

Elaboration d'un Balanced Scorecard adapté aux hôpitaux marocains à la lumière du NPM et de la théorie du paradoxe

Developing a Balanced Scorecard Adapted to Moroccan Hospitals in Light of New Public Management and Paradox Theory

Khalifa AHSINA,

Enseignant-chercheur, Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Ait Melloul, Université Ibn Zohr d'Agadir, Maroc
Email: k.ahsina@uiz.ac.ma

Fatima Zahra LAASSILIA,

Enseignante-chercheuse, Équipe de recherche sur la performance organisationnelle (ERPO), ISIAM Business School, Université Internationale d'Agadir, Maroc
Email: fatimazahra.laassilia@isiam.ma

RESUME

Dans un contexte marqué par des contraintes budgétaires et des réformes inspirées du New Public Management, les hôpitaux publics marocains sont confrontés à un impératif de performance sans précédent.

Le Balanced Scorecard (BSC), outil éprouvé de pilotage stratégique dans les pays occidentaux, représente une piste prometteuse mais soulève des défis d'implémentation spécifiques dans les systèmes de santé des pays en développement.

Cette recherche examine dans quelle mesure l'implémentation du BSC génère des paradoxes organisationnels et comment ces paradoxes affectent l'efficacité du pilotage hospitalier au Maroc.

Mobilisant la théorie du paradoxe, cette recherche examine les paradoxes organisationnelles liées à son implantation.

Une approche qualitative a été adoptée à travers dix entretiens semi-directifs auprès de responsables hospitaliers (administration, finances, ressources humaines et soins infirmiers). Les données ont été traitées avec NVivo 10 selon une analyse thématique et lexicale, combinant codage ouvert et axial pour dégager les thèmes et leurs interrelations.

Trois paradoxes majeurs ont été identifiés: performance financière vs qualité des soins, innovation vs conformité réglementaire, et autonomie départementale vs cohérence stratégique. L'axe « patient » présente une corrélation forte avec la performance globale ($r = 0,43$), tandis que les axes financier et processus internes affichent des corrélations modérées ($r = 0,23$) et l'apprentissage organisationnel une corrélation faible ($r = 0,12$).

Le BSC s'avère pertinent pour le pilotage stratégique des hôpitaux marocains à condition d'une adaptation au contexte local. La gestion des paradoxes et le renforcement des compétences managériales apparaissent essentiels pour concilier efficacité, qualité et cohérence organisationnelle.

Mots-clés : Balanced Scorecard, performance hospitalière, paradoxes organisationnels, Hôpitaux publics, Analyse qualitative .



ABSTRACT

In an environment characterized by budgetary constraints and reforms inspired by New Public Management, Moroccan public hospitals face an unprecedented performance imperative.

The Balanced Scorecard (BSC), a proven strategic management tool in Western countries, represents a promising avenue but poses specific implementation challenges in the health systems of developing countries.

This study examines to what extent the implementation of the BSC generates organizational paradoxes and how these paradoxes affect the effectiveness of hospital management in Morocco.

Drawing on paradox theory, this research investigates the organizational paradoxes related to its implementation. A qualitative approach was adopted, using ten semi-structured interviews with hospital managers (administration, finance, human resources, and nursing care). Data were processed using NVivo 10, employing thematic and lexical analysis that combined open and axial coding to identify themes and their interrelationships.

Three major paradoxes were identified: financial performance vs. quality of care, innovation vs. regulatory compliance, and departmental autonomy vs. strategic coherence.

The "patient" perspective shows a strong correlation with overall performance ($r = 0.43$).

The financial and internal process perspectives show moderate correlations ($r = 0.23$).

Organizational learning reveals a weak correlation ($r = 0.12$).

The BSC proves relevant for the strategic management of Moroccan hospitals, provided it is adapted to the local context. Managing paradoxes and strengthening managerial competencies appear essential to reconcile efficiency, quality, and organizational coherence.

Key-words :

Balanced Scorecard, Hospital performance, Organizational paradoxes, Public hospitals, Qualitative analysis



1. INTRODUCTION

Le système de santé marocain, à l'instar de nombreux autres pays, est confronté à une pression croissante pour améliorer sa performance tout en gérant des ressources limitées.

En réponse à ces enjeux, le Balanced Scorecard (BSC) s'est imposé comme un outil potentiel pour optimiser la gestion hospitalière. Cependant, son implémentation au Maroc présente des défis spécifiques qui restent sous-étudiés dans la littérature existante. Alors que le BSC a été largement examiné dans les contextes occidentaux (Kaplan & Norton, 1996 ; Inamdar et al., 2002), son application dans les systèmes de santé des pays en développement, particulièrement en Afrique du Nord, nécessite une prise en compte minutieuse des facteurs organisationnels et culturels locaux.

Des recherches antérieures ont mis en lumière le potentiel du BSC dans les établissements de santé (Faujour & Marian, 2003 ; Nobre, 2001), mais des lacunes importantes persistent quant à son efficacité dans des environnements aux ressources limitées.

Les hôpitaux marocains évoluent dans un écosystème complexe marqué par des contraintes financières, des exigences réglementaires et des attentes croissantes des patients - une combinaison qui crée des défis d'implémentation particuliers. Ces défis sont encore accentués par des approches de réforme descendantes qui ne tiennent souvent pas compte des réalités locales (Douma et al., 2019), entraînant des résistances et des résultats mitigés.

Cette étude cherche à combler ce manque en analysant la mise en œuvre du BSC au sein des hôpitaux marocains.

S'appuyant sur la théorie du paradoxe de Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2011), notre recherche se concentre sur trois paradoxes clés :

- Le paradoxe performance-qualité : concilier l'efficacité financière avec le maintien des standards de soins.
- Le paradoxe innovation-réglementation : trouver un équilibre entre les initiatives d'amélioration et le respect des procédures réglementaires.
- Le paradoxe autonomie-coordination : aligner l'indépendance des départements avec la stratégie globale de l'établissement.

Pour ce faire, la recherche adopte une approche qualitative combinant une analyse lexicale à l'aide de NVivo et un codage thématique des entretiens menés auprès d'administrateurs hospitaliers. Cette méthodologie permet d'appréhender à la fois le contenu manifeste des réponses (via l'analyse de fréquence) et leurs significations latentes (à travers l'interprétation thématique), offrant ainsi une compréhension approfondie des dynamiques observées.

Notre étude apporte trois contributions majeures à la littérature. Premièrement, elle fournit des données empiriques d'un contexte régional peu étudié, offrant des insights sur l'adaptabilité des outils de gestion dans les systèmes de santé en développement. Deuxièmement, elle étend la théorie du paradoxe en l'appliquant aux défis de gestion hospitalière au Maroc. Troisièmement, elle propose des adaptations pratiques du cadre BSC pour mieux répondre aux environnements aux ressources limitées.

