de l'efficience dans le secteur de soins de santé et vers un développement des mesures de performance basées sur des systèmes budgétaires et à encourager le *reporting* financier significatif (Brown et Pyers, 1988, p.735). De nombreuses études illustrent la relation entre la performance en contexte hospitalier et :

- la **qualité** des services fournis, **l'efficience** des soins patients (par exemple Argote, 1982; Perera, Harrisson et Poole, 1997) et **l'inflation** des **coûts** de soins de santé;
- **l'efficience** et l'**évolution** des employés; c.-à-d. médecin, infirmière, personnels administratifs et auxiliaires (Coates, 2004; Devaraj et Kohli, 2003; Kohli et Kettinger, 2004; Luft, 1980);
- la **propriété**, la **structure** (Kumar, Si Ow et Prietula, 1993), la **taille** (nombre de lits), **l'endroit** (urbain et rural) de l'hôpital et la **diversification** des **patients** (Goldstein, 2003) menant à **l'efficacité** organisationnelle (Johanson, Martensson et Skoog, 2001; Roemer et Shonick, 1973);
- les **résultats** efficaces et la **capacité** des **ressources financières** acquises (Mingshan, 1999).

Suite, il s'est montré que la performance se construit en multi-dimensionnellement (Boeker et al., 1997). Les gestionnaires et contrôleurs des hôpitaux ont employé des mesures **inductives** (la production ou les opérations, la recherche et le développement, la finance, la vente, l'organisation et la gestion et la structure de l'industrie) et **déductives** (la source d'avantage concurrentiel - cherchant de nouvelles opportunités contre la compétition croissante - et l'horizon des opérations) pour piloter la performance. Ces deux approches principales (Ketchen, Thomas et Snow, 1993) examinant la performance hospitalière sont trouvées dans la littérature du contrôle de gestion stratégique.

Le contrôle de cette quantité d'information énorme nécessite des moyens ayant la capacité de piloter les données entrantes « **inputs** » (l'allocation des ressources rares) et les données sortantes « **outputs** » (les résultats de l'activité et les **comportements;** Galbraith, 1977; Otley, 1987). D'ailleurs, un tel système capable de mesurer ce phénomène d'information

(Chiapello et Delmond, 1994; Signolet et Nobres, 2007) reflète le rôle de la **technologie** et son influence sur le soutient de l'implémentation et l'adaptation des SPPs (Burgelman, 2002).

Après un large examen des SPPs principaux édités dans la littérature (notamment des simulations et des cas réalistes), nous retenons les **lacunes** et les **insuffisances** des modèles théoriques citées ci-dessous. Cependant, notre analyse ne prend pas en compte toutes les applications du tableau de bord prospectif ou équilibré (ou « Balanced Scorecard / BSC ») et de quelques systèmes de comptabilité stratégiques.

- Premièrement, en ce qui concerne les BSCs, l'article précédent de Rouhana (2007) dresse une analyse approfondie des études de cas éditées et des exemples modèles de BSCs adaptés dans le secteur de soins de santé. Nos résultats exposent les modifications abordées en vigueur qui ont mené à l'évolution de ces BSCs en génération. Pourtant, ces BSCs ont été développés et basés sur un simple concept (original) englobant les macros principes développés par Kaplan et Norton (1992).
- Et deuxièmement, notre revue de la littérature prouve que quelques hôpitaux emploient la gestion stratégique, des approches comptables pour piloter leur performance, tels : modèle des six sigmas, prisme de la performance, gestion de la qualité totale, gestion/ comptabilité par activité et le Benchmarking; cependant, les références fiables qui interprètent l'adaptation de ces systèmes dans les hôpitaux demeurent insuffisantes.

Hors de notre analyse, nous trouvons que :

- De nombreux auteurs calculent la performance hospitalière avec le taux d'efficacité de l'allocation des ressources, ou celui de la satisfaction patientèle. Quelques auteurs dévoilent la performance hospitalière en termes de gestion des flux d'information patientèle, médicale et administrative. Ce calcul nécessite le besoin croissant de créer un équilibre et une stabilité entre (a) le patient, (b) le médecin, (c) l'hôpital, (d) le fournisseur financier et (e) la communauté, afin de pouvoir réconcilier les objectifs contradictoires entre les différentes parties prenantes des hôpitaux (Fuloria et Zenios, 2001; Milsum, Turban et Vertinsky, 1973; Tolley, Manton et Vertrees, 1987).
- Le concept du pilotage de la performance débute par la définition du produit hospitalier. Ainsi, les SPPs servent à transformer la vue clinique d'un hôpital en une gestion administrative (de production) et en outre à une vue plus perceptible (création d'une image de perception; Dranove, 1987).
- La plupart de ces systèmes:

- accomplissent les caractéristiques exigées d'un outil et d'une action (Arnaud et al., 2001). Mais, aucun d'eux n'inclue les attitudes.
- emploient des mesures inductives (indicateurs financiers) plus que déductives (Berry, 1974; Duncan et Norwich, 1973).
- exigent l'élaboration de procédures et des normes (Berk et Moinzadeh, 1998; Bowen et Payling, 1987; Kourie, 1976), réduites à une unité, un département ou une orientation (Duncan et Norwich, 1973).
- montrent l'image hospitalière à long terme (Blewett et al., 1972; Kourie, 1976; Rackoff, Wiseman et Ullrich, 1985; Ruth, 1981 ; Tolley, Manton et Vertrees, 1987).
- sont mis en application pour faciliter la communication entre les membres administratifs et professionnels (Kourie, 1976; Schwartz, Fortune et Horwich, 1980).
- sont adaptés et mis en application en Amérique, en Australie et quelques pays européens.

En conclusion, bien que les orientations des SPPHs soient identiques, les manières d'atteindre leurs objectifs diffèrent d'un système à l'autre. En effet, ces modèles utilisent : des analyses empiriques (Martinussen et Midttun, 2004), des modèles quantitatifs transformant des « inputs » en « outputs » (Ruth, 1981) ou des « outputs » en « inputs » (Bowen et Payling, 1987), sous les mêmes contraintes d'allocation budgétaire (Woodbury, Manton et Vertrees, 1993) et les structures hospitalières de plus en plus diversifiées. Un fait qui renforce notre question de recherche. Ainsi, nous proposons, dans la deuxième section de notre communication, d'identifier la nature de ces facteurs contingents.

2. NATURE DES FACTEURS CONTINGENTS INFLUENCANT LE CHOIX D'UN SPPH:

Intérêt d'employer la théorie de contingence :

Une des rives principales de pensées organisationnelles est la théorie de contingence, qui raisonne tout simplement le fait qu'il n'existe pas une seule meilleure et bonne manière d'organiser. Mais, la gestion et le contrôle dépendent d'un certain nombre de facteurs contingents (Galbraith 1973, p.2). Les théoriciens de l'approche contingente affirment qu'il existe une position de compromis à laquelle il est possible de contrôler une firme d'une manière systématique. Parmi les variables de contingence principalement identifiées, on

retrouve la complexité environnementale (Burns et Stalker, 1961; Laurence et Lorsch, 1967), la stratégie organisationnelle (Chandler, 1962; Child, 1972), la technologie (Thompson, 1967; Woodward, 1965) et la typologie de l'industrie (Hickson et al., 1969).

Récemment, Burton et Obel (1998) ont conçu un système expert qui saisit la théorie de contingence, une approche multidimensionnelle qui relie la taille, le climat, la stratégie, la technologie, l'environnement et la conduite managériale à la structure organisationnelle, assurant une structure efficace, efficiente et viable. La base de leur modèle est une perspective de traitement d'information (Nadler et Tushman, 1988) dans laquelle l'organisation est conçue de créer un alignement entre le besoin d'information et sa capacité à traiter l'information (Arrow, 1974; Galbraith 1973, 1974, 1995). Comparé aux théories traditionnelles de contingence et aux modèles basés sur la configuration organisationnelle, le modèle de Burton et Obel synthétise les travaux antérieurs, enferme le climat organisationnel et reprend la conduite managériale proposée par Miller (1987).

La nature des variables contingentes :

Dans un contexte de soins de santé, le pilotage de la performance n'était pas, historiquement parlant, appliqué à cette industrie pour deux raisons principales récapitulées ci-dessous (Litvak & Long, 2000) :

- Jusqu'à présent, le secteur de soins de santé s'est accoutumé avoir dépensé énormément, face à des contraintes budgétaires inadvertance, afin de pouvoir préserver ou augmenter la perception de qualité. Malgré l'introduction de la méthode DRG et l'introduction du soin contrôlé, au début des années 90, qui ont eu un certain succès, les hôpitaux n'ont su éviter l'inflation des coûts de soins de santé. Malheureusement, le coût de soins de santé persiste. Dans cet environnement, le concept de pilotage, largement répandu dans les industries commerciales (secteur bancaire, assurance, fabrication, transport, militaire et télécommunication) et servant à relier le coût opérationnel à la qualité de service fourni, a été pratiquement ignoré.
- La deuxième raison est plus technique. La prise de décision optimale gestionnaire est une nouvelle superficie pour l'industrie de soins de santé. Les conseillers, sur qui l'industrie compte, ont une expérience peu administrative dans le domaine de gestion. En conséquence, les SPPs soutenant leur prise de décision sont inaccoutumés.

Heureusement, ce concept a relativement été identifié récemment, en fonction du rapport coût/efficacité servant à aborder plusieurs questions complexes.

