

***L'adaptation du Balanced Scorecard à l'établissement hospitalier
spécialisé public en Algérie***

***Adaptation of the Balanced Scorecard to the specialized hospital
establishment in Algeria***

DAHAK Nadja *

Laboratoire Gestion du Changement dans l'Entreprise Algérienne,

Université d'Alger3. Algérie

dahanadj@yahoo.com / dahak.nadjia@univ-alger3.dz

Reçu: 30/ 09/2019

Accepté: 23/ 11/2019

Résumé:

Cet article traitera un volet de contrôle de gestion moderne qu'on appelle le BSC. Le Balanced Scorecard est un tableau de bord orienté vers la stratégie de l'organisation. C'est un ensemble d'indicateurs constituant un système qui mesure la performance globale en 4 axes (finance, client, processus internes, apprentissage et innovation). Sa mise en œuvre nécessite l'orientation de l'organisation vers la stratégie en la transformant en un processus à travers toutes les activités quotidiennes de tout le personnel pour contribuer au succès final. Inspirée des études réalisées par Kaplan et Norton, deux chercheurs Américains qui ont développé le BSC, en cinq années consécutives, à l'Etablissement hospitalier spécialisé en Algérie, on a essayé de faire une tentative de réalisation d'un BSC. Les résultats de l'étude ont démontré que les activités stratégiques guident et coordonnent les relations de cause à effet pour mesurer la performance à l'hôpital.

Mots clés: Balanced Scorecard ; contrôle de gestion ; hôpital public.

Jel Classification Codes: L21, L25, L31, L32, P17.

Abstract

This article will deal with a modern management control component called the Balanced Scorecard. The Balanced Scorecard is a dashboard-oriented toward strategy of the organization. This is a set of indicators constituting a system that measures the overall performance in four axes (finance, customer, internal processes, learning and innovation). Its implementation requires the direction of the organization toward strategy by transforming it into a process through all the daily activities of all staff to contribute to the ultimate success. Inspired by studies by Kaplan and Norton, the two American researchers who developed the Balanced Scorecard in five consecutive years, at the hospital institution specialized in Algeria, we tried to make an attempt of a BSC realisation. The results of the study demonstrated that the strategic activities guide and coordinate the relations of cause and effect to measure performance at the hospital.

Keywords: Balanced Score card ; management control ; public hospital.

Jel Classification Codes: L21, L25, L31, L32, P17.

* Auteur Correspondant

INTRODUCTION

L'hôpital est une organisation disposé de structure de santé qui ressemble à une entreprise mais d'une bureaucratie professionnelle. Pour l'hôpital, une organisation assez complexe et spécifique comme entreprise, cherche une performance qui améliorera ses services à tous les niveaux. Convaincu que gérer sans mesurer ne tend pas au succès, donc mesurer est essentiel, « ce qui ne se mesure pas, ne peut être gérer ». Donc comment coopérer pour atteindre la performance hospitalière. A cet effet, plusieurs modèles d'analyse ont traité la performance hospitalière, à titre d'exemple : modèle Européen PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) en français Evaluation de la Performance pour l'Amélioration de la Qualité à l'Hôpital, et le EGIPSS : Evaluation Globale et Intégrale de la Performance des Système de Santé. Cette présente recherche s'intéressera au BSC, Balanced Scorecard. Ce dernier est un outil de pilotage de performance dans une organisation et non pas dans un système. C'est un volet de contrôle de gestion.

PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE:

Nos questions de notre problématique se formulent ainsi :

Q : Comment peut-on adapter la Balanced Scorecard (Tableau de bord prospectif) à la stratégie et à l'organisation de l'hôpital public en Algérie.

Q : comment utiliser le Balanced Scorecard (le tableau de bord prospectif) ?

L'IMPORTANCE DE L'ETUDE :

Le sujet du tableau de bord a une grande importance chez les décideurs et les responsables de l'entreprise. Le Balanced scorecard relève ses défis du monde des affaires qui s'oriente vers la stratégie à tous les niveaux de l'organisation.

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

A travers cette étude, nous comptons à :

- A définir le balanced scorecard ;
- Identifier les dimensions du Balanced scorecard (finance, client, processus internes, apprentissage et innovation) ;
- Possibilité de construire un Balanced scorecard au niveau hôpital en Algérie.