La structure de cet article est la suivante : nous traitons dans la section 1 une revue la littérature pertinente sur la mesure de la performance hospitalière et le BSC dans les contextes de santé. nous détaillons dans la section 2 notre méthodologie de recherche et les caractéristiques de l'échantillon. Nous présentons dans la section 3 nos résultats empiriques, incluant les analyses lexicales et thématiques. Nous discutons dans la section 4 des implications de nos résultats pour la théorie et la pratique, tout en reconnaissant les limites de l'étude et en suggérant des pistes pour de futures recherches.



En établissant un pont entre les cadres de gestion internationaux et les réalités locales des systèmes de santé, cette étude vise à éclairer tant les décideurs politiques que les administrateurs hospitaliers sur les opportunités et les défis de la mise en œuvre des systèmes de gestion de la performance dans le paysage sanitaire en évolution du Maroc.

2. LA THEORIE DU PARADOXE ET MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LE CONTEXTE MAROCAIN:

L'adoption du BSC se heurte à de nombreux défis. En effet, comme le souligne Benoit (2025), les organisations publiques en réforme sont confrontées à des paradoxes et contradictions organisationnelles qui complexifient la mise en œuvre des dispositifs de contrôle de gestion tels que le BSC. Notre étude vise à explorer ces paradoxes et à analyser les spécificités de l'implémentation du BSC dans un contexte marqué par des contraintes financières et des attentes sociales élevées. Nous nous intéressons plus particulièrement aux défis liés à la conciliation de la performance financière avec la qualité des soins, à l'encouragement de l'innovation tout en respectant les réglementations, et à la délégation de l'autonomie tout en assurant une cohérence globale.

2.1 La théorie du paradoxe et le contexte marocain

La théorie du paradoxe, telle qu'éclairée par les travaux de Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2011) sur les dynamiques paradoxales dans les administrations en transformation, offre un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les défis rencontrés par les hôpitaux marocains. Tout comme Cusin et Goujon Belghit (2022) l'ont montré dans leur étude sur la gestion des erreurs médicales, les organisations de santé sont confrontées à des situations où des objectifs apparemment contradictoires doivent être conciliés.

Dans le cas du BSC, les hôpitaux marocains doivent notamment résoudre les paradoxes suivants :

Le paradoxe de la performance: Comment améliorer la performance financière tout en garantissant la qualité des soins ?

Le paradoxe de l'innovation: Comment encourager l'innovation tout en respectant les réglementations et les procédures en vigueur ?

Le paradoxe de la décentralisation: Comment déléguer l'autonomie aux services tout en assurant une cohérence globale ?

Ces paradoxes, identiques à ceux rencontrés dans d'autres contextes (Cusin & Goujon Belghit, 2022), complexifient la mise en œuvre du BSC et nécessitent des stratégies de gestion adaptées. Les responsables hospitaliers doivent ainsi développer des compétences spécifiques pour naviguer entre ces paradoxes et trouver des solutions équilibrées.

2.2 Balanced Scorecard et performance hospitalière

La performance multidimensionnelle des établissements hospitaliers constitue un concept essentiel dans le domaine de la santé, englobant leur aptitude à atteindre divers objectifs (Holcman, 2017). Elle englobe l'évaluation de plusieurs aspects tels que la qualité des soins, la satisfaction des patients, l'efficacité des ressources et la sécurité des pratiques (Dos Santos & Mousli, 2016). Comprendre les définitions et concepts liés à cette performance revêt une importance capitale pour les professionnels de la santé, les gestionnaires et les décideurs politiques, car ils orientent les stratégies et politiques de santé (Frichi et al., 2020).

La notion de performance



La performance des organisations, notamment dans le secteur de la santé, se caractérise par sa complexité et son caractère multidimensionnel (Bourguignon, 1997; Bessire, 1999). Alors qu'elle était initialement définie par l'atteinte d'objectifs économiques et financiers (Bourguignon, 1995), le courant du New Public Management a élargi cette vision en y intégrant des dimensions sociales, humaines et organisationnelles (Atkinson et al., 1997 ; Van Dooren et al., 2015). Dans le secteur de la santé, la performance est envisagée sous divers angles, englobant l'efficacité économique, la satisfaction des usagers, la qualité des soins et la coopération avec les parties prenantes (Lux, 2017).

Cette évolution reflète les transformations profondes du secteur de la santé, marqué par des contraintes financières accrues, des attentes sociales grandissantes et une complexification des organisations. La performance hospitalière ne se réduit plus à une simple mesure économique, mais intègre une diversité de critères, soulignant ainsi la nécessité d'une approche globale et équilibrée de la gestion.

2.3 Le Balanced Scorecard : Un levier de performance hospitalière

Le New Public Management (NPM) est une approche de gestion publique inspirée du secteur privé, axée sur la performance et l'efficacité. Elle se traduit par l'implantation de nouvelles valeurs, telles que la transparence, au sein des organisations publiques (Pupion P.C., Chappoz Y., 2015). Le contrôle de gestion, étroitement lié au NPM (Drevet, 2017), est un outil central pour mesurer et piloter la performance. Il permet de fixer des objectifs et de suivre les résultats, favorisant ainsi l'évolution des pratiques managériales au sein des organisations publiques.

Toutefois, Hood (1991) apporte un regard nuancé sur le New Public Management (NPM). S'il reconnaît les apports de cette approche en matière d'efficacité, il met en garde contre une application trop mécanique et uniformisée. En effet, la recherche de la performance peut parfois entrer en paradoxe avec d'autres valeurs fondamentales du service public, comme le souligne l'auteur. Il appelle ainsi à une adaptation contextuelle du NPM, en tenant compte des spécificités de chaque établissement public.

L'application du New Public Management (NPM) dans le secteur hospitalier a suscité de nombreux débats, si ce paradigme a permis d'améliorer l'efficacité des établissements, il a également soulevé des questions quant à l'impact sur la qualité des soins et la prise en compte des spécificités du secteur.

Les réformes successives, telles que la tarification à l'activité et la création de pôles d'activités médicales, ont cherché à trouver un équilibre entre ces différents enjeux.

Actuellement, les établissements hospitaliers font face à une double pression : une demande croissante en termes de qualité et de quantité des services, ainsi que des contraintes budgétaires de plus en plus strictes.

Pour répondre à ces défis, les hôpitaux adoptent des outils de gestion issus du monde de l'entreprise, tels que le Balanced Scorecard (BSC) de Kaplan et Norton (Halgand, 2000; Moisdon & Tonneau, 1999). Le BSC, conçu comme un outil de pilotage stratégique, intègre différentes dimensions de la performance, à la fois à court terme et à long terme (Savall & Zardet, 1992). Il vise à clarifier la stratégie, à communiquer les objectifs stratégiques, à planifier et harmoniser les initiatives, ainsi qu'à renforcer le suivi stratégique (Aidemark, 2001). Cette approche complète les indicateurs financiers traditionnels en incluant des indicateurs relatifs aux processus, aux clients et à l'apprentissage organisationnel (Nobre, 2000; Kaplan et al., 2005; Kaplan & Norton, 1996, 2001).