Ainsi, pour être capable d'étudier la contingence des SPPHs, nous devons atterrir sur la contingence des systèmes de CDG, assez aborder dans la littérature relative à notre contexte. En effet, de nombreuses études (Merchant, 1984; Fisher, 1998; etc) montrent que les systèmes de CDG ont subi un certain nombre de facteurs contingents qui les modèlent: nous reprenons l'incertitude de l'environnement, le cycle vie du produit/service, la technologie, la taille de l'organisation et la pression des autorités. Dans chacun de ces cas, nous sommes apportés à comparer l'apport et les limites des systèmes contemporains en comparaison aux autres outils traditionnels largement utilisés dans notre contexte.

1º. De nombreuses études ont proposé l'incertitude de l'environnement, comme une variable contingente, déterminant le choix des systèmes de CDG (Gul, 1991; Fisher, 1998; etc..). Selon Boyne (2002), l'environnement hospitalier est distinctivement caractérisé par sa complexité et sa turbulence représentées par les mutations environnementales sociales, politiques, technologiques, économiques et concurrentielles créant un entourage incertain (Provan, 1987) "difficile à savoir et difficile à prévoir" (Alvarez, 1998), "un environnement qui est plus menaçant que subventionnant et plus instable que placide" (D'aunno et Zuckerman, 1987). En conséquence, durant des périodes difficiles (Chan, 2006; Lentz, 1957), les administrateurs d'un hôpital perdent de vue la grande image et cheminent seulement sur des buts spécifiques. Or, suivant Gordon et Narayanan (1984) la perception managériale douteuse d'un environnement appelle une structure organique qui favorise la recherche d'information externe, de nature non financière. En conséquence, les auteurs reprennent le fait que les organismes tendent à employer des systèmes de CDG contemporains et sophistiqués dans un environnement turbulent et instable (Bescos et al., 2003; Gignon-Marconnet, 2003; Gul, 1991).

Proposition a : Les directeurs hospitaliers emploient des systèmes de pilotage plus sophistiqués dans un environnement incertain et instable.

2º. Les études unies au cycle de vie d'un produit (service) définissent sa composition en quatre étapes : apparition, croissance, maturité et déclin (Sizer, 1989; Wilson, 1991; Drury, 1994). Selon Merchant (1984) et Hoque et James (2000) les firmes ayant des produits principalement dans la phase d'apparition, tendent à utiliser des outils moins traditionnels pour le contrôle financier, comme les budgets et se préparent progressivement à se tourner vers des outils ayant des indicateurs non financiers, pour prendre en compte la performance future. Cependant, dans un secteur de soins de santé, pouvons-nous prévoir un cycle de vie du

"produit" hospitalier ? D'Aunno et Zuckerman (1987) concluent que le cycle de vie d'un hôpital est réparti en quatre étapes : l'émergence, la transition, la maturité et le carrefour critique; en se basant sur le fait que depuis la dernière décennie, les organisations à but non lucratif relèvent des défis énormes en termes de fusion, fermeture et des contraintes de financement (Chan et Lynn, 1998).

Proposition b : Le cycle de la vie des hôpitaux influence le choix et l'élaboration d'un SPPH contemporain.

3º. De nombreuses études considèrent la technologie en tant qu'une variable contingente. En effet, pour déployer sa stratégie à tous les niveaux, la compagnie aura un grand besoin d'information (Chiapello et Delmond, 1994). Edwards (2001) indique que les compagnies, qui implémentent un système de gestion contemporain tel que la BSC, sont également souvent ceux qui utilisent les outils informatiques intégrés, leur permettant de faciliter l'accès à l'information. En contexte hospitalier, on remarque que la cible principale reprend le soin patient intégré, où tous les niveaux de soin patient doivent être reliés (Currim et al., 2006; Burns et al., 2002), de sorte que les fichiers patients soient accessibles à chaque étape. Ainsi, les évolutions et défis ont mené plusieurs auteurs (Hailey et James, 2003; Hirshman, 2002) à développer et adapter les indicateurs et les approches soutenus par des systèmes de base de données (informatiques).

Proposition c : Les hôpitaux ont besoin de la technologie (systèmes d'information) pour faciliter l'élaboration et l'implémentation d'un SPPH contemporain.

4º. En analysant les relations entre les CDGs contemporains et la taille de la compagnie, on retrouve deux courants de pensée antagoniques : le premier défend l'idée que la complexité des CDGs est franchement corrélée avec la taille de la compagnie (Merchant, 1981; Hoque et James, 2000; etc..). Subséquemment, Hoque et James (2000) montrent que la taille croissante des entreprises leur oblige à avoir recourt à des systèmes de CDG plus sophistiqués, ex. la BSC. Le second courant identifie également l'effet de la taille sur les choix des systèmes de CDG, mais arrive à des conclusions contradictoires (Bescos et al, 2003). Néanmoins, la littérature montre que les SPPHs, notamment les BSCs, ont été adaptés et mis en application au niveau départemental (unité), organisationnel (hôpital), régional et même national.

Proposition d : La taille des hôpitaux n'est pas un acteur décisif concernant le choix et l'adaptation d'un SPPH.

Finalement, on retrouve que la forme d'autorité n'est pas sans effet sur le choix d'un outil de pilotage. Le contrôle externe semble augmenter la formalisation et la centralisation des systèmes de CDG (Reimann, 1973; Holdaway et Al, 1975). En ce qui concerne les hôpitaux, la pression globale se résume par les autorités gouvernementales les obligeant à réduire les coûts (Groot, 1999; Bromwich et Lapsley, 1997; Mouritsen et Bekke, 1997). D'ailleurs, cette pression s'explique par une pression externe additionnelle; en effet, les hôpitaux doivent répondre à un certain nombre de collèges électoraux externes, à l'origine classifiées par des producteurs, des intermédiaires fiscaux et des acheteurs (Bruns et al., 2002) et, naturellement, la communauté dans son sens large. Ces collèges électoraux ont des intérêts et des buts qui ne conviennent pas ensemble, leurs valeurs et intérêt diffèrent et créent souvent une ambiguïté et une incertitude.

Proposition e : Les autorités affectent le choix d'un SPPH stratégique approprié.

3. MODÈLE CONTINGENT REGROUPANT LES DIVERS FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX D'UN SPPH:

Le développement du modèle contingent, pour concevoir un SPP organisationnel, repose sur le fait qu'un ajustement entre les facteurs contextuels, structuraux et stratégiques appropriés rapportera une meilleure gestion de performance qu'un système inadapté à l'environnement (Doty et al., 1993, p. 1196), d'où le recours à une structure organique (Burns et Stalker, 1961; Laurent et Lorsch, 1967).

En se basant sur les études précédentes, on retrouve plusieurs modèles conceptuels développés par Waterhouse et Tissen (1978) Otley (1980) Ficher (1995) et Anderson et Lanen (1999). Dans le contexte hospitalier, plusieurs facteurs évidents créent l'environnement **dynamique incertain** (Benjamin, 1986; Rackoff, Wiseman et Ullrich, 1985; Ruef, 1997; Robinson, 1994; Schwenger, 1987). Une fois que ces facteurs se reproduisent, le cycle de l'Hôpital se perturbe et donc des mesures doivent être prises pour rétablir les déviations au plan initial (Anthony, 1965; Drucker, 1955; Daft et Macintosh, 1984; Koontz et O'Donnell, 1976). Ainsi nous proposons un modèle conceptuel capable d'analyser les facteurs contingents influençant sur le choix, l'élaboration et l'implémentation d'un SPPH. Nous étudions l'influence des variables définies dans la section précédente (adaptée par Burton et Obel, 1998); car, nous pensons, d'une manière subjective, que ce modèle résume les théories précédentes.