LIMITE DE L'ETUDE :

Notre étude sur le terrain s'est limitée à un seul type d'hôpitaux qui est un Etablissement hospitalier spécialisé public. Concernant l'étude spatiale, elle s'est limitée à cinq années de 2014 à 2018.

DES ETUDES ANTERIEURS :

En Algérie, plusieurs tentatives ont étudié le Balanced scorecard au niveau des entreprises Algériennes, mais à notre connaissance aucune de ces études n'a appliquée le Balanced scorecard dans l'organisation ; La valeur ajoutée de notre

étude réside dans l'essai de l'application du BSC dans une organisation qui est l'institution de santé.

A titre d'exemple, nous évoquerons l'étude de Yassine Ali Belhadj (Ali Belhadj, 2018), qui a étudié les facteurs qui influencent sur l'utilisation du modèle de Balanced Scorecard par les entreprises Algériennes. L'étude a présenté l'application du BSC par 37 entreprises algériennes. La collectes des données s'est effectuée par la méthode d'échantillonnage non aléatoire, basée sur le critère du secteur d'activité. Les données de terrain ont été collectées par l'intermédiaire d'un questionnaire administré à l'échelle nationale, aux dirigeants d'entreprises. L'analyse descriptive a montré que les entreprises algériennes de l'échantillon étudié ne disposent pas d'un modèle de performance avec des taux de satisfaction variés. Moins du dixième des dirigeants utilisent un modèle conforme au BSC.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE :

La présente recherche portera sur le sujet de Balanced Scorecard. Notre étude sera une tentative d'application et mise en œuvre du Balanced scorecard au niveau d'un établissement hospitalier à Alger, en Algérie. Notre étude est descriptive et analytique, elle se basera d'une étude de cas sur le terrain et sur le lieu d'activité. Nous serons parmi le personnel de l'hôpital, nous observons leurs travail, nous parlons avec eux.

NOTION DE PERFORMANCE :

La performance de l'entreprise représente un tel enjeu pour en assurer le développement et la pérennité qu'il nous paraissait important de consacrer (Luthi et Mailly, 2015, p.15), Très souvent, la performance est rattachée à un organisme qu'on appelle « performance organisationnelle ». Cette dernière est le résultat d'une action cherché par l'organisation elle-même, (Maltais, 2012), (Fortin, 2016, p26). A ce stade, la performance doit être évaluée. Plusieurs méthodes se présentent, mais elles ne sont pas pertinentes pour notre recherche.

LES INDICATEURS CLES DE PERFORMANCE (ICP) :

Les indicateurs clés de performance (ICP) sont des indicateurs permettant de faciliter l'appréciation d'une situation dans une organisation. Les ICP (Fortin, 2016, p26), se retrouvent principalement dans les tableaux de bord de gestion.

LES TABLEAUX DE BORD DE GESTION :

Le tableau de bord est considéré comme « un outil d'aide à la décision et un ensemble d'indicateurs peu nombreux (cinq à dix) conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influencent sur un horizon cohérent avec leurs fonctions ». (Bouquin, 2001, p.115).

Une autre définition (Fernandez, 2001, p.16): Le tableau de bord est un instrument de mesure de la performance ayant pour objectif de faciliter le pilotage

des activités (une ou plusieurs) de l'entreprise dans le cadre d'une démarche de progrès. De ce fait, il contribue pleinement à la réduction de l'incertitude dans la prise de décision.

Le tableau de bord de gestion est un (Dayan,1999,p.850), ensemble d'indicateurs, peu nombreux, devant donner aux responsables une information significative destinée au pilotage de leurs activités. La nouvelle génération de tableau de bord, mesure la performance selon toutes les voies définies par l'orientation de la stratégie.