2.4 Lien entre la performance hospitalière et le tableau de bord prospectif

Des études antérieures, telles que celles de Kollberg & Elg (2011) et de Voelker et al. (2001), ont confirmé l'efficacité du Balanced Scorecard (BSC) dans l'amélioration de la performance hospitalière, même dans



des contextes à but non lucratif. Ces recherches mettent en évidence la diversité des approches du BSC et sa capacité à s'adapter aux spécificités des différents environnements de soins (Sadki et al., 2019).

Dans le contexte marocain, Bazarouj, Ait Lhassan et Jouiet (2025) soulignent également la pertinence d'un BSC adapté aux réalités organisationnelles d'un centre hospitalier universitaire (CHU), notamment au niveau de la pharmacie centrale, renforçant l'idée que l'outil peut être configuré en fonction des contraintes et besoins institutionnels. De manière similaire, Mohan et al. (2025), dans leur étude sur l'alignement stratégique dans les hôpitaux multisectoriels, montrent que la mise en œuvre d'un BSC contribue à l'optimisation de la performance en alignant les objectifs stratégiques avec les activités opérationnelles.

En intégrant des indicateurs financiers, des perspectives patients, des processus internes et des dimensions d'apprentissage et de croissance, le BSC permet aux hôpitaux d'aligner leur stratégie avec leurs opérations, entraînant ainsi une amélioration significative de la performance (Kaplan et al., 1996 ; Ittner & Larcker, 1998). De plus, le BSC offre une vision équilibrée de la performance hospitalière, soutenant la prise de décision éclairée et renforçant l'efficacité et l'efficience (Bisbe & Barrubés, 2012), comme l'a également souligné Nobre (2001).

La question essentielle demeure de savoir si ces dimensions d'analyse et les indicateurs qui en découlent sont véritablement adaptés pour optimiser la gestion hospitalière et, par conséquent, améliorer la performance globale.

Les conclusions de Nobre (2001) se détaillent comme suit :

- Axe financier : Il représente une avancée significative dans le secteur hospitalier en encourageant la production de données financières par les départements, favorisant ainsi l'auto-évaluation.
- Axe patient : Renommé pour éviter toute connotation commerciale, cet axe évalue les effets des changements internes sur la satisfaction des patients à travers différents indicateurs.
- Axe processus internes : Le suivi des étapes des processus au sein des unités distinctes est essentiel pour une gestion efficace, justifiant l'intégration d'indicateurs de processus dans les tableaux de bord.
- Axe d'apprentissage organisationnel : Il est crucial d'évaluer et d'encourager les changements structurels nécessaires en réponse à l'évolution des pratiques médicales et aux contraintes hospitalières.

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Approche qualitative et stratégie de recherche

Cette recherche adopte une approche qualitative exploratoire fondée sur le raisonnement abductif, particulièrement adaptée pour investiguer la complexité des phénomènes managériaux dans les établissements hospitaliers marocains. Le raisonnement abductif, qui consiste à inférer des causes plausibles à partir d'effets observés, nous a permis d'appréhender la dynamique paradoxale entourant la mise en œuvre du Balanced Scorecard (BSC). Notre étude vise à examiner l'implémentation du BSC et son impact sur la performance des hôpitaux publics marocains en adoptant une perspective micro-organisationnelle.

3.2. Collecte des données et caractéristiques de l'échantillon

La collecte des données a privilégié les entretiens semi-directifs menés auprès de dix responsables hospitaliers soigneusement sélectionnés selon une logique de diversification maximale. Notre échantillon



reflète la variété organisationnelle du secteur hospitalier public marocain, incluant des profils administratifs, financiers, ressources humaines et de coordination des soins. La stratégie d'échantillonnage, guidée par le critère de saturation, a permis d'identifier des patterns récurrents tout en capturant la richesse des expériences managériales. Les caractéristiques des interviewés sont récapitulées dans le tableau suivant:

Tableau 1 : Attributs des interviewés

Interviewés	Fonction	Âge	Genre	Expérience
R1	Responsable administratif	[40–50]	Masculin	[10–15]
R2	Responsable budget	[30–40]	Féminin	[5–10]
R3	Responsable dépenses	[45–55]	Féminin	[15–20]
R4	Responsable RH	[40–50]	Féminin	[10–15]
R5	Infirmier chef	[35–45]	Masculin	[10–15]
R6	Responsable RH	[30–40]	Masculin	[5–10]
R7	Infirmière cheffe	[50–60]	Féminin	20 ans et plus
R8	Responsable budget	[40–50]	Masculin	[15–20]
R9	Responsable dépenses	[30–40]	Masculin	[5–10]
R10	Responsable administratif	[50–60]	Féminin	20 ans et plus

Source: élaboré par l'auteur

La répartition des fonctions montre une représentativité équilibrée: les responsables des ressources humaines (20%), les responsables des dépenses (20%), les infirmiers chefs (20%), les responsables budget (30%) et les responsables administratifs (10%). Cette diversité a facilité la collecte de points de vue complémentaires sur les pratiques de pilotage de la performance et les défis quotidiens.

3.3. Procédure d'analyse qualitative

L'analyse des données a suivi un processus rigoureux utilisant le logiciel NVivo 10, inspiré de la méthode de Gioia et al. (2013) et de l'analyse thématique de Bardin (2003). Notre démarche a combiné:

- Un codage ouvert identifiant 87 codes initiaux à partir des verbatims
- Un codage axial regroupant ces codes en 15 catégories thématiques
- Une analyse des relations cartographiant les liens entre concepts

La fiabilité du processus a été assurée par un double codage croisé sur 30% du corpus, atteignant un accord inter-codeur de 85%. Bien que NVivo ne calcule pas automatiquement les pourcentages d'affectation comme ALCESTE, l'examen minutieux des matrices de codage nous a permis d'estimer les fréquences relatives et de hiérarchiser les thèmes émergents.



3.4. Analyse des corrélations et validation

Les analyses de corrélation ont été réalisées à partir des matrices de codage thématique de NVivo, en calculant les coefficients de Pearson entre les nœuds représentant les différents axes du BSC et le nœud "performance hospitalière". Cette approche quantitative complémentaire permet de mesurer la force des associations thématiques dans le discours des participants, chaque coefficient représentant le degré de co-occurrence des concepts dans l'ensemble du corpus.

3.5. Considérations éthiques et position du chercheur

Conformément aux principes de Blanchet et Gotman (2001) et Kaufmann (1996), nous avons maintenu un équilibre entre distance scientifique et relation de confiance avec les participants. Cette posture a favorisé un dialogue authentique tout en préservant la rigueur méthodologique. Les entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont tous été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés pour assurer la confidentialité des données.

Cette méthodologie complète permet ainsi d'identifier les facteurs favorisant ou limitant l'efficacité du BSC et de formuler des pistes d'amélioration contextualisées pour le pilotage de la performance hospitalière au Maroc.

