Revue Française d'Économie et de Gestion
ISSN : 2728- 0128
Volume 7 : Numéro 11

Le rôle du contrôle de gestion dans le suivi de la qualité dans le secteur de la santé : une revue de la littérature

The Role of Management Control in Quality Monitoring in the Healthcare Sector: A Literature Review

ELFOGHI ET Rajia
Doctorante
École Supérieure de Technologie - Casablanca
Université Hassan II – Maroc
Laboratoire Pluridisciplinaire de Recherche en Ingénierie Sociale et Management des Entreprises

BENLAKOUIRI Abderrahim
Enseignant chercheur
École Supérieure de Technologie - Casablanca
Université Hassan II – Maroc
Laboratoire Pluridisciplinaire de Recherche en Ingénierie Sociale et Management des Entreprises

AMEZZANE Kamal
Docteur
École Supérieure de Technologie - Casablanca
Université Hassan II – Maroc
Laboratoire Pluridisciplinaire de Recherche en Ingénierie Sociale et Management des Entreprises

Date de soumission : 23/09/2026

Date d'acceptation : 29/10/2026

Pour citer cet article :

ELFOGHI ET. R. & al. (2026) « Le rôle du contrôle de gestion dans le suivi de la qualité dans le secteur de la santé : une revue de la littérature », Revue Française d'Économie et de Gestion « Volume 7 : Numéro 11 » pp : 44- 67.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Cet article examine la littérature récente consacrée aux systèmes de contrôle de gestion (SCG) et aux indicateurs de qualité dans le secteur de la santé, afin d'analyser leur contribution à l'efficience organisationnelle et à l'amélioration des résultats pour les patients. Une revue systématique de la littérature, fondée sur la méthodologie PRISMA, a été menée à partir des bases de données Scopus et Web of Science pour la période 2000–2024. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 68 articles à comité de lecture ont été retenus. Les résultats montrent que les outils traditionnels, notamment la budgétisation, l'analyse des écarts et les tableaux de bord financiers, restent largement utilisés, tout en étant progressivement complétés par des dispositifs tels que le Balanced Scorecard, les tableaux de bord de performance et le benchmarking. Trois indicateurs de qualité apparaissent particulièrement récurrents : les temps d'attente, les taux de réadmission et la satisfaction des patients. La revue met également en évidence des obstacles liés aux coûts, à la complexité technique et à la résistance du personnel. Elle souligne enfin que l'intégration d'indicateurs financiers et non financiers au sein de systèmes de contrôle intégrés peut contribuer à renforcer simultanément la qualité des soins et la performance organisationnelle.

Mots clés : Contrôle de gestion; qualité des soins; Balanced Scorecard; satisfaction des patients; indicateurs clés de performance.

Abstract

This article examines the recent literature on management control systems (MCSs) and quality indicators in the healthcare sector, with the aim of analyzing their contribution to organizational efficiency and improved patient outcomes. A systematic literature review based on the PRISMA methodology was conducted using the Scopus and Web of Science databases for the period 2000–2024. Following the application of inclusion and exclusion criteria, 68 peer-reviewed articles were selected. The findings show that traditional management control tools, particularly budgeting, variance analysis, and financial dashboards, remain widely used, while increasingly being complemented by approaches such as the Balanced Scorecard, performance dashboards, and benchmarking. Three quality indicators emerge as particularly recurrent in the literature: waiting times, readmission rates, and patient satisfaction. The review also highlights major implementation challenges related to costs, technical complexity, and staff resistance. Finally, the findings suggest that integrating financial and non-financial indicators within comprehensive management control systems can contribute to strengthening both healthcare quality and organizational performance.

Keywords: Management control; quality of care; Balanced Scorecard; patient satisfaction; key performance indicators.

Introduction

Les établissements de santé évoluent dans un environnement marqué par des attentes croissantes des patients, des exigences accrues en matière de qualité et de sécurité des soins et des contraintes importantes en ressources humaines et financières. Dans ce contexte, le contrôle de gestion (CG) constitue un dispositif essentiel de pilotage permettant de planifier, mesurer et suivre la performance organisationnelle, tout en favorisant une utilisation efficiente des ressources. Dans les établissements de santé, il ne se limite toutefois pas au suivi des coûts et des résultats financiers, mais intègre également des dimensions non financières relatives notamment à la qualité des soins, à la satisfaction des patients et à l'efficacité des processus (Kaplan & Norton, 1992 ; Atkinson et al., 1997 ; Abernethy & Stoelwinder, 1990).

Le pilotage de la qualité présente une spécificité particulière dans le secteur de la santé. En effet, la qualité des soins est une construction multidimensionnelle qui associe les structures, les processus et les résultats des soins (Donabedian, 1988). Elle renvoie notamment à l'efficacité, la sécurité, l'accessibilité, la continuité des soins, l'expérience des patients et l'efficience (WHO, 2020). Son suivi nécessite ainsi des systèmes d'information et des indicateurs permettant de mesurer les performances, d'identifier les écarts et d'orienter les actions d'amélioration. Les temps d'attente, les taux de réadmission, les événements indésirables et la satisfaction des patients constituent, à cet égard, des indicateurs fréquemment mobilisés.

Cependant, la multiplication des indicateurs ne garantit pas à elle seule une amélioration de la qualité. Leur pertinence, leur fiabilité, leur interprétation et surtout leur intégration dans les processus de décision constituent des conditions essentielles à leur utilité managériale (Freeman, 2002). Dès lors, une question centrale