CONCEPT DE BALANCED SCORECARD :

Le Balanced Scorecard en Anglais, connu sous le nom du tableau de bord prospectif ou tableau de bord équilibré en Français, est un tableau crée par les deux auteurs Américains Kaplan et Norton en 1992. Après une étude sur plusieurs entreprises Américaine qui a duré douze mois, sous le thème « mesurer la performance dans l'entreprise du futur », et qui a donné naissance d'une publication d'un article dans le Harvard Business Review. L'idée de cette étude (Kaplan et Norton, 1998, p.7) était venue d'un constat : les systèmes de mesure de la performance, essentiellement fondés sur les indicateurs financiers, ne sont plus adaptés à l'entreprise moderne. Les deux chercheurs travaillaient ensemble pour développer un nouveau modèle de mesure de la performance. Le tableau de bord prospectif : le balanced Scorecard est considéré comme un instrument de mesure qui évalue la performance d'une entreprise. Selon la stratégie et la mission de l'entreprise, les objectifs et les mesures sont mis en place. Le balanced scorecard s'intéresse aux mesures financières et d'autres mesures non financières. Le BSC traduit (Kaplan et Norton, 1998, p.41) la vision et la stratégie de l'entreprise en objectifs et en indicateurs articulés autour de l'ensemble cohérent formé par les quatre axes. Il permet de suivre à la fois les résultats souhaités et les processus qui permettent de les atteindre.

Une étude sur plusieurs entreprises françaises (M. Lebas, 1994) (Kaplan, Norton et Lebas, 1994, pp.471-487), a montré que sur plus que vingt ans, l'utilisation d'un tableau de bord classique par les salariés, les a aidés à piloter les facteurs clés de succès. En succession, le balanced scorecard n'est pas seulement un ensemble d'indicateurs financiers et physiques, il essaiera d'inclure les indicateurs non financiers afin de déterminer avec succès la performance de l'entreprise. Les indicateurs (Kaplan et Norton, 1998, p.42) doivent tenir compte à la fois des relations de cause à effet, des mesures de résultat et des déterminants de la performance. Le balanced scorecard utilise la carte stratégique « qui est un schéma présentant une imagination claire sur les opérations stratégiques de l'entreprise » (Morisawa, 2002, p.6), à cet effet les éléments de mesure du BSC (Sari, 2008,) constituent dans cette carte une chaîne de relation de cause à effet exprimant

l'orientation stratégique de l'entreprise par le biais d'un ensemble d'objectifs opérationnels.

LES RELATIONS DE CAUSE A EFFET :

Une stratégie est un ensemble d'hypothèses de relations de cause à effet (Kaplan et Norton, 1998, p.158). Le balanced scorecard doit créer des relations (Kaplan et Norton, 1998, p.42) (hypothèses) entre les objectifs (indicateurs) qui seront validés pour guider les actions stratégiques. Les actions de causes à effets doivent être visibles sur les quatre axes du système. Le BSC doit (Kaplan et Norton, 1998, p.43) identifier et clarifier les hypothèses qui sous-tendent les relations de cause à effet entre la mesure des résultats et les déterminants de la performance. Chaque indicateur retenu doit constituer un élément de la chaîne de relations de cause à effet qui communique l'orientation stratégique à l'ensemble de l'entreprise.

DESCRIPTION D'UNE ACTIVITE STRATEGIQUE :

Une activité stratégique consiste pour une entreprise en un ensemble de tâche qu'elle coordonne. La réalisation de ces tâches permet d'offrir aux clients de l'entreprise, une somme de caractéristiques (le produit) ayant chacune isolement ou en combinaison avec d'autres la faculté de satisfaire leurs attentes (Joffre et Koenig, 1992).

Le balanced scorecard est aussi un outil permettant de communiquer sa stratégie, non seulement en ce qui concerne les objectifs financiers (Kaplan et Norton, 1998, p.23) à court terme mais aussi sur la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie propre à améliorer la performance.

Le BSC ne se limite pas aux indicateurs financiers mais aussi aux indicateurs non financiers. Il permet de transformer les objectifs stratégiques en indicateurs mesurables.