4. RESULTATS ET DISCUSSIONS

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'analyse lexicale, notamment la matrice de synthèse et les relations entre les thèmes de notre recherche telles qu'elles ont été exprimées par les participants. Nous notons qu'à partir de la littérature, une liste d'indicateurs et de thèmes différents a été proposée aux participants pour mettre en évidence ceux les plus utilisés dans leurs processus de gestion. Il est à souligner que la majorité des participants ont tenté de communiquer les indicateurs de mesure utilisés, bien que certains aient refusé de fournir ces informations.

4.1 Présentation des résultats de l'analyse lexicale

L'analyse lexicale permet de catégoriser les énoncés en thèmes d'analyse et d'identifier les unités sémantiques. Cette méthode convertit les données textuelles non structurées en données structurées en évaluant la fréquence et la proximité des mots entre eux, souvent désignée sous le terme d'analyse lexicométrique, utilisant divers outils analytiques.

4.1.1 L'analyse des fréquences des mots

L'analyse lexicale joue un rôle clé en permettant de classer les énoncés en différents thèmes et d'identifier les unités sémantiques qui composent le champ discursif de ces énoncés. Pour ce faire, plusieurs approches méthodologiques peuvent être utilisées. Parmi celles-ci, certaines visent à structurer des données textuelles non organisées en données structurées, notamment en calculant la fréquence des mots et leur proximité les uns avec les autres. Ces approches, souvent désignées sous le terme d'analyse lexicométrique, s'appuient sur divers outils spécifiques. La figure ci-dessous illustre la fréquence des mots employés par les participants à notre étude qualitative, en excluant les connecteurs logiques et les termes de liaison.

Requête de fréquence de mots

services
économiques
financières
responsables
budgétaires
recettes
dépenses
objectifs
atteintes
organisationnel
ressources
utilisation
participation
évolution
œuvres
sociales
l'élaboration
gestion
processus
d'occupation
dépendance
indicateurs
reporting
performance
productivité
prestations
qualité
hospitalière
respect
budget
comptable
entretien
système
d'information
motivation
sociaux
réglementation
régime
général
confiance
croissance
patients
satisfaction
exercice
budgetaire
participation
travail
chiffre
économique
fonctionnaire
commissaire
affaires
financières
supplémentaires

La figure 1 montre une hiérarchisation fréquentielle en identifiant des collocations de mots et la fréquence des mots pour révéler la structure sémantique du texte, ce qui n'est pas directement indiqué dans le corpus de données collectées. Dans cette visualisation, les mots ayant un degré élevé de similitude basée sur l'apparition et la fréquence de citation sont regroupés ensemble. Ils sont des mots regroupés et fréquemment cités par les répondants et qui constituent des thématiques différentes que nous allons analyser via la création des nœuds de thématique dans ce qui suit.

La figure 1 met également en évidence les variables explicatives de la performance hospitalière, démontrant les facteurs clés qui contribuent à répondre à notre problématique. Les mots en gras dans la figure représentent ces facteurs essentiels.

Figure 2: Nuage des mots les plus fréquents



Source : Output Nvivo 10

La figure 2 présente la structure du texte en affichant les thèmes avec leurs mots cooccurents, ainsi que les fréquences des mots les plus cités par les interviewés, reflétant leurs opinions sur la performance hospitalière. Les principaux éléments identifiés lors de l'étude et l'interprétation des fréquences sont inclus dans la figure. De plus, les différents facteurs classés selon leur pourcentage pondéré sont illustrés dans le tableau suivant.

Tableau 2: Pourcentage pondéré dans le nuage des mots

Mot	Longueur	Nombre	Pourcentage pondéré (%)	Mots similaires
indicateurs	11	78	4,85	Indicateurs
axe	5	63	3,91	activité, axe, élaboration, information, organisation, utilisateur
qualité	7	41	2,55	Qualité
information	13	35	2,17	actes, attente, données, hébergement, information, utilisation
gestion	7	32	1,98	Gestion
satisfaction	12	28	1,74	Satisfaction
financiers	10	25	1,55	financier, financiers
patients	8	22	1,37	patient, patients
processus	9	17	1,06	Processus
sociaux	7	15	0,93	Sociaux
responsables	12	13	0,80	responsable, responsables



système	7	14	0,87	Système
services	8	12	0,74	service, services
hospitalière	12	11	0,68	Hospitalière
prestations	11	10	0,62	prestation, prestations
utilisation	11	10	0,62	Utilisation
apprentissage	13	9	0,56	Apprentissage
conditions	10	8	0,50	conditions, termes
organisationnel	15	9	0,56	Organisationnel
formation	9	8	0,50	Formation
performance	11	8	0,50	Performance
sociales	8	8	0,50	social, sociales
réglementation	14	7	0,44	Réglementation
disponibilité	13	6	0,37	Disponibilité
évolution	9	6	0,37	Evolution
médicaments	11	5	0,31	Médicaments
efficace	8	5	0,31	Efficace
rubriques	9	4	0,25	Rubriques
améliorer	9	4	0,25	Améliorer
compétences	11	4	0,25	Compétences
degré	5	3	0,18	Degré
parties	7	3	0,18	Parties
prenantes	9	3	0,18	Prenantes
produits	8	3	0,18	Produits
qualification	13	3	0,18	Qualification
relations	9	3	0,18	relation, relations
séjour	6	3	0,18	Séjour
circuit	7	2	0,12	Circuit



dirigeant	9	2	0,12	Dirigeant
délivrée	8	2	0,12	Délivrée

Source : Output Nvivo 10

Le tableau 2 met en lumière la variété des sujets couverts dans le corpus, révélant ainsi les thèmes dominants à travers les termes les plus fréquemment utilisés par les répondants, tels que la satisfaction des besoins, l'efficacité, l'efficacité dans l'utilisation des ressources, l'informatisation, le degré de satisfaction des patients, le climat social, la qualité d'hébergement et la satisfaction du personnel. Cette récurrence des termes clés souligne la stabilité des thèmes, comme l'indiquent Steyvers & Griffiths (2007), qui notent que les thèmes stables réapparaissent à plusieurs reprises dans le corpus.

L'analyse des mots-clés les plus fréquents dans le corpus révèle une préoccupation majeure pour les quatre perspectives du Balanced Scorecard.

- Perspective financière : Les termes "financiers" et "budgets" soulignent l'importance accordée à la gestion des ressources et à la rentabilité.
- Perspective clients : Les mots-clés "patients", "satisfaction", "soins" et "services" mettent en évidence la centralité de la satisfaction du patient et de la qualité des prestations.
- Perspective processus internes : Les termes "processus", "qualité", "système" et "performance" indiquent une volonté d'optimiser les opérations internes et d'améliorer l'efficacité globale.
- Perspective apprentissage et croissance : Les mots-clés "développement", "formation" et "compétences" témoignent de l'importance accordée au développement du personnel et à l'amélioration continue.