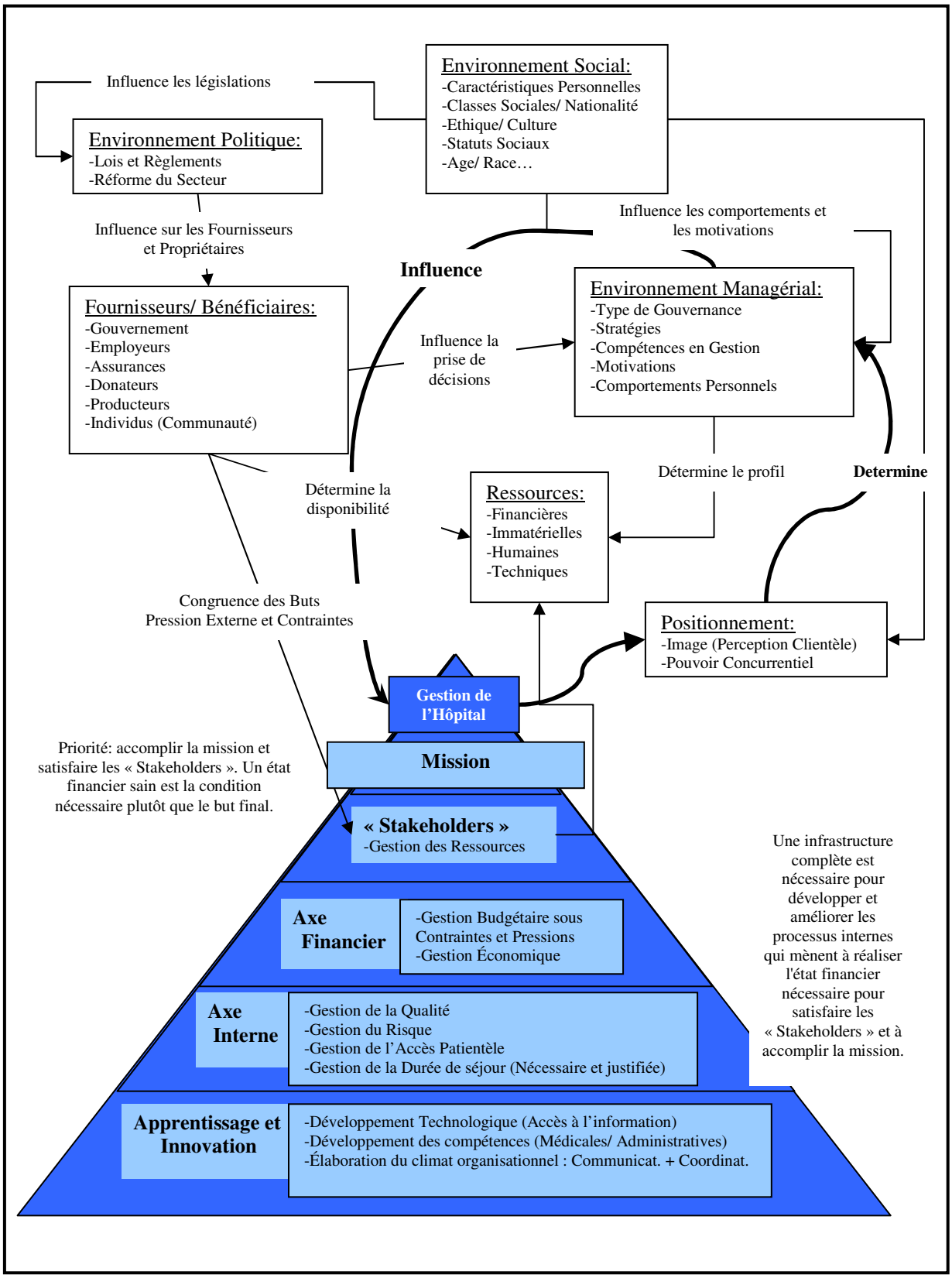
Nous reprenons les hôpitaux comme étant des institutions à but non lucratif, fournissant des services, en prenant en considération les différences existantes, les dissimilitudes comptables (Euske, 1984; Hofstede, 1981; Smith, 1993) et les difficultés de mesurer la performance hospitalière (Smith, 1993; Tailleur, Chait et la Holland, 1996). Nous étudions ces types d'établissements comme **organisation** (Shortell, Gillies et Devers, 1995) livrant un **produit** (Fetter et Freeman, 1986) défini par deux catégories : marchandises spécifiques et services (tels que les rayons X, les médicaments, les essais en laboratoire...) considérés en tant qu'un « **output** » pour traiter un patient individuel. Ce système de soin de santé décrit (Andersen et Newman, 1973; Blewett et al., 1972) en tant qu'un système **complexe**, ayant recours (WHO, 2000) à des ressources rares et livrant des marchandises et des services de santé servant à traiter les patients, membres de la société (Anderson, 1972).

Les ressources rares sont groupées par Kaplan et Norton (1992) en quatre catégories:

- Financières : principalement les compagnies d'assurance, les gouvernements, les donateurs et les patients
- Matérielles : l'équipement technologique, les lits, les bâtiments...
- Humaines : personnel médical et administratif.
- Et, Immatérielles : le savoir et la connaissance.

Quant à l'organisation de ses ressources, elle décrit tout simplement ce que le système fait avec ses ressources. Elle se réfère à la manière dont le personnel et les équipements médicaux sont coordonnés et contrôlés dans un processus, qui peut être repris par le flux d'accès (l'entrée du patient) et la structure organisationnelle: (décisions prises à chaque étape du traitement patientèle) et qui détermine l'(in)efficacité hospitalière (Hindle, 1970). En effet, la performance hospitalière a été définie selon l'accomplissement des cibles indiquées, cliniques ou administratives (Porter, 1985).

Basé sur ces théories précédentes nous proposons le modèle contingent suivant :



Afin de structurer clairement la dimension « Gestion de l'Hôpital », nous avons adapté le modèle de Kaplan et Norton (1996) en organisant les éléments selon les 4 axes du modèle de la BSC. Ces auteurs optent en effet pour une vision de la performance « absolue » allant bien

au-delà de la vision traditionnelle purement financière et comptable. Cette vision de la performance tient compte du management des ressources ainsi que de l'environnement externe de l'entreprise. Notre intérêt est concerné par la BSC, pour une raison simple : ce système décrit un processus total de performance (concentration, communication et collaboration) qui peut mener soit au succès soit à l'échec, selon la manière dont il sera mis en application. Avec la BSC, selon la définition de Norton et Kaplan, nous créons, même dans un organisme à but non lucratif, une organisation focalisée- stratégie (Weber, 2001).
D'ailleurs, depuis que le concept a été présenté en 1992, la BSC a été mise en application dans le monde entier dans des secteurs commerciaux et de soins de santé privés et publics[†]. De plus et vers la fin du siècle, les dernières statistiques de groupe de méta ont prouvé que le pourcentage, des firmes qui ont adaptées et implémentées la BSC, a augmenté de 27% en 2000 à 38% de 2001 (Sullivan, 2001).

Cette adaptation nous semble pertinente en vue d'analyser la performance de la coordination des ressources et de leur mise en oeuvre opérationnelle car la BSC met en évidence les dimensions clés de la gestion d'une entreprise, à savoir, en contexte non lucratif : l'axe apprentissage et innovation, l'axe interne, l'axe financier et l'axe « Stakeholders ».

Afin qu'un hôpital soit performant en termes de gestion, un équilibre entre les préoccupations de court et de long terme; entre les préoccupations financières et non financières ainsi qu'entre les préoccupations internes et externes, est, comme le précisent Kaplan et Norton (1996), primordial. Selon les auteurs, une infrastructure complète est nécessaire pour développer et améliorer les processus internes qui mènent à réaliser un bon état financier nécessaire pour satisfaire les dépositaires et accomplir la mission. Relativement, nous étudions premièrement les facteurs contingents affectant les décisions des directeurs liées aux « input / output » hospitalier afin de pouvoir présenter l'organisation interne.

Suite à la révolution environnementale économique et financière (Johanson, Martensson et Skoog, 2001; Schneider, 2002) ; individuellement ou collectivement, les défis confrontés ont poussé les directeurs à embarquer sur une nouvelle mission : "fournir le bon soin, au bon

[†] D'ailleurs, il est important de noter que la BSC a été traitée comme un outil complémentaire et elle a été liée à d'autres systèmes tels que l'EFQM, le PLS (Partial Least Squares), le SQA, et le SPICE FM (Sarshar, 2006 ; Morard et Stancu, 2005 ; Wiffen, 2003 ; Cameron et Zelman, 2001). Néanmoins, la BSC diffère de ces outils de gestion, car, pendant qu'elle résultait (d'un point de vue historique) de leurs mouvements, elle aide les professionnels hospitaliers à combiner leurs activités et efforts et à se concentrer sur une stratégie ; de plus, elle garde un système d'apprentissage et de feed-back vivant (Gumbus, Lyon et Bellhouse, 2002 ; Barandun, 2000).

patient, au bon moment" (Robinson, 1994) ; des types et typologie de gouvernance modernes, servant à maintenir les coûts (Stabell et Fjeldstad, 1998; Dranove et Shanley, 1995; Klein, 1995; Prahald et Hamel, 1994).

Au niveau de l'axe « Stakeholders » : Des facteurs externes influençant sur la récolte des ressources « Inputs » :

Nous constatons que les gens forment le centre du secteur de soin de santé, jouant des rôles multiples: adhérents, citoyens, consommateurs et fournisseurs. Ainsi, leurs contributions se représentent principalement sous forme de paiements obligatoires, rassemblés par des services publics tels l'imposition, la cotisation de sécurité sociale, l'assurance et leur contribution individuelle (Dexia, département de recherches, 2007; OCDE, 2003).

En effet, comme le montre Kaplan et de Norton (1992), la structure des organismes à but non lucratif tend à placer les fournisseurs et les bénéficiaires au même niveau : les donateurs fournissent les ressources financières (ils payent le service) tandis qu'un autre groupe, les constituants reçoivent le service. Le problème persistant est donc de définir : qui est le client ? Celui qui paye ou celui qui reçoit le service ?

Dans cette perspective, nous constatons que les directeurs hospitaliers (représentant du conseil d'administration) gèrent sous pressions des gouvernements et des fournisseurs financiers :

- Les gouvernements (Chan, 2006) en tant que fournisseurs et propriétaires principale (Burgess et Wilson, 1996; Vladeck, 1981) des ressources financières de soins de santé ont dû installer de nouvelles règles pour assurer la survie des hôpitaux (Kramer, 1999; Ruef et Scott, 1998; Klein, 1995). Ainsi, des politiques de santé ont été souvent associées à la législation fédérale et au règlement d'état (Alexandre, Weiner et Bogue, 2001; Luft, 1980). Un fait qui crée souvent la congruence des buts politiques (Burgess et Wilson, 1996), notamment au niveau fédéral de quelques pays.
- Les gouvernements sollicitent donc l'amélioration du secteur (Adler et al., 2003) en exigeant l'ajout des informations sociales individuelles (situation des patients, ses valeurs et préférences familiales) aux information administrative et financière déjà mise en service dans les hôpitaux (Gittel et Weiss, 2004), en conséquence aux nouvelles contraintes d'accès patientèles (Klein, 1995; Vladeck, 1981) influençant sur les lois et les règlements (Weber, 1968) et sur la décision managériale (Lu, 1999).