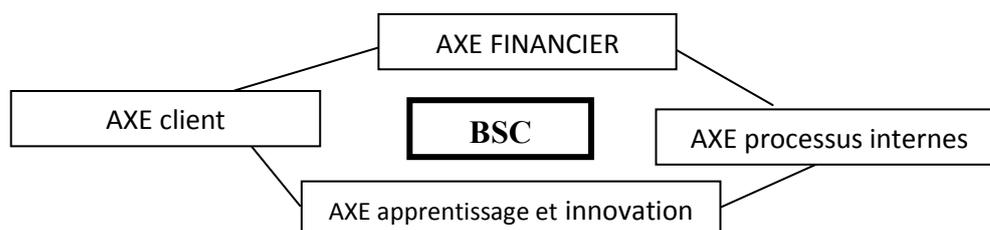
Dans une grande stratégie (Kaplan et Norton, 2001, p.174) institutionnelle tous les éléments (ressources, activités et organisation) sont en adéquation les uns avec les autres. Cette mise en adéquation est gérée par la qualité des ressources de l'entreprise, ses atouts, ses compétences et ses capacités

DIMENSIONS DE BALANCED SCORECARD :

L'approche purement financière n'est désormais plus suffisante. Les systèmes des mesures financières sont généralement axés sur la performance annuelle à court terme en fonction de certains critères d'évaluation comptable (Sari, 2008,).

La Balanced Scorecard ne se limite pas aux indicateurs financiers mais aussi aux indicateurs non financiers. Il permet de transformer les objectifs stratégiques en indicateurs mesurables.

Figure n°1.Dimensions du Balanced Scorecard (BSC)



Source : Kaplan R. and Norton D. (1996), Using the BSC as a strategic management system, **Harvard business Review**, (janvier.Février), p76,

Le Balanced scorecard est composé de quatre dimensions, axe financier, axe client, axe processus interne et axe apprentissage et innovation.

AXE FINANCIER :

L'axe financier du BSC traduit les objectifs en indicateurs. Chaque indicateur (Kaplan et Norton, 1998, p.61) sélectionné doit faire partie d'une chaîne de relations de cause à effet dont le but ultime est d'améliorer la performance financière. Le BSC doit présenter des objectifs financiers à long terme en les reliant avec les résultats financiers qui à leurs tours peuvent servir comme trait d'union entre tous les axes du BSC. A cet effet, trois objectifs financiers peuvent guider la stratégie (Kaplan et Norton, 1998, p.65) de l'entreprise :

- Croissance et diversification du chiffre d'affaires ;
- Réduction des coûts/ amélioration de la productivité ;
- Stratégie d'utilisation de l'actif et d'investissement ;

AXE CLIENT :

Cet axe identifie les segments de marché (Kaplan et Norton, 1998, p.79) sur lesquels l'entreprise souhaite se positionner pour déterminer son chiffre d'affaire nécessaire à la réalisation des objectifs financiers. Les indicateurs de cet axe mesureront la performance des clients tels que la satisfaction, fidélité, conservation, acquisition et rentabilité. A cet effet, pour réaliser durablement une performance financière de haut niveau, les entreprises doivent créer et offrir des produits et des services appréciés des clients. A savoir, que les clients attachent davantage (Kaplan et Norton, 1998, p.101) de prix à la ponctualité qu'aux délais de livraisons.

AXE PROCESSUS INTERNE :

Il s'agit d'identifier les processus essentiels à la réalisation des objectifs concernant les clients et les actionnaires. Les entreprises développent (Kaplan et Norton, 1998, p.107) généralement les objectifs et les indicateurs de cet axe après ceux des axes financiers et clients. A notre avis, cela concernera, tous ce qui a une relation avec la satisfaction du client.

AXE APPRENTISSAGE ET INNOVATION :

Cet axe concernera l'apprentissage organisationnel mais il inclura l'innovation dans l'entreprise. Les objectifs établis sur les axes (Kaplan et Norton, 1998, p.137) financiers, client et processus internes identifient les domaines dans lesquels

l'entreprise doit exceller pour améliorer sa performance. Kaplan et Norton précisent que cet axe est facteur important pour réaliser les trois axes.

ETUDE EMPIRIQUE :

L'Etablissement hospitalier spécialisé en maladies infectieuses est un établissement public de santé à vocation nationale, classé en catégorie A, à caractère administratif doté de la personnalité morale EPA (Etablissement public et administratif) et de l'autonomie financière conformément à la disposition du décret exécutif n°97 /465 du 2 décembre 1997. L'établissement est placé sous la tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, entre autre la formation médicale universitaire est gérée par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. L'hôpital est composé de 430 personnes entre personnel administratif, technique, médical et paramédical, doté de 214 lits d'hospitalisation et de trois lits d'observation au niveau des urgences.