Au-delà de ces quatre perspectives, l'analyse met en lumière d'autres thèmes récurrents :

- Information : Soulignant le rôle crucial des systèmes d'information dans la gestion hospitalière.
- Dimension sociale : Révélant une prise de conscience des enjeux sociaux et de la responsabilité sociétale.
- Réflexion stratégique : Indiquant une approche stratégique de l'amélioration de la performance.

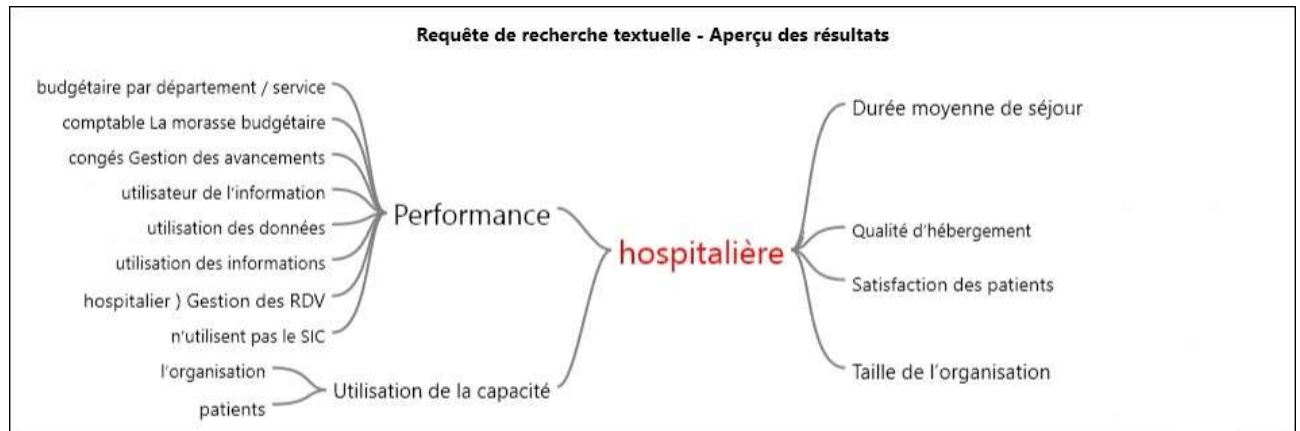
Cependant, comme le souligne la théorie du paradoxe, la mise en œuvre du Balanced Scorecard dans un contexte hospitalier est complexe. Les établissements doivent jongler entre des impératifs multiples : améliorer la qualité des soins, maîtriser les coûts, satisfaire les patients, tout en développant les compétences de leurs équipes. Ces paradoxes inhérents à l'activité hospitalière rendent la mise en œuvre du Balanced Scorecard particulièrement délicate.

Néanmoins, les résultats de cette étude montrent que le Balanced Scorecard constitue un outil pertinent pour appréhender la performance globale d'un établissement de santé. En intégrant des perspectives financières, clients, processus internes et apprentissage, il permet de prendre en compte la complexité des enjeux hospitaliers et de favoriser une démarche d'amélioration continue.

4.1.2 Résultats de recherche textuelle des thématiques

Les schémas 3 et 4 mettent en évidence les liens et les relations entre les réponses des interviewés, en ignorant les connecteurs linguistiques, qui mènent à des facteurs agrégés similaires en termes de nature, de poids et de catégories.

Figure 3 : Requête de recherche textuelle relative à la « Performance hospitalière »



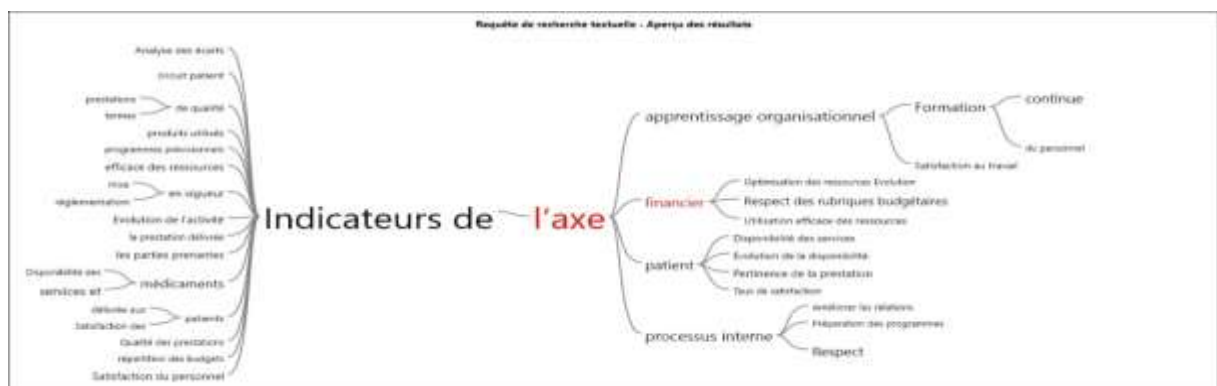
Source : Output Nvivo 10

La figure 3 illustre les principaux indicateurs de performance hospitalière observés dans notre échantillon d'établissements de santé. Ces indicateurs englobent des aspects tels que la taille de l'organisation, les délais d'attente des patients, la durée moyenne de séjour, ainsi que d'autres paramètres pertinents pour évaluer l'efficacité globale de l'établissement hospitalier.

De plus, l'examen des relations entre les nœuds révèle également les différentes catégories de facteurs qui influent sur la performance des établissements hospitaliers. Ces catégories comprennent les indicateurs liés à la dimension financière, à la dimension-patient, à la dimension processus interne et à la dimension apprentissage organisationnel.

Ainsi, ces facteurs représentent des thèmes explicatifs de la performance hospitalière, comme illustré dans les figures suivantes :

Figure 4 : Requête de recherche textuelle relative au « BSC- Indicateurs de l'axe financier »



Source : Output Nvivo 10

La représentation arborescente proposée met en évidence une hiérarchie allant du général au spécifique, permettant ainsi de définir les indicateurs associés à l'axe financier. Ces indicateurs couvrent divers aspects, tels que le respect des catégories budgétaires, l'optimisation des ressources et l'évolution de l'activité économique. Autrement dit, ils forment un ensemble de notions qui reflètent la portée de l'axe financier, étroitement lié à la collecte des données pour cette variable. Cette structure crée un réseau sémantique reliant des éléments clés, qu'il s'agisse de termes issus du corpus ou de concepts du thésaurus "BSC- Indicateurs de l'axe financier".

De manière analogue, la Synapsie présentée ci-après met en lumière les différentes motivations qui sous-tendent les indicateurs de l'axe patient dans le Balanced Scorecard (BSC) appliqué aux établissements hospitaliers inclus dans notre étude. Ces motivations se concentrent principalement sur la satisfaction des patients, la qualité des soins prodigués et l'amélioration de l'accès aux services et aux médicaments.