Dès lors, les directeurs se sont trouvés confrontés à un conseil d'administration, ayant un impact essentiel sur la capacité de l'hôpital à obtenir le soutien de la communauté et d'attirer les ressources de l'environnement (Alexandre, Weiner et, Bogue, 2001; Rushing, 1974; Pfeffer, 1973). Cependant, la composition du conseil, influencée par des facteurs sociaux et politiques (Luft, 1980; Pfeffer, 1973), le mène souvent à prendre la responsabilité d'interpréter et de mettre en application les règlements publics au niveau local (Bouillon et al., 2006; Boeker et Goodstein, 1991; Lentz, 1957). Ainsi, les administrateurs hospitaliers ont été invités à s'adapter aux exigences, souvent divergentes, des règlements, des forces du marché et de la communauté, élaborant le climat organisationnel.

Au niveau de l'axe financier :

Les directeurs ont dû prendre des mesures, telles que:

- Un pieu pour maintenir l'inflation des coûts (Johanson, Martensson et Skoog, 2001; Boeker et Goodstein, 1991; Luft, 1980) en calculant et en contrôlant le coût hospitalier. Cette inflation des coûts résulte de l'augmentation des salaires de la main-d'oeuvre (Davis, 1973) influencée par un statut social [en fonction de la gamme des revenus familiers, du chômage et d'autres facteurs sociaux, dans plusieurs pays (Brown et Pyers, 1988; Crane, 1975; Pfeffer, 1975)] et des différences existantes entre les types et la structure de ces institutions (Ayanian et Weissman, 2002; Morse, Gordon et Moch, 1974).
- Une nouvelle définition du coût hospitalier : calculé historiquement par une mesure financière (Stabell et Fjelstad, 1998) or suite à la définition des différents cycles d'activités hospitalières (Ruef et Scott, 1998; Feldstein, 1988; Roemer et Schonick, 1973), récemment, d'autres facteurs (non économiques) ont été définis et ajoutés au calcul de la valeur financière (Kohli et Kettinger, 2004). Par conséquent, l'efficacité financière n'a plus été vue comme un contrôle budgétaire (Sherman, 1986).
- Un nouveau point de vue économique : un hôpital peut-être vu par l'analyse des conditions nécessaires pour aligner les buts et les résultats des professionnels autour de la gestion financière ; en d'autres termes, une image cliniques et économiques du corps professionnel (Adler et al., 2003; Eldenburg, 1994; Luft, 1980; Sorensen et Grove, 1977).
- Des politiques internes récentes (Johanson, Martensson et Skoog, 2001; Ruef et Scott, 1998; Boeker et Goodstein, 1991; Roemer et Shonick, 1973; Weber, 1968) influencées par la prise de décision et les processus gestionnaires (Provan, 1984).

Au niveau de l'Axe Interne : Des facteurs externes influençant sur les « Outputs » :

Afin de pouvoir satisfaire les patients, les directeurs hospitaliers doivent exceller dans l'utilisation des processus internes.

Les gouvernements, notamment, en Europe dépensent en moyenne 8 pour cent de leur PIB pour fournir à leurs citoyens les soins de santé (OCDE, 2006). Les patients vivent plus longtemps, mais ils sont de plus en plus exigent vis-à-vis de la qualité des soins. Ces problèmes courants et ces défis relevés, pour fournir à l'heure opportune une bonne qualité et un soin rentable et efficace, sont reliés à une perspective opérationnelle. En effet, l'un des problèmes les plus sérieux résume l'accès aux services médicaux et ce traduit par la gestion du flux patientèle. La gestion :

- Des problèmes d'accès des patients comportant l'accès au soin manifestant eux-mêmes dans une variété de formes, y compris le rejet des patients.
- Des problèmes liés à la longueur de séjour : des attentes qui prolongent la longueur du séjour, augmentent les coûts et réduisent les sorties des patients.

Donc, ces problèmes affectent la sécurité et la qualité du soin (Litavk et al., 2005), suite, ils réduisent le revenu potentiel. Alors, le résultat d'un système inefficace influence sur une main d'œuvre mécontente, soumise à de nouvelles contraintes. (Les infirmières, les médecins et les chirurgiens sont affectés également pendant que leurs services concourent pour des lits d'hospitalisation).

Au niveau du 4ème axe : *l'axe de l'apprentissage et l'innovation*, les administrateurs doivent trouver l'infrastructure de base (technologie) nécessaire pour mettre en place, améliorer, créer la valeur afin de pouvoir réaliser la mission (Sequist, Cullen et Ayanian, 2005). D'où, la technologie affecte:

- la structure hospitalière et l'efficacité organisationnelle en termes de créer "l'adaptation" entre la structure, la technologie et un environnement donné (Kumar, Si Ow et Prietula, 1993; Schoonhoven, 1981; Thomson, 1967).
- le travail et la structure sociale, la satisfaction et l'absentéisme du corps professionnel. Pourtant, contrairement aux recherches et espérances précédentes (Hackman et Oldham, 1975; Woodward, 1965), Billings, Klimoski et Breaugh (1977) constatent que la structure sociale, la satisfaction et l'absentéisme ne sont pas affectés par technologie.
- la capacité (conduite et pouvoir) organisationnelle de développer des compétences multiples (Singh, 1997).
- la pression du temps (Billings, Klimoski et Breaugh, 1977) une fois qu'un hôpital décide de mettre en place un nouveau système (la première phase du cycle d'implémentation).

Néanmoins, cette nouvelle vision hospitalière provoque de nouvelles problématiques. Selon plusieurs auteurs, les SPPHs ont été mis en application pour faciliter la communication entre les membres professionnels et administratifs (Schwartz, Fortune et Horwich, 1980). Mais, ils ont été confrontés à des barrières significatives. L'obstacle principal présente ce que Levitt (1972) rapporte comme étant la "conception humaniste du service." Le concept d'agréger des patients comme des produits peut être perçu par les médecins, les administrateurs et les patients comme trop "technocratique," cette perception peut donc empêcher l'implémentation de l'approche productive gestionnaire dans les établissements de santé.

Ces causes comportementales sont analysées et classifiées dans trois catégories principales: manques de direction (Koshanski et Sorensen, 2005), problèmes de motivation (Taylor, 1929) et limitations personnelles (Bazerman, 2005; Kahneman et Tversky, 1979; Nisbet et Ross, 1991, 1980). Ces trois problèmes peuvent se produire simultanément et dans n'importe quelle combinaison et sont les raisons principales qui peuvent amener une firme à être "hors de contrôle". Dans ce contexte comportemental du CDG, la mesure de performance représente les motivations du personnel et la création du lien entre les mesures de performance et les récompenses (Rynes, Gerhart et Minette, 2004; Wright, 2000). Néanmoins, selon la matrice d'Ouchi, (1977), dans des organisations à but non lucratif, le processus est inconnu et les « outputs » sont immesurables. Dans ces circonstances où il n'est pas possible de mesurer le comportement, il n'est pas possible "rationnellement" d'évaluer le travail organisationnel. D'ailleurs, notre capacité de prévoir exactement les comportements humains n'est pas bien développée : le "contrôle de gestion est moins qu'une science" (Hofstede, 1981). Ainsi, nous constatons que chacun des processus dans un SPP sont établis sur une théorie inachevée, par suite, il n'y existe aucune garantie que le système fonctionnera jusqu'à ce qu'il soit mis en application réellement (Euske, 1984).

Les facteurs liés à la dimension « Position stratégique de l'hôpital » :

Les directeurs font face aux contraintes environnementales concurrentielles, là où les études de la compétition ont typiquement deux prétentions fondamentales : que la concurrence se produit dans les limites des industries ou des marchés et que toutes les sociétés, dans un marché ou une industrie, soient affectées également par la pression concurrentielle. Concernant les organismes de soins de santé, Boeker et al. (1997) constatent que les hôpitaux sont défiés généralement par la concurrence, comme ils servent dans un environnement de multi-marché :

- la concurrence en termes de pressions pour retenir les coûts de plus en plus croissants, résultante de la demande exigeante de la qualité de soin fournie (Lerner et Warner, 1988). Cependant, ces deux facteurs essentiels nous bousculent dans le courant principal économique et appellent la viabilité des hôpitaux en question.
- la concurrence en termes de position et des pouvoirs des délégués hospitaliers (Thompson, 1967), à faire face à la quantité de pressions et contraintes environnementales relatives aux ressources, patients et manque de médecin, aussi bien qu'aux relations de l'hôpital avec la communauté locale (Pfeffer, 1973; Pfeffer et Salancik, 1977; Roemer et Schonik, 1973).

4. VALIDATION DU MODÈLE:

Dans cette partie, nous procédons à une double validation de notre modèle. En effet, après avoir identifié les limites des autres modèles, nous avons choisi de procéder à la fois à une validation conceptuelle au regard de la littérature et à une première validation empirique de notre modèle unificateur représentatif de l'enchaînement des facteurs contingents influençant le choix et l'élaboration des SPPHs.

4.1. Validation Conceptuelle :

Ce premier type de validation permet de démontrer que notre modèle repose sur une base théorique solide. Nous nous sommes en effet basé sur les enseignements d'auteurs reconnus par le monde scientifique pour leurs recherches en matière de pilotage de la performance. Ainsi, tous les éléments composant le modèle ont déjà été précédemment évoqués dans la littérature scientifique, mais de manière dispersée et non globale.

Afin de procéder à la validation théorique de nos travaux, nous proposons un tableau reprenant dans le détail les grandes dimensions de la gestion hospitalière ainsi que les différents facteurs contingents composant notre grille de lecture. Nous mettons en parallèle avec ces différents éléments les noms des principaux auteurs ayant abordé ces points dans leurs recherches.