LA CONSTRUCTION DU BSC A L'HOPITAL PUBLIC :

La construction d'un Balanced Scorecard d'une organisation nécessite une connaissance de cette organisation. A cet effet, une stratégie institutionnelle ne soit réussi qu'on ayant (Kaplan et Norton, 2001, p.174) un système soigneusement construit à partir d'éléments interdépendants. A travers ces objectifs bien déterminés et avec les éléments humains de l'hôpital, on a pu tracer notre carte stratégique.

AXE FINANCIER :

- Réduire le coût des prestations de service à l'hôpital ;
- Amélioration des investissements en équipements médicaux ;
- Amélioration des équipements du plateau techniques plus performants ;

AXE CLIENT :

- Assurer la couverture médicale de besoins de santé pour la population concernée ;
- Amélioration de la satisfaction des malades ;

AXE PROCESSUS INTERNES :

- Réduire le temps d'attente aux urgences de l'hôpital ;
- Réduire la durée de remise des résultats des différentes explorations ;
- Amélioration de la qualité des prestations de services à l'hôpital ;
- Amélioration du plateau technique ;
- Amélioration des conditions de travail ;
- Amélioration des conditions d'accueil pour les malades et leurs familles ;
- Renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales ;

AXE APPRENTISSAGE ET INNOVATION :

- Amélioration des compétences du personnel (Administratif et technique, médical et paramédical) ;
- Amélioration de la formation des agents d'accueil et de sécurité ;
- Amélioration des équipements de l'exploration fonctionnelle ;

LA DETERMINATION DES INDICATEURS DU BSC A L'HOPITAL :

Certes, la construction d'un BSC nécessite la détermination de ses indicateurs. En fonction des objectifs tracés, nous choisirons les indicateurs qui nous facilitent l'évaluation de la performance orientée vers la stratégie de l'hôpital.

AXE FINANCIER :

- Durée moyenne de séjour (DMS) du malade ;
- Coût d'une journée d'hospitalisation ;

AXE CLIENTS :

- Taux de couverture médicale de la population concernée ;
- Taux de malades transférés du pavillon des urgences de l'hôpital vers les services d'hospitalisation ;
- Taux de mortalité (seulement pour les malades hospitalisés) ;
- Taux de satisfaction ;

AXE DES PROCESSUS INTERNES / OPERATIONS INTERNES :

- Durée moyenne d'attente aux pavillons des urgences ;
- Taux d'infection nosocomiale ;
- Taux d'exploitation des lits ;
- Taux de rotation de lit ;
- Taux d'achat et de renouvellement d'équipement médical chaque année ;

AXE D'APPRENTISSAGE ET D'INNOVATION :

- Nombre de formation ;
- Taux de formation du personnel (par type de personnel à l'hôpital) ;
- Coût de la formation par personne à l'hôpital ;
-

ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE SUR CINQ ANS :

Nous présenterons les analyses de données recueillis en cinq ans, nous avons choisis soigneusement les indicateurs qui ont une signification.

Tableau n°1 Axe financier

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de journée d'hospitalisation	15984	19754	21471	18894	20337
Charge moyenne d'hospitalisation/an	32133	32900	33225	33115	33540
Durée moyenne de séjour	9	10	10	10	10

Source : établi par nos soins

Tableau n°2 Axe clients « malades »

	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de malades hospitalisés	1770	1972	2108	1979	2078
Durée moyenne de séjour	9	10	10	10	10
Nombre de décès	35	62	45	56	49
Nombre de personnel /malade	0.25	0.23	0.21	0.23	0.22

Source : établi par nos soins

LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR :

Elle se présente (il s'agit d'appliquer la formule selon les cas), elle a été calculée durant cinq ans, (voir tableau n°1), elle était stable de 10 jours, vu la spécificité de l'hôpital, il est à rappeler que l'hôpital traite les maladies infectieuses qui sont des maladies à déclaration obligatoire telle que : fièvre typhoïde, rage, tuberculose pulmonaire, brucellose, HIV, etc.....