Figure 5 : Requête de recherche textuelle relative au « BSC- Indicateurs de l'axe patient»



Source : Output Nvivo 10

La figure 5 présente une structure arborescente définissant les indicateurs de l'axe des processus internes. Cette structure inclut des éléments tels que le suivi du parcours du patient, la gestion des rendez-vous, le perfectionnement des relations avec les acteurs et la conformité aux réglementations en vigueur. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de termes qui capturent la signification de l'axe des processus internes, représentant ainsi la feuille de collecte pour cette variable. Il s'agit d'un réseau sémantique qui établit des liens entre les éléments significatifs, qu'il s'agisse de termes dans un corpus ou de concepts du thésaurus "BSC-Indicateurs de l'axe des processus internes".

Figure 6 : Requête de recherche textuelle relative au « BSC- Indicateurs de l'axe processus interne »



Source : Output Nvivo 10

De manière similaire, la Synapsie présentée ci-dessous illustre les multiples motivations sous-tendant la signification des indicateurs de l'axe d'apprentissage organisationnel du Balanced Scorecard (BSC) de notre échantillon. Les principaux éléments sont mis en évidence dans la figure suivante. Les éléments mentionnés englobent principalement la formation continue, le développement des compétences et la satisfaction au travail. Ces aspects revêtent une importance primordiale pour évaluer la performance globale de l'organisation hospitalière en termes d'apprentissage et d'évolution de ses membres.

Figure 7 : Requête de recherche textuelle relative au « BSC- Indicateurs de l'axe apprentissage organisationnel »



Source : Output Nvivo 10

D'après Bazeley & Jackson (2007), l'agrégation des données basée sur les similarités dans le contenu ou le codage des données qualitatives permet de mettre en évidence la similitude des thèmes. Cette analyse révèle premièrement une corrélation positive et significative entre les indicateurs de l'axe patient du BSC et la performance hospitalière. Deuxièmement, elle souligne une similitude positive entre les indicateurs de l'axe processus interne, ceux de l'axe financier et la performance hospitalière. Enfin, elle met en lumière une corrélation positive mais faible entre les indicateurs de l'axe apprentissage organisationnel du BSC et la performance hospitalière. Ces résultats démontrent des relations positives entre ces thèmes, indiquant ainsi des similarités dans le codage des données qualitatives. Le tableau ci-dessous présente les statistiques de corrélation entre les différents nœuds thématiques :

Tableau 3 : Corrélation de Pearson entre les nœuds

Nœud A	Nœud B	Coefficient de corrélation
Nœuds\\ Performance hospitalière	BSC – Indicateurs de l'axe patient	0,430
Nœuds\\ Performance hospitalière	BSC – Indicateurs de l'axe processus interne	0,233
Nœuds\\ Performance hospitalière	BSC – Indicateurs de l'axe financier	0,227
Nœuds\\ Performance hospitalière	Nœuds\\ Balanced Scorecard\\BSC- Indicateurs l'axe apprentissage organisationnel	0,119

Source : Output Nvivo 10

L'analyse de corrélation met en évidence une prédominance de « la perspective client » dans la performance hospitalière, comme l'atteste la corrélation plus forte avec les indicateurs de cet axe.

Ce résultat, bien qu'attendu, souligne le caractère paradoxal de la performance hospitalière. En effet, si la satisfaction du patient est un objectif primordial, elle ne doit pas se faire au détriment d'autres dimensions essentielles telles que la rentabilité financière, l'efficacité des processus internes et le développement des compétences.

La théorie du paradoxe nous rappelle que ces différents objectifs sont souvent interdépendants et peuvent entrer en tension. Ainsi, améliorer la satisfaction du patient peut nécessiter des investissements en ressources humaines et technologiques qui impactent les coûts à court terme. Il s'agit donc pour les établissements de santé de trouver un équilibre délicat entre ces différentes dimensions, tout en tenant compte du contexte spécifique dans lequel ils évoluent."

4.2 Résultats de l'analyse thématique



Après la synthèse des données, nous avons soustrait les informations les plus pertinentes relatives aux facteurs explicatifs de la performance hospitalière. Ces facteurs sont catégorisés en quatre thématiques. Le tableau ci-après récapitule les principaux thématiques de notre étude qualitative avec leurs mots fréquemment cités par les interviewés.

4.2.1 Analyse de contenu du tableau des indicateurs du Balanced Scorecard (BSC) dans l'environnement hospitalier

Tableau 4 : Résumé des Thématiques des Indicateurs du Balanced Scorecard (BSC)

Entrevue	A : Axe patient	B : Axe financier	C : Axe apprentissage organisationnel	D : Axe processus interne
1	Taux de satisfaction des patients ; Disponibilité des médicaments	Respect des rubriques budgétaires ; Utilisation efficace des ressources	Formation continue	Respect du circuit patient ; Respect de la réglementation en vigueur
2	Pertinence de la prestation délivrée	Respect des rubriques budgétaires ; Utilisation efficace des ressources	Formation continue ; Développement des compétences	-
3	Évolution de la disponibilité des services	Respect des rubriques budgétaires ; Évolution de l'activité	Satisfaction au travail	Respect de la réglementation en vigueur ; Améliorer les relations avec les parties prenantes
4	Disponibilité des services et médicaments	Évolution de l'activité ; Utilisation efficace des ressources	Formation continue	Respect de la réglementation en vigueur
5	Pertinence de la prestation délivrée aux patients	-	Formation continue ; Satisfaction au travail	Respect de la réglementation en vigueur ; Suivre le circuit patient
6	-	Respect des rubriques budgétaires	Formation du personnel	
7	Disponibilité des services et médicaments	Utilisation efficace des ressources	Formation continue ; Développement des compétences	Respect de la réglementation en vigueur
8	-	-	Formation continue ; Développement des compétences	Améliorer la relation avec les parties prenantes



9	Évolution de la disponibilité des services et médicaments	Évolution de l'activité	Satisfaction au travail ; Formation continue du personnel	Respect de la réglementation en vigueur ; Améliorer les relations avec les parties prenantes ; Respect du circuit patient
10	Pertinence de la prestation délivrée	Respect des rubriques budgétaires ; Utilisation efficace des ressources	Formation continue du personnel ; Développement des compétences	Améliorer les relations avec les parties prenantes

Source : élaboré par l'auteur

Le tableau 4 met en évidence les principales préoccupations des dix acteurs de la santé concernant la mise en œuvre du Balanced Scorecard (BSC). Les réponses aux entretiens révèlent une complexité des enjeux, confirmant l'existence de paradoxes organisationnels tels que ceux identifiés par Smith et Lewis (2011).