Facteurs Contingents Relatifs à	Auteurs
1. Dimension « Environnement Externe »	Benjamin (1986), Rackoff, Wiseman et Ullrich (1985), Robinson (1994), Ruef (1997), Schwenger (1987)
1.1. Environnement Économique	Adler et al. (2003), Alexandre, Weiner et Bogue (2001), Eldenburg (1994), Johanson, Martensson et Skoog (2001), Luft (1980), Pfeffer (1973), Rushing (1974), Schneider (2002), Sorensen et Grove (1977)
1.2. Environnement Financier	Johanson, Martensson et Skoog (2001), Klein (1995), Schneider (2002), Stabell et Fjelstad (1998), Vladeck (1981)
1.3. Environnement Social	Billings, Klimoski et Breaugh (1977), Brown et Pyers (1988), Crane (1975), Ermann (1976), Hackman et Oldham (1975), Luft (1980), Pfeffer (1973), Pfeffer (1975), Woodward (1965)
1.4. Environnement Politique/Légal	Adler et al. (2003), Alexandre, Weiner et Bogue (2001), Burgess et Wilson (1996), Chan (2006), Klein (1995), Kramer (1999), Luft (1980), Pfeffer (1973), Ruef et Scott (1998), Vladeck (1981), Weber (1968)
1.5. Environnement Technologique	Anderson, Arrow et Pines (1988), Burgelman (2002), Fuloria et Zenios (2001), Gittel et Weiss (2004), Holland et Miller (1991), Huberman et Hogg (1986), Perrow (1984), Prastacos (1984), Scuricini (1984), Sequist, Cullen et Ayanian (2005), Signolet et Nobres (2007), Simon (1969), Singh (1997), Uphoff et Krane (1998), Weaver (1947), Zittrain (2000)
1.6. Environnement Concurrentiel	Boeker et al. (1997), Lerner et Warner (1988), Pfeffer et Salancik (1977), Pfeffer (1973), Roemer et Schonik (1973), Thompson (1967)
1.7. Communauté en tant que « Fournisseurs »	Adler et al. (2003), Alexandre, Weiner et Bogue (2001), Burgess et Wilson (1996), Chan (2006), Klein (1995), Kramer (1999), Luft (1980), Pfeffer (1973), Ruef et Scott (1998), Vladeck (1981), Weber (1968)
1.8. Communauté en tant que « Patients »	Berry (1974), Dranove (1987), Fuloria et Zenios (2001), Ginter, Duncan et Swayne (2002), Goldstein (2003), Milsum, Turban et Vertinsky (1973), Nolte et al. (2003), Roemer et Shonick (1973), Sequist, Cullen et Ayanian (2005), Tolley, Manton et Vertrees (1987)
1.9. Structure Hospitalière	Ayanian et Weissman (2002), Burns et Stalker (1961), Johanson, Martensson et Skoog (2001), Kumar, Si Ow et Prietula (1993), Laurent et Lorsch (1967), Morse, Gordon et Moch (1974), Roemer et Shonick (1973), Schoonhoven (1981), Thomson (1967)
2. Dimension « Environnement Managérial »	
2.1. Type de Gouvernance	Dranove et Shanley (1995), Klein (1995), Prahald et Hamel (1994), Stabell et Fjeldstad (1998)
2.2. Stratégies et Décisions	Lu (1999), Koshanski et Sorensen (2005), Provan (1984)
2.3. Compétences en Gestion	Boeker et Goodstein (1991), Eldenburg (1994), Johanson, Martensson et Skoog (2001), Kalliath, Bluedorn et Strube (1999), Kourie (1976), Roemer et Shonick (1973), Ruef et Scott (1998), Ruth (1981), Schwartz, Fortune et Horwich (1980), Sheridan, Vredenburgh et Abelson (1984), Singh (1997), Weber (1968)
2.4. Motivations	Rynes, Gerhart et Minette (2004), Taylor (1929), Wright (2000)

Facteurs Contingents Relatifs à	Auteurs
2.5. Comportements Personnels	Arnaud et al. (2001), Bazerman (2005), Boeker et Goodstein (1991), Franz, Robey et Koeblitz (1986), Hofstede (1981), Kahneman et Tversky (1979), Nisbet et Ross (1991) (1980), Ouchi (1977), Robinson (1994)
3. Dimension « Ressources »	Andersen et Newman (1973), Anderson (1972), Blewett et al. (1972), Kaplan et Norton (1992), Kourie (1976), Rackoff, Wiseman et Ullrich (1985), Ruth (1981)
3.1. Financières	Alexandre, Weiner et, Bogue (2001), Boeker et Goodstein (1991), Johanson, Martensson et Skoog (2001), Luft (1980), Mingshan (1999), Pfeffer (1973), Rushing (1974), Sherman (1986), Stabell et Fjelstad (1998)
3.2. Immatérielles	Dranove et Shanly (1995), Kohli et Kettinger (2004), Rushing (1974)
3.3. Humaines	Adler et al. (2003), Brown et Pyers (1988), Crane (1975), Davis (1973), Dranove et Shanly (1995), Eldenburg (1994), Hackman et Oldham (1975), Harris (1977), Levitt (1972), Luft (1980), Pfeffer (1975), Roemer et Shonick (1973), Schwartz, Fortune et Horwich (1980), Sheridan, Vredenburgh et Abelson (1984), Singh (1997), Sorensen et Grove (1977), Woodward (1965)
3.4. Techniques	Prastacos (1984), Sequist, Cullen et Ayanian (2005), Uphoff et Krane (1998), Zittrain (2000)
4. Dimension « Gestion de l'Hôpital »	Anthony (1965), Boeker et Goodstein (1991), Bouillon et al. (2006), Burns et al. (2002), Clayden (1977), Currim et al. (2006), Daft et Macintosh (1984), Drucker (1955), Johanson, Martensson et Skoog (2001), Koontz et O'Donnell (1976), Kumar, Si Ow et Prietula (1993), Lentz (1957), Roemer et Shonick (1973)
4.1. Mission	Robinson, 1994
4.2. Axe « Stakeholders »	Alexandre, Weiner et, Bogue (2001), Blewett et al. (1972), Boeker et Goodstein (1991), Bouillon et al. (2006), Clayden (1977), Kourie (1976), Lentz (1957), Luft (1980), Pfeffer (1973), Rackoff, Wiseman et Ullrich (1985), Rushing (1974), Ruth (1981)
4.3. Axe Financier	Brown et Pyers (1988), Euske (1984), Hofstede (1981), Mingshan (1999), Smith (1993)
4.4. Axe Interne	Argote (1982), Berk et Moinzadeh (1998), Berry (1974), Billings, Klimoski et Breaugh (1977), Bowen et Payling (1987), Dranove (1987), Fetter et Freeman (1986), Fuloria et Zenios (2001), Hackman et Oldham (1975), Holahan et al. (1989), Kourie (1976), Lambert et Larcker (1995), Litavk et al. (2005), Martinussen et Midttun (2004), Milsum, Turban et Vertinsky (1973), Perera, Harrisson et Poole (1997), Tolley, Manton et Vertrees (1987), Woodbury, Manton et Vertrees (1993), Woodward (1965)
4.5. Axe Apprentissage et Innovation	Billings, Klimoski et Breaugh (1977), Burgelman (2002), Chan (2006), Coates (2004), Devaraj et Kohli (2003), Duncan et Norwich (1973), Euske (1984), Fuloria et Zenios (2001), Hackman et Oldham (1975), Harris (1977), Kohli et Kettinger (2004), Levitt (1972), Luft (1980), Prastacos (1984), Schwartz, Fortune et Horwich (1980), Sequist, Cullen et Ayanian (2005), Signolet et Nobres (2007), Uphoff et Krane (1998), Woodward (1965), Zittrain (2000)

4.2. Première Validation Empirique :

Sur base d'une première étude réalisée par Baraldi (2003) dans le secteur des hôpitaux publics italien, il s'est avéré que la recherche de l'efficacité en contexte hospitalier implique l'utilisation significative et adaptée de tableaux de bords, principalement par l'intermédiaire de l'adaptation et de l'implémentation des BSCs.

Notre première analyse personnelle (Rouhana, 2007) de la littérature spécialisée (une revue de 50 articles scientifiques traitant de quelques expériences du secteur hospitalier en matière de la BSC) a révélé que, même si les objectifs sont tout à fait identiques en termes de contrôle d'un hôpital, la manière avec laquelle ces BSCs sont établis, mis en application et employés, diffère largement de cas à cas. Notre article a récapitulé les principales raisons qui ont mené les hôpitaux à choisir l'adaptation de ce système en tant que système de pilotage de la performance, ainsi que le chemin à suivre pour élaborer et implémenter ce système, en se basant sur des cas réels. Notre constat a renforcé l'hypothèse qu'il existe un certain nombre de facteurs contingents, repris dans le tableau précédents, qui déterminent la manière dont ces BSCs sont établis et employés dans la pratique.

CONCLUSION

Les soins de santé épaulent la communauté dans son ensemble. En effet, les hôpitaux ont dû faire face à d'incontestables contraintes de pressions et de problèmes causés par l'évolution de leur environnement turbulent et complexe. Donc, suite à l'inflation des coûts et la demande exigeante, l'horizon des hôpitaux a évolué vers un nouveau concept de gestion administrative.

Ainsi, notre article présente une clarification du concept de pilotage de la performance hospitalière qui le relie à ses fonds théoriques, ses racines en termes de : stratégie, gestion, contrôle, performance, mesure et systèmes. Il établit une vue d'ensemble de l'évolution de ces approches, une vue linéaire à un modèle social de la tradition à l'approche dynamique contemporaine établie transversalement.

D'ailleurs, la présente contribution propose une grille de lecture récente et unificatrice de la littérature consacrée à l'identification des facteurs contingents influençant sur le choix et l'élaboration des SPPHs. Notre synthèse de l'ensemble de ces facteurs vise à comprendre

comment le système de CDG des institutions hospitalières peut évoluer à l'avenir afin de maintenir un équilibre interne fragile de performance.