Donc, si on calcule la DMS réelle selon ces maladies, on obtiendra 20 jours à 40 jours et non pas 10 jours. A titre d'exemple, pour la fièvre typhoïde , ça demande au moins 15 jours d'hospitalisation, pour la rage ça demande 40 jours d'hospitalisation et tout dépend des cas ; A savoir que les charges de l'hôpital sont influencé par la DMS ce qui nous pousse à calculer la charge réelle globale de l'hôpital, qui sera le double de la charge calculée (voir tableau n°1).

COÛTS D'HOSPITALISATION MOYEN :

Le Coût d'hospitalisation moyen présente la charge totale dépensée par l'hôpital pour les malades hospitalisés (charges administratives, charges du personnel, charges de restauration, charges d'exploration fonctionnelle, dépenses de fonctionnement de l'hôpital et autres....).

Le cout d'hospitalisation par jour et par malade est calculé selon la méthode des sections homogènes de la comptabilité analytique hospitalière. Il est constamment en croissance (voir tableau n°1).

LA DUREE MOYENNE D'ATTENTE :

La durée moyenne d'attente au niveau des urgences de l'hôpital est de 15 minutes à 60 minutes, c'est une durée courte en la comparant avec la durée moyenne d'attente nationale.

LA DUREE MOYENNE D'ATTENTE DES RENDEZ VOUS POUR LE CONTROLE :

Entre une consultation et une autre pour le même malade, ou une prochaine consultation après une hospitalisation, le médecin doit suivre son malade en lui donnant un RDV, selon le cas et selon le type de maladie , après consultation du

carnet de RDV, et entretien avec les médecins à l'hôpital et un échantillon de malades, on a constaté que la durée moyenne d'attente des rendez vous pour le contrôle varie de 10 jours à 3 mois.

LA MASSE SALARIALE :

La masse salariale de l'hôpital, durant cinq ans était stable. Nous avons remarqué, qu'il y avait quelques mouvements qui ont dû à quelques départs en retraite, deux mutations, et 6 personnes recrutés. Ce mouvement présente près de 0.15 % de la masse salariale.

AXE APPRENTISSAGE ET INNOVATION :

Elle se traduit par le nombre de formation et d'innovation effectué à l'Etablissement hospitalier. Notre hôpital fait une seule journée d'étude par an qui se déroule en deux jours, dont le thème est « la journée mondiale du SIDA » le 1^{er} Décembre de chaque année. Il n'organise ni séminaire ni colloque. Il reçoit de nombreux étudiants en médecine pour effectuer des stages pratiques d'une durée ne dépassant pas trois mois. Ces jeunes étudiants en médecine bénéficient d'une formation à haut niveaux par des médecins spécialistes en maladies infectieuses. Ainsi une dizaine de résidents (des médecins aptes à préparer leurs spécialités en médecine), qui s'installent à l'hôpital pour une période de trois à quatre an pour se former en médecine spécialité maladies infectieuses. Ils bénéficient d'une formation à haut niveaux par un groupe de médecins permanents à l'hôpital (professeur, docents, maitre assistant, etc....). D'autre part, les médecins hospitalo-universitaires bénéficient chaque année d'un stage pratique à l'étranger pris en charge par le ministère de l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne, le personnel paramédical, chaque année, selon la demande, les infirmiers assistent ou participent à des journées d'étude ou séminaires dont le thème dépend de la spécialité de l'hôpital. Par ailleurs, l'hôpital assure et facilite des stages de sa spécialité en recevant des stagiaires étrangers. A l'hôpital, tout le personnel médical et paramédical participent à la formation des stagiaires qu'ils reçoivent dans leurs services.

Pour le personnel administratif et technique, très rare, le personnel est envoyé pour une formation ou un stage, par contre, durant l'année, le personnel participe à des séminaires ou journée d'étude à la demande.

RESULTATS DE L'ETUDE :

Les résultats de l'étude ont montrés que l'EHS n'utilise pas le BSC à 100%, actuellement, il est difficile de le mettre en œuvre et de l'appliquer, malgré les efforts fournis. A cet effet, on a constaté que l'instabilité du personnel responsable peut influencer directement sur l'application du BSC dans l'organisation. Par contre, on a remarqué que la plupart des responsables de l'hôpital utilise un tableau de bord classique comme outil de gestion (Administration, pharmacie, magasin, économat, laboratoire, service d'hospitalisation, service buanderie, service de sécurité, service des urgences, service de garde...).