a. Analyse par axe du BSC et mise en évidence des paradoxes

- Axe patient: La satisfaction des patients, la pertinence des prestations et la disponibilité des services sont des préoccupations récurrentes. Cela souligne l'importance accordée à la qualité des soins, un élément central de la performance hospitalière.
- Axe financier: Le respect des budgets, l'utilisation efficace des ressources et l'évolution de l'activité sont des indicateurs fréquemment cités. Ces éléments reflètent la nécessité de concilier la qualité des soins avec la performance économique, un paradoxe classique dans le secteur de la santé.
- Axe apprentissage et croissance: La formation continue, le développement des compétences et la satisfaction au travail sont des éléments clés pour améliorer la performance à long terme. Cependant, ces investissements peuvent entrer en conflit avec les objectifs de court terme, tels que la maîtrise des coûts.
- Axe processus internes: Le respect des procédures, des circuits patients et la réglementation sont des éléments importants pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Néanmoins, une trop grande rigidité peut freiner l'innovation et l'adaptation aux besoins des patients.

b. Mise en évidence des paradoxes

Les résultats de notre recherche confirment l'existence des paradoxes identifiés précédemment :

- Paradoxe de la performance: La nécessité de concilier la performance financière (respect des budgets, utilisation efficace des ressources) avec la qualité des soins (satisfaction des patients, pertinence des prestations) est un enjeu majeur pour les hôpitaux marocains.
- Paradoxe de l'innovation: Les hôpitaux cherchent à développer de nouvelles pratiques (formation continue, développement des compétences) tout en respectant les réglementations en vigueur, ce qui peut entraver l'agilité et la créativité.

L'analyse de ce tableau permet de tirer les conclusions suivantes :

- La mise en œuvre du BSC dans les hôpitaux marocains est complexe et multidimensionnelle. Les acteurs de la santé sont confrontés à des enjeux multiples et parfois contradictoires.



- Les paradoxes organisationnels identifiés par la théorie du paradoxe sont bien présents dans le contexte marocain. Les hôpitaux doivent trouver des solutions pour concilier des objectifs a priori contradictoires.
- La satisfaction des patients est une priorité majeure, mais elle doit être équilibrée avec d'autres enjeux tels que la performance financière et l'amélioration continue.

Les résultats obtenus dans cette étude viennent enrichir le corpus existant de la mise en œuvre du Balanced Scorecard (BSC). Nous allons maintenant discuter de la manière dont nos résultats confirment, complètent ou remettent en question les travaux antérieurs.

5. DISCUSSIONS DES RESULTATS

Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé l'utilisation du Balanced Scorecard (BSC) dans les hôpitaux marocains afin de mieux comprendre les dynamiques de performance dans un secteur marqué par des contraintes organisationnelles multiples. À travers une analyse lexicale et thématique approfondie, les résultats révèlent non seulement les paradoxes liées à l'adoption du BSC, mais aussi la pertinence de ce dernier pour structurer la performance hospitalière dans un contexte local particulier.

Les résultats confirment d'abord les paradoxes organisationnels soulevés dans la littérature, notamment par Smith et Lewis (2011) ainsi que Cusin et Goujon Belghit (2022), en lien avec la mise en œuvre du BSC.

Le paradoxe de la performance est manifeste : les hôpitaux doivent concilier des impératifs financiers (tels que le respect des budgets) avec des exigences de qualité des soins (comme la satisfaction des patients), illustrant la difficulté de conjuguer efficience économique et excellence clinique.

De même, le paradoxe de l'innovation apparaît à travers le paradoxe entre conformité réglementaire et besoins en apprentissage organisationnel, la nécessité de respecter des procédures strictes venant freiner les dynamiques d'apprentissage telles que la formation continue. Enfin, bien que moins explicitement évoqué, le paradoxe de la décentralisation est perceptible à travers la variabilité des réponses recueillies, suggérant une tension entre l'autonomie des services et la cohérence de la gouvernance globale. Ces éléments valident l'utilité de la théorie du paradoxe dans l'analyse des pratiques de gestion hospitalière au Maroc.

Par ailleurs, l'étude met en lumière la nature multidimensionnelle de la performance hospitalière et son adéquation avec les axes du BSC, en résonance avec les travaux de Holcman (2017) et Dos Santos & Mousli (2016). L'axe financier, incarné par des indicateurs comme « l'utilisation efficace des ressources », renvoie aux principes du New Public Management (NPM), tout en corroborant les mises en garde de Hood (1991) contre les effets d'une approche trop mécaniste.

L'axe centré sur le patient ressort avec force, comme le montre une corrélation significative avec la performance globale (0,43021), soulignant l'importance accordée à la satisfaction des usagers, conformément aux conclusions de Nobre (2001).

Les processus internes et l'apprentissage organisationnel, illustrés par des indicateurs tels que le « respect du circuit patient » ou la « formation continue », traduisent un équilibre recherché entre standardisation des procédures et amélioration continue, dans la lignée des recommandations de Kaplan et Norton (1996).

L'analyse lexicale révèle par ailleurs la prégnance des termes « qualité », « satisfaction » et « financiers », confirmant une vision élargie et intégrée de la performance (Bourguignon, 1997 ; Van Dooren et al., 2015).

En ce qui concerne l'adaptabilité du BSC au contexte hospitalier marocain, les résultats confirment sa flexibilité, comme le soutiennent Kollberg & Elg (2011) et Sadki et al. (2019). Certains indicateurs, tels



que la « disponibilité des médicaments », traduisent des spécificités locales absentes des modèles internationaux standards. De plus, l'importance accordée aux relations avec les parties prenantes, comme en témoigne l'entretien n°9, révèle une forte attente en matière de coopération interinstitutionnelle, en phase avec l'approche NPM défendue par Pupion et Chappoz (2015). Toutefois, la faible corrélation enregistrée pour l'axe apprentissage (0,118626) pourrait signaler un décalage par rapport aux travaux de Kaplan et al. (2005), sans doute lié à des contraintes budgétaires réduisant les marges de manœuvre pour l'investissement en capital humain.

L'étude présente ainsi plusieurs contributions. Elle confirme l'intérêt du BSC comme outil structurant de la performance hospitalière, comme l'avaient suggéré Voelker et al. (2001), tout en soulignant l'universalité des paradoxes organisationnels et la nécessité de leur gestion contextuelle Benoit (2025).

Elle révèle également certaines divergences par rapport à la littérature occidentale: l'axe financier y est moins déterminant, et l'innovation semble freinée par la rigidité des normes réglementaires, contrairement aux observations de Cusin & Goujon Belghit (2022).

6. CONCLUSION

En conclusion, cette recherche apporte plusieurs contributions à la littérature sur le management public et le pilotage de la performance hospitalière.

Au niveau théorique, elle enrichit la compréhension des paradoxes organisationnels dans le secteur hospitalier en mobilisant la théorie des paradoxes et le cadre du New Public Management (NPM), en montrant comment les paradoxes entre rationalité économique, qualité des soins et conformité administrative se manifestent concrètement.

Au niveau méthodologique, l'étude illustre l'intérêt d'une approche qualitative combinant analyse lexicale et codage thématique pour saisir à la fois les dimensions manifestes et latentes des pratiques managériales.