Ce modèle inductif proposé, émergé de la revue de littérature, sera confronté à la réalité, afin de pouvoir proposer quelques évolutions de ce modèle et d'avoir d'ample validation empirique sur les systèmes de pilotage utiliser actuellement dans les hôpitaux. Nous dresserons, à titre personnel et dans une perspective contingente et internationale, une deuxième étape apte à traiter les données rassemblées par l'intermédiaire du projet scientifique international « The Balanced Scorecard in HealthCare : an international survey", placé sous la direction du Professeur Stefano Baraldi du « *Centro di Ricerche e Studi in Managemant Sanitario* » de l'Université Catholique de Milan, sur base de données globale et internationale intégrant les résultats d'un questionnaire et d'études de cas menées dans plus de 500 hôpitaux publics autour du monde.

BIBLIOGRAPHIE

Adler et al., (2003), "Performance Improvement Capability: Keys to accelerating performance improvement in hospitals", *California Management Review*, vol.45, nº2, Winter.

Alvarez, J. (1998), *The diffusion and consumption of business knowledge*, London: Macmillan Press.

Anthony, R. (1965), *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*, Boston Mass: Harvard Business School Press.

Argote, L. (1982). "Input uncertainty and organizational coordination in hospital emergency units'. *Administrative Science Quarterly,* vol.27, p.420.

Arnaud H., Garmilis A., Vignon V. (2001). *Le contrôle de gestion en action*, 2è édition, Editions Liaisons, Paris.

Arrow, K. (1974), *The Limits of Organization,* W. W. Norton, New York.

Ayanian, J. and Weissman, J. (2002), "Teaching Hospitals and Quality of Care: A Review of the Literature", *The Milbank Quarterly*, vol. 80, nº 3, pp. 569-593.

Baraldi, S. (2002), "The BSC in hospitals: performance measurement as a driver of change. A case study", In Epstein M. – Manzoni J.F. (Ed.), *Performance measurement and management control*, vol.12, Jai Press.

Bazerman, M. (2005), Judjement in Managerial Decision Making, Sixth Edition, New York, John Wiley and Sons.

Benjamin, A. (1986), "Trends and Issues in the Provision of Home Health Care: Local Governments in a Competitive Environment", *Journal of Public Health Policy*, vol. 7, nº 4, Winter, pp. 480-494.

Berk, E. and Moinzadeh, K. (1998), "The Impact of Discharge Decisions on Health Care Quality", *Management Science*, vol. 44, nº3, Mar., pp. 400-415.

Berry, R. (1974), "Cost and Efficiency in the Production of Hospital Services", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, vol. 52, nº 3, Summer, pp.291-313.

Bescos, P., Cauvin E., Langevin P. et Mendoza, C. (2003), « Critiques du Budget : une approche contingente », *Actes du congrès de l'Association francophone de comptabilité*, Louvain.

Billings, R., Klimoski, R., Breaugh, J. (1977), "The Impact of a Change in Technology on Job Characteristics: A Quasi-Experiment", *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, nº 2, Jun., pp. 318-339.

Binnendijk, A. (2000), *Results Based Management in the Development Co-operation Agencies: a Review of Experience*, executive summary of draft report, DAC Working Party on Aid Evaluation, www.oecd.org.

Blewett F., Grove, D.M., Massinas A., Norman, J.M. and, Southern, K.M. (1972), "Computer Simulation Models for a Multi-Specialty Ward", *Operational Research Quarterly (1970-1977)*, vol. 23, nº 2, Jun., pp. 139-149.

Boeker, W., and Goodstein, J. (1991), "Organizational Performance and Adaptation: Effects of Environement and Performance on changes in Board Composition", *Academy of Management Journal*, vol.34, nº4, pp.805-826.

Boeker, W., Goodstein, J., Stephan, J., and, Murmann, J.P. (1997), "Competition in a Multimarket Environment: The Case of Market Exit", *Organization Science*, vol. 8, nº 2, Mar. - Apr., pp. 126-142.
Bouillon, M., Ferrier, G., Stuebs, M. Jr., and West, T. (2006), "The economic benefit of goal congruence and implications for management control systems", *Journal of Accounting and Public Policy*, vol.25, pp.265–298
Bowen, T., and Payling, L. (1987), "Expert Systems for Performance Review", *The Journal of the Operational Research Society*, vol. 38, nº10, The Practice of OR in Central Government, Oct., pp. 929-934.
Boyne, G.A. (2002), "Public and private management: what's the difference?", *Journal of Management Studies*, vol. 39, nº1, pp. 97-122.
Bromwich, M., and Lapsley, I. (1997), "Decentralization and management accounting in central govemment: Recycling old ideas?", *Financial Accountability and Management,* vol.13, n°2, pp.181-201.
Brown, R. and, Pyers, J. (1988), "Putting Teeth into the Efficiency and Effectiveness of Public Services", *Public Administration Review*, vol. 48, nº 3, May - Jun., pp. 735-742.
Bums, T., and, Stalker, G. M. (1961), *The Management of Innovation,* Tavistock Institute, London, U.K.
Burgelman, R. (2002), Strategy is Destiny: How Strategy-Making Shapes a Company's Future, New York, The Free Press.
Burgess, J. Jr., and Wilson, P. (1996), "Hospital Ownership and Technical Inefficiency", *Management Science*, vol. 42, nº 1, Jan., pp. 110-123.
Burns, L. et al. (2002), *The Healthcare Value Chain*, Jossey-Bass.
Burt, R. (1997), "The contingent value of social capital", *Administrative Science Quarterly*, vol.42, pp.339-365.
Burton, R. & Obel, B. (1998), Strategic Organizational Diagnosis and Design: Developing Theory for Application. Kluwer Publishers, Boston, MA.
Chan, Y., and Lynn, B. (1998), "Operating in turbulent times: How Ontario's hospitals are meeting the current funding Crisis", *Health Care Management Review,* vol.23, n°3, pp.7–18.
Chandler, A. (1962), *Strategy and Structure, Chapters in the History of the Industrial Enterprise,* The MIT Press, Cambridge, MA.
Chiapello E. and Delmond, M. (1994), « Les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement », Revue française de gestion, nº97, janvier-février, pp.49-58.
Child, J. (1972), "Organization structure, environment and performance: The role of strategic choice", *Sociology,* vol.6, pp.1-22.
Clayden, A. (1977), "A Decision Simulation Model for Health Services Management", *Operational Research Quarterly (1970-1977)*, vol. 28, nº 3, Part 1, pp. 505-515.
Coates, G. (2004), "En-Trusting Appraisal to the Trust", *Gender, Work and Organization*, vol. 11, nº5, September, pp.568-588.
Currim, I., Gurbaxani, V., LaBelle, J., and, Lim, J. (2006), "Perceptual structure of the desired functionality of internet-based health information systems", *Health Care Manage Science*, vol.9, pp.151–170.
Cutt, J. et V. Murray. (2000), *Accountability and Effectiveness Evaluation in Non-profit Organizations*, Routledge.
Daft, R. & Macintosh, N. (1984). The Nature and Use of Formal Control Systems for Management Control and Strategy Implementation. *Journal of Management*, 10, 1, 43-66.
D'Aunno, T. & Zuckerman, H. (1987), "A Life-Cycle Model of Organizational Federations: The Case of Hospitals", The Academy of Management Review, vol.12, nº3, July, pp.534-545.
Davis, K. (1973), "Theories of Hospital Inflation: Some Empirical Evidence", *The Journal of Human Resources*, vol. 8, nº 2, Spring, pp. 181-201.
Dess, G. et J. Shaw. (2001), "Voluntary Turnover, Social Capital, and Organizational Performance", *The Academy of Management Review*, vol.26, n°3, pp.446-456.
Dess, G., Lumpkin, G. and Taylor, M. (2005), *Strategic Management*, 2nd Edition, New York, Mc Graw Hill Irwin.
Devaraj, S. & Kohli, R. (2003), "Performance Impacts of Information Technology: Is Actual Usage the Missing Link?", *Management Science*, vol. 49, nº 3, March, pp.273–289.
Dexia Credit Local, Research Department (2007), "The funding of hospital systems in the EU-27 Member States", March.
Doty, Glick, Huber, (1993), "Fit, equifinality, and organizational effectiveness: A test of two configurational theories", *Acad. Management Journal,* vol.38, nº6, pp.1198–1250.
Dranove, D. et M. Shanley. (1995), "Cost Reductions or Reputation Enhancement as Motives for Mergers: The Logic of Multihospital Systems", *Strategic Management Journal*, vol. 16, nº1, Jan., pp. 55-74.
Drucker, P. (1955), *The Practice of Management*, London: Pan Books.
Drury, C. (1994), *Cost and Management Accounting*, 3ème edition, Londres, Chapman and Hall.
Duncan, I. & Norwich, H. (1973), "Opportunity Costs and Elementary Inventory Theory in the Hospital Service", *Operational Research Quarterly (1970-1977)*, vol. 24, nº1, Mar., pp. 27-34.
Edwards, J. (2001), *ERP, balanced Scorecard and IT: How do they fit together?*, John Wiley and Sons Inc. p.3-12.
Eldenburg, L. (1994), "The Use of Information in Total Cost Management", *The Accounting Review*, vol.69, nº1, Jan., pp. 96-121.