En revanche, l'hôpital lui est difficile d'utiliser l'outil de gestion balanced scorecard, cet outil moderne pour sa gestion, sous prétexte que les responsables des services ainsi que le premier responsable de l'EHS ont des contraintes dans leur gestion pour la prise de décision.

Les résultats des tâches et des activités exploitées dans notre étude sont des preuves absolues que l'établissement hospitalier est prêt à mettre en place le Balanced Scorecard à l'hôpital mais on se retrouve avec un personnel privé de bases théoriques nécessaires pour bien comprendre le modèle d'application, ils ne sont aptes à appliquer qu'une seule partie du modèle.

Concernant l'apprentissage et l'innovation, nous avons constaté, qu'il existe un manque dans le volet de la formation. Le personnel administratif et le personnel médical ainsi que tout le personnel de l'hôpital ne bénéficient pas de formation, et pourtant, il existe des formations continues pour tout le personnel.

En dernier, nous recommandons la formation des agents d'accueil et des agents de sécurité, pour bien servir les malades et les familles des malades qui visitent chaque jour l'hôpital par nécessité.

Conclusion :

En conclusion final, nous tenons à préciser que le Balanced Scorecard est un outil de mesure de performance et de pilotage orienté vers la stratégie de l'organisation. Il transforme les objectifs stratégiques en actions en utilisant une carte stratégique comportant des relations de cause à effet. Dans la plupart des hôpitaux ou des institutions de santé dans le monde, leurs systèmes de performance visent à améliorer les processus de prestations de service, et le Balanced Scorecard recommande de prendre en compte l'amélioration de la satisfaction du malade celui-ci est inclus dans le processus cité. Enfin, nous recommandons, la mise en place du Balanced Scorecard dans toutes les entreprises et dans tous les hôpitaux du monde.¹

Bibliographie :

- À. Fernandez, (2001), *Most Of The Dashboards*, 7^{ème} édition d'organisation.
- Ali Belhadj Yassine, (2018), factors influencing the use of the Balanced Scorecard model by Algerian companies, , **FESRJ, number3**, Tlemcen, Algérie.
- Dayan Armand,(1999), *Management Manual*, volume1, Edition Elipses, Paris, p850.
- H.Bouquin, (2001), *management control*, édition PUF,,in Berland, *Mesurer et piloter la performance*.
- Kaplan and Norton (1994), in Lebas, *Managerial Accounting in France : overview of past tradition and current practice*, **European accounting Review**, n°3, p.471-487.
- Kaplan and Norton, (2001) traduit de l'américain par Eilien Tyack-Lignot, *how does the Balanced Scorecard*, new horizons, Paris.
- Mélissa Fortin, (juin 2016), *the impact of the Balanced Scorecard in a non-profit community sector organization*, mémoire non publié, en vue de la maîtrise de la comptabilité, contrôle et audit, université de Québec à Monreale, canada.
- Morisawa, T. (2002), *Building performance measurement systems with the balanced scorecard approach*, Nomura research institute n°45.
- Patrick Joffre and Gérald Koenig, (1992), *Strategic management, the company, its partners-adversaries and their worlds*, édition les essentiels de la gestion.
- Robert S.Kaplan & David P.Norton, (1998), *The prospective balanced scorecard, strategic management: the 4 axes of success*, les éditions d'organisation, deuxième tirage 1998, Paris, traduit de l'Américain.
- Sari abdelhaq, (mai 2008), *Comparison of two methods of designing the BSC (OVAR and Kaplan and Norton method) in Soderberg*, doctorant en administration des affaires.
- Thierry Luthi et Lionel Mailly, (2015), *Improve the performance of your company*, , ed. Eyrolles, DDFCG, , Paris.

Comment citer cet article:

DAHAK, N, (2020), *Adaptation of the Balanced Scorecard to the specialized hospital establishment in Algeria*, , **Dirassat Journal Economic Issue**, 11(1). pp. 475-486.