Au niveau empirique, elle fournit des données inédites sur la mise en œuvre du Balanced Scorecard (BSC) dans le contexte spécifique des hôpitaux marocains, mettant en lumière des adaptations nécessaires pour concilier performance économique, qualité des soins et apprentissage organisationnel.

Cette recherche présente cependant certaines limites. Théoriquement, elle se concentre principalement sur la théorie des paradoxes et le NPM, laissant d'autres cadres potentiels peu explorés.

Méthodologiquement, l'étude repose sur un échantillon limité d'administrateurs hospitaliers et sur des données qualitatives, ce qui peut réduire la généralisation des résultats. Empiriquement, l'analyse porte sur un contexte national spécifique, limitant la transférabilité des conclusions à d'autres environnements hospitaliers ou pays en développement.

Enfin, cette étude ouvre plusieurs perspectives de recherche. Théoriquement, il serait pertinent d'explorer d'autres cadres conceptuels pour enrichir la compréhension des tensions organisationnelles dans les hôpitaux. Méthodologiquement, des recherches combinant approches qualitatives et quantitatives pourraient permettre de valider et d'étendre les résultats. Empiriquement, des études comparatives entre différents pays ou types d'établissements de santé pourraient éclairer les conditions d'adaptabilité et d'efficacité du BSC dans des environnements variés.



En somme, malgré sa complexité de mise en œuvre, le BSC demeure un outil stratégique précieux pour piloter les performances hospitalières dans un environnement multidimensionnel, en offrant des leviers concrets pour gérer les tensions entre efficacité, qualité et innovation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aidemark, L. (2001). La signification des tableaux de bord prospectifs dans l'organisation des soins de santé. *Financial Accountability & Management*, 17(1), 23–40.
2. Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*, Paris : PUF.
3. Bazarouj, r., ait Lhassan, i., & Jouiet, I. (2025). Repenser le contrôle de gestion dans le milieu hospitalier: Esquisse d'un Balanced Scorecard adapté à la pharmacie centrale d'un CHU marocain. *MANAGEMENT CONTROL, AUDITING AND FINANCE REVIEW (MCAFR)*, 2(1), 55-70.
4. Bazeley, P., & Jackson, K. (2007). *Qualitative analysis with NVivo*. London, UK: Sage Publications.
5. Chiesa, V., & Frattini, F. (2011). Commercializing Technological Innovation: Learning from Failures in High-Tech Markets. *Journal of Product Innovation Management*, 28(4), 437–454.
6. Benoit, B. (2025). La co-construction du contrôle de gestion dans une administration en réforme. *Comptabilité Contrôle Audit*, 31(1), 55-104.
7. Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012). The balanced scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(10), 919–927.
8. Cusin, J., & Goujon Belghit, A. (2022). La gestion des erreurs médicales dans un CHU: Comment faire face au paradoxe apprentissage interne-protection externe?. *M@ n@ gement*, 25(1), 1b-55b.
9. Dos Santos, C., & Mousli, M. (2016). Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public? À propos d'un cas français. *Recherches En Sciences de Gestion*, 4, 127–146.
10. Douma, F., Eggriks, A., & Bollecker, M. (2019). Vers un contrôle de gestion «médiateur» du changement : le cas d'un hôpital marocain", *Management & Avenir*, vol.112, no. 6, pp. 59-80.
11. Drache, D., & Sullivan, T. (1999). *Limites du marché dans la réforme de la santé : succès public. Private Failure*, New York and London: Routledge.
12. Drevet, B. (2017). Les outils du contrôle de gestion: des vecteurs de valeurs pour l'organisation publique?. *Comptabilité-contrôle-audit*, 23(3), 9-28.
13. Eiseinhardt, K.M. (1989). Building Theories from Case Study Research, *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550
14. Farmer, P., & Rylko-Bauer 1, B. (2001). L'«exceptionnel» système de santé américain: Critique d'une médecine à vocation commerciale. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 139(3), 13–30.
15. Frichi, Y., Jawab, F., & Boutahari, S. (2020). Modélisation de l'influence de la logistique hospitalière sur la qualité des soins et la satisfaction des patients : résultats d'une enquête dans trois établissements publics de santé à Fès-Maroc. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 13(2), 296–320.
16. Goujon Belghit, A. (2012). Découvrir le sens des données textuelles en GRH avec le logiciel Alceste. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 18(46), 223.



15. Halgand, N. (2000). Calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital: éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable. 21ÈME CONGRES DE L'AFC, CD-Rom.
16. Holcman, R. (2017). Management hospitalier. Dunod.
17. Hood, C. (1991). A public management for all seasons ? *Public administration*, 69(1), 3-19.
18. Ittner, C. D., & Larcker, D. F. (1998). Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction. *Journal of Accounting Research*, 36, 1–35.
19. Kaplan, R. S., David, P., & Norton, D. P. (2005). The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.
20. Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1996) Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, 74, 75-85.
21. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part 1. *Accounting Horizons*, 15(1), 87–104.
22. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2003). Le tableau de bord prospectif. Eyrolles.
23. Kollberg, B., & Elg, M. (2011). The practice of the balanced scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), 427–445.
24. Mohan, S., Kushwaha, R., Venkatesan, M., Singh, R., & Mishra, M. (2025). Survey data on strategic alignment in multispecialty hospitals: Implementing a balanced scorecard approach for optimal performance. *Data in Brief*, 59, 111329.
25. Moisdon, J.-C., & Tonneau, D. (1999). La démarche gestionnaire à l'hôpital: Recherches sur la gestion interne. Seli Arslan.
26. Nobre, T. (1999). Performance et pouvoirs dans l'hôpital. *Politiques et Management Public*, 17(3), 71–91.
27. Nobre, T. (2000). Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital? 21ÈME CONGRES DE L'AFC.
28. Nobre, T., & Signolet, L. (2007). Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le Balanced scorecard: le cas de l'hôpital. In «COMPTABILITE ET ENVIRONNEMENT» (pp. CD-Rom).
29. Organisation mondiale de la Santé. (2016). Stratégie de coopération OMS-Maroc: 2017-2021. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale.
30. Pupion P.C., Chappoz Y., 2015, « Editorial : l'outil de Gestion au Service du NPM », *Gestion et Management Public*, vol.4, n°1, 2015/3, p.1-3 [ISSN : 2111-8865]
31. Sadki , T., Essarhiri, N., & Lamrabet, H. (2019). Tableau de bord prospectif comme outil de l'alignement stratégique et de pilotage de la performance des organisations: Cas de l'hôpital public. *Revue Internationale Des Sciences de Gestion*, 2(1).
32. Savall H., Zardet V. (1992). Le Nouveau Contrôle de Gestion. La méthode des coûts et des performances cachées. Editions Comptables Malesherbes.
33. Smith, W. K., & Lewis, M. W. (2011). Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of management Review*, 36(2), 381-403.
34. Steyvers, M., & Griffiths, T. (2007). Probabilistic topic models. In *Handbook of latent semantic analysis* (pp. 439–460). Psychology Press.