Ellman, I. (1982), "Another Theory of Nonprofit Corporations", *Michigan Law Review*, vol.80, n°5, pp.999-1050.
Ermann, D. (1976), "The Social Control of Organizations in the Health Care Area", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, vol. 54, nº2, Spring, pp. 167-183.
Esogbue, A. and Singh, A. (1976), "A Stochastic Model for an Optimal Priority Bed Distribution Problem in a Hospital Ward", *Operations Research*, vol. 24, nº 5, Special Issue on Health Care, Sep. - Oct., pp. 884-898.
Etzioni, A. (1964), *Modern Organizations*, Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
Euske, K. (1984). *Management Control: Planning, Control, Measurement and Evaluation*, Addison-Wesley, Inc.
Fetter, R. and, Freeman, J. (1986), "Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals", *The Academy of Management Review*, vol.11, nº1, January, pp.41-54.
Fisher J. (1998), "Contingency Theory, Management Control System and Firm Outcomes: Past Results and Future Directions", *Behavioral Research in Accounting*, vol.10, pp.47-64.
Flagle, C. (1962), "Operations Research in the Health Services", *Operations Research*, vol. 10, nº5, Sep. - Oct., pp. 591-603.
Franz, C., Robey, D. and Koeblitz, R. (1986), "User Response to an Online Information System: A Field Experiment", *MIS Quarterly*, vol. 10, nº1, Mar., pp. 29-42.
Fuloria, P. and, Zenios, S. (2001), "Outcomes-Adjusted Reimbursement in a Health-Care Delivery System", *Management Science*, vol. 47, nº 6, Jun., pp. 735-751.
Galbraith, J. (1977). *Designing Complex Organizations*. Reading, Mass.:Addison-Wesley Publishing Company.
Galbraith, J. (1973), *Designing Complex Organizations,* Addison-Wesley, Reading, MA.
Galbraith, J. (1974), "Organization design: An information processing view", *Interfaces,* vol.4, nº3, pp.28–36.
Galbraith, J. (1995), *An Executive Briefing on Strategy Structure and Process*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
Gignon-Marconnet, I. (2003), « Les rôles actuels de la gestion budgétaire en France : une confrontation des perceptions de professionnels dans la littérature », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 9, vol.1, Mai 2003, pp.53-78.
Ginter, P., Duncan, W. et Swayne, L. (2002), *Strategic Management of Health Care Organizations*, 4th ed., Blackwell, Malden, MA.
Gittell, J. and Weiss, L. (2004), "Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework", *Journal of Management Studies*, vol.41, nº1, January, pp.127-153.
Gordon, L. and Narayanan, V. (1984), "Management Accounting Systems, Perceived Environmental Uncertainty and Organization Structure: An empirical Investigation", *Accounting, Organizations and Society*, vol.9, nº 1, pp. 33-46.
Groot, T. (1999), "Budgetary reforms in the non-profit sector: A comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands", *Financial Accountability & Management,* vol.15, n°3/4, pp.353-376.
Gul, F. (1991), "The effects of Management Accounting Systems and Environmental Uncertainty on Small Business Managers' Performance", *Accounting and Business Research*, vol.22, nº85, pp.57-61.
Hackman, R., and Oldham, G. (1975), "Development of the job diagnostic survey", *Journal of Applied Psychology*, vol. 60, pp. 159-170.
Hailey, J. and James, R. (2003), *Learning Leaders: The Key to Learning Organisations*, *Development and the Learning Organisation*, IDS-Oxfam, Oxford.
Healy, J. et M. McKee. (2002), *The role and function of hospitals*. In: McKee M, Healy J, eds. Hospitals in a Changing Europe. Buckingham, Open University Press.
Hickson, D., Pugh, D. and, Pheysey, D. (1969), "Operations technology and organization structure; An empirical reappraisal", *Admin. Science, Quarterly,* vol.14, pp.378-98.
Hirshmann, D. (2002), *Implementing an Indicator: Operationalising USAID's Advocacy Index in Zimbabwe*, Development in Practice, pp.20–32, www.developmentinpractice.org.
Hofstede, G. (1981), Management Control of Public and not-for-profit activities, Accounting Organizations and Society, pp. 193-211.
Holahan et al. (1989), "Should Medicare Compensate Hospitals for Administratively Necessary Days?", *The Milbank Quarterly*, vol. 67, nº1, pp. 137-167.
Holdaway E. et al. (1975), "Dimensions of Organizations in Complex Societies*", Administrative Science Quarterly*, p.37-58.
Hoque, Z. & James, W. (2000), « Linking Balanced Scorecard Measures to Size and Market Factors: Impact on Organizational Performance", *Journal of Management Accounting Research*, vol.12, p.1-17.
Ittner, C., & Larcker, D. (1998), "Are non-financial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction", *Journal of Accounting Research,* vol.36, pp.1-35.
Johanson, U., Martensson, M., and Skoog, M. (2001), "Mobilizing change through the management control of intangibles", *Accounting, Organizations and Society*, vol.26, pp.715–733.
Kahneman, A. & Tversky, A. (1979), "Prospect Theory: An Analysis of Decisions Under Risk", *Econometrica*, vol.47.

Kalliath, T., Bluedorn, A., Strube, M. (1999), "A Test of Value Congruence Effects", Journal of Organizational Behavior, vol. 20, nº 7, Dec., pp. 1175-1198.
Kao, E. and, Tung, G. (1981), "Bed Allocation in a Public Health Care Delivery System", *Management Science*, vol. 27, nº 5, May, pp. 507-520.
Kaplan, R. & Norton, D. (1996), "Using the Balanced Scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol.74, n°1, pp.75-85.
Ketchen, D., Thomas, J., and Snow, C. (1993), "Organizational Configurations and Performance: A Comparison of Theoretical Approaches", *The Academy of Management Journal*, Vol. 36, nº 6, Dec., pp. 1278-1313.
Kimberly, J. & Zajac, E. (1985), "Strategic adaptation in health care organizations: Implications for theory and research", *Medical Care Review*, vol.42, pp. 267-302.
Klein, R. (1995), "Big Bang Health Care Reform: Does It Work? The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms", *The Milbank Quarterly*, vol. 73, nº3, pp. 299-337.
Kohli, R. and Kettinger, W. (2004), "Informating the Clan: Controlling Physicians cost and outcomes", MIS Quarterly, vol.28, nº3, September, pp.363-394.
Koontz, K. & O'Donnell, C. (1976), Management: A systems and Contingency Analysis of Managerial Functions, McGraw-Hill.
Koshanski, J. and Sorensen, A. (2005), "Managing Performance Management", Workspan, pp.6-21.
Kourie, D. (1976), "A Length of Stay Index to Monitor Efficiency of Service to General Surgery In-Patients", *Operational Research Quarterly (1970-1977*), vol. 27, nº4, Part 2, pp. 959-970.
Kramer, R. (1999), "Weaving the Public into Public Administration", Reviewed Work by Cheryl Simrell King; Camilla Stivers; Richard C. Box; Linda W. Chain; Dolores Foley; Joseph E. Gray; Ralph P. Hammel; Margaret M. Kelly; Walter W. Kovalich, Jr.; Renee Nank; Deborah A. Sagen; Nary M. Timney; Lisa A. Zanetti, *Public Administration Review*, Vol. 59, nº1, Jan./Feb., pp. 89-92.
Kumar, A., Si Ow, P., and Prietula, M. (1993), "Organizational Simulation and Information Systems Design: An Operations Level Example", *Management Science*, vol. 39, nº 2. Feb., pp. 218-240.
Lambert, R. and Larcker, D. (1995), "The Prospective Payment System, Hospital Efficiency, and Compensation Contracts for Senior-Level Hospital Administrators", *Journal of Accounting and Public Policy*, vol.14, pp.1-31.
Lapsley, I. (1994), "Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary control in health care", *Management Accounting Research,* vol.5, n°3/4, pp.337-352.
Lawrence, P., and, Lorsch, J. (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Harvard University, Boston, MA.
Lentz, E. (1957), "Hospital Administration- One of a Species", *Administrative Science Quarterly*, vol. 1, nº 4, Mar., pp. 444-463.
Lerner, W., & Warner, K. (1988), "The Challenge of Privately-Financed Community Health Programs in an Era of Cost Containment: A Case Study of Poison Control Centers", *Journal of Public Health Policy*, Vol. 9, nº 3, Autumn, pp. 411-428.
Levitt, T. (1972). 'Production line approach to services', *Harvard Business Review*, vol. 50, nº3, May–June, pp.168–178.
Litavk E., Buerhaus P., Davidoff F., Long M., McManus M., Berwick D. (2005) "Managing Unnecessary Variability in Patient Demand to Reduce Nursing Stress and Improve Patient Safety". Journal on Quality and Patient Safety. Vol. 31, No. 6, pp 330-338, June.
Litvak, E, & Long, M. (2000), "Cost and Quality Under Managed Care: Irreconcilable Differences?" *American Journal of Managed Care*, vol.3, no.3, 305-312.
Luft, H. (1980), "Assessing the Evidence on HMO Performance", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, Vol. 58, nº 4, Special Issue: HMO Promise and Performance, Autumn, pp. 501-536.
Malhotra, Y. (2000), "Knowledge Assets in the Global Economy: Assessment of National Intellectual Capital", *Journal of Global Information Management,* vol.8, nº3, pp.5-15, Available from http://www.kmnetwork.com/intellectualcapital.htm.
Martinussen, P., and, Midttun, L. (2004), "Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999–2001", *Health Policy*, vol. 68, pp. 183–196
Merchant, K. (1981), "The Design of the Corporate Budgeting System: Influences on Managerial Behavioral Performance", *The Accounting Review*, vol.56, nº4, pp.813-829.
Merchant, K. (1984), "Influences on Departmental Budgeting: An Empirical Examination of a Contingency Model", *Accounting, Organizations and Society*, vol.9, p.291-307.
Miller, D. (1987), "The structural and environmental correlates of business strategy", *Strategic Management Journal,* vol.8, pp.55–76.
Milsum, J., Turban, E., and Vertinsky, I. (1973), "Hospital Admission Systems: Their Evaluation and Management", *Management Science*, vol. 19, nº 6, Application Series, Feb., pp. 646-666.
Mingshan, L. (1999), "Separating The True effect from gaming in incentive-based contracts in healthcare", *Journal of Economics & Management Strategy*, vol.8, nº 3, Fall, pp.383-431.

Morse, E., Gordon, G., and Moch, M. (1973), "Hospital Costs and Quality of Care: An Organizational Perspective", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, vol. 52, nº 3, Summer, pp. 315-346.
Mouritsen and Bekke, (1997), "Continuity and Discontinuity in Accounting Technology in Danish State Institutions", *Financial Accountability and Management*, May, vol.13, n°2, pp.165-180.
Nadler, D., & Tushman. M. (1988), *Strategic Organization Design: Concepts, Tools and Processes,* Scott-Foresman, Glenview, IL.
Nisbet, R., and Ross, L. (1980), Human Interference: Strategies and Shortcomings of Social Judgment, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Nisbet, R., and Ross, L. (1991), The Person and the Situation, New York, McGraw-Hill.
Nolte et al. (2003), Avoidable mortality in the enlarged European Union, Paris, Institut des Sciences de la Santé.
Offensend, F. (1972), "A Hospital Admission System Based on Nursing Work Load", *Management Science*, vol. 19, nº2, Application Series, Oct., pp. 132-138.
Otley, D. (1987), Accounting Control and Organizational behaviour. London:Heinemann.
Ouchi, W. (1977), The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, 22, 95-113.
Perera, S., Harrisson, C., Poole, M. (1997), "Customer-Focused Manufacturing Strategy and the use of Operations-Based non-financial Performance Measures: A Research Note", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 22, nº 6, pp.557-572.
Pfeffer, J. (1973), "Size, Composition, and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organization-Environment Linkage", *Administrative Science Quarterly*, vol. 18, nº 3, Sep., pp. 349-364.
Pfeffer, J., and Salancik, G. (1977), "Organizational Context and the Characteristics and Tenure of Hospital Administrators", *The Academy of Management Journal*, vol. 20, nº 1, Mar., pp. 74-88.
Pink, G., McKillop, I., Schraa, E., Preyra, C., Montgomery, C., and Baker, R. (2001). "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System", *Journal of Health Care Finance,* vol.27, n°3, pp.1-20.
Prahalad, C. and Hamel, G. (1994), "Strategy as a field of study: Why search for a new paradigm?", *Strategic Management Journal*, Summer Special Issue, vol.15, pp. 5- 16.
Prastacos, G. (1984), "Blood Inventory Management: An Overview of Theory and Practice", *Management Science*, vol. 30, nº 7, Jul., pp. 777-800.
Prastacos, G., and Brodheim, E. (1980), "PBDS: A Decision Support System for Regional Blood Management", *Management Science*, vol. 26, nº 5, May, pp.451-463.
Proeller, I. (2007), "Strategic Management Approach for central government = an international Approach", *EUPAN – IPSG Conference in Berlin*, February.
Provan, K. (1984), "Inter-organizational cooperation and decision making autonomy in a consortium multi-hospital system", *Academy of Management Review*, vol.9, pp.494-504.
Provan, K. (1987), "Environmental and Organizational Predictors of Adoption of Cost Containment Policies in Hospitals", *The Academy of Management Journal*, vol. 30, nº 2, Jun., pp. 219-239.
Rackoff, N., Wiseman, C., and, Ullrich, W. (1985), "Information Systems for Competitive Advantage: Implementation of a Planning Process", *MIS Quarterly*, vol. 9, nº 4, Dec., pp. 285-294.
Reimann, B.C. (1973), "On the Dimension of Bureaucratic Structure", *Administrative Science Quarterly*, p.462-476.
Robinson, J. (1994), "The Changing Boundaries of the American Hospital", *The Milbank Quarterly*, vol. 72, nº 2, pp. 259-275.
Roemer, M. and, Shonick, W. (1973), "HMO Performance: The Recent Evidence", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, vol. 51, nº 3, Summer, pp.271-317.
Rouhana, R. (2007), "The Balanced Scorecard in the Healthcare Sector", Working Paper rédigé et présenté dans le cadre du Séminaire Doctoral inter-universitaire ULB/ULg/UMH, Avril.
Ruef, M. (1997), "Assessing Organizational Fitness on a Dynamic Landscape: An Empirical Test of the Relative Inertia Thesis", *Strategic Management Journal*, vol. 18, nº 11, Dec., pp. 837-853.
Ruef, M., and Scott, R. (1998), "A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, nº 4, Dec., pp. 877-904.
Rushing, W. (1974), "Differences in Profit and Nonprofit Organizations: A Study of Effectiveness and Efficiency in General Short-Stay Hospitals", *Administrative Science Quarterly*, vol. 19, nº4, Dec., pp. 474-484.
Ruth, J. (1981), "A Mixed Integer Programming Model for Regional Planning of a Hospital Inpatient Service", *Management Science,* vol. 27, nº5, May, pp. 521-533.
Rynes, S., Gerhart, B. & Minette, K. (2004), "The Importance of Pay in Employee Motivation: Discrepancies between What People Say and What They Do", Human Resource Management, vol.43, no.4, Winter, pp.381-394.
Schneider, M. (2002), "A Stakeholder Model of Organizational Leadership", *Organization Science*, vol. 13, nº 2, Mar. - Apr., pp. 209-220.
Schoonhoven, C. (1981), "Problems with Contingency Theory: Testing Assumptions Hidden within the Language of Contingency "Theory"", *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, nº 3, Sep., pp. 349-377.

Schwenger, C. (1987), "Health Care for the Elderly in Canada", *Journal of Public Health Policy*, vol. 8, nº 2, Summer, pp. 222-241.
Sequist, T., Cullen, T., and Ayanian, J. (2005), "Information Technology as a Tool to Improve the Quality of American Indian Health Care", *American Journal of Public Health*, vol. 95, nº 12, December.
Sherman, D. (1986), "Interpreting Hospital Performance with Financial Statement Analysis", *The Accounting Review*, vol. 61, nº 3, Jul., pp. 526-550.
Signolet, L. et Nobre, T. (2007), « Le paradoxe de l'axe apprentissage organizationnel et croissance dans le balanced scorecard : le cas de l'hopital », communication AFC 2007.
Sizer, J. (1989), *An Insight into Management Accounting*, Londres, Penguin.
Smith, P. (1993), "Outcome-Related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector", British Journal of Management, vol.4, no.3, September, pp.135-151.
Sorensen, J. & Grove, H. (1977), "Cost-Outcome and Cost-Effectiveness Analysis: Emerging Nonprofit Performance: Evaluation Techniques", *The Accounting Review*, vol. 52, nº 3, Jul., pp. 658-675.
Stabell, C., & Fjeldstad, Ø. (1998), "Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Networks", *Strategic Management Journal*, vol. 19, nº 5, May, pp. 413-437.
Starr, P. (1982), *The Social transformation of American medicine*, New York: Basic Books.
Sveiby, K. (1999), Building the knowledge Economy – Reinventing the Legal Frameworks, http://www.sveiby.com/Portals/0/articles/Twotier.htm, viewed on 14th of July 2007.
Taylor, B., Chait, R., & Holland, T. (1996), "The New Work of the Non-Profit Board", Harvard Business Review, vol.74, no.5, September, October, p.7.
Taylor, F. (1929), The Principles of the Scientific Management, New York, Harper.
Thompson, J. (1967), *Organizations in Action,* McGraw Hill, New York.
Tolley, D., Manton, K., and Vertrees, J. (1987), "An Evaluation of Three Payment Strategies for Capitation for Medicare", *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 54, nº4, Dec., pp. 678-690.
Uphoff, M., & Krane, D. (1998), "Hospital-Based Technology Assessment: Essential Questions and an Operational Model", *Public Productivity & Management Review*, vol. 22, nº 1, Sep., pp. 60-70.
Vanden Boer, G., and Delesie, L. (1998), "The federal nursing minimum basic data set and hospital management in Belgium: A case study of a nursing department", European Journal of Operational Research, vol.105, pp. 317-331.
Vladeck, B. (1981), "The Market vs. Regulation: The Case for Regulation", *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, vol. 59, nº 2, pp. 209-223.
Weber, M. (1968), Economy and Society: An interpretive Sociology. (First published in 1922), Guenther Roth and Claus Wittich, eds. New York: Bediminister Press.
Wilson, R.M.S. (1991), « Strategic Management Accounting », *Management Accounting*, edited by Ashton, Hopper & Scapen, Englewoods Cliffs, NJ, Prentice Hall.
Woodbury, M., Manton, K., and Vertrees, J. (1993), "A Model for Allocating Budgets in a Closed System Which Simultaneously Computes DRG Allocation Weights", *Operations Research*, vol. 41, nº2, Mar. - Apr., pp. 298-309.
Woodward, J. (1965), *Industrial Organization: Theory and Practise,* Oxford University Press, London, U.K.
Wright, V. (2000), "Measuring People Power", Fortune, October, p.186.
Yuchtman, E. & Seashore, S. (1967), "A system resource approach to organizational effectiveness", *American Sociological Review*, vol.32, pp.891-903.
Zittrain, J, (2000), "What the Publisher Can Teach the Patient: Intellectual Property and Privacy in an Era of Trusted Privatization", *Stanford Law Review*, vol. 52, nº 5, Symposium: Cyberspace and Privacy: A New Legal Paradigm?, May, pp. 1201-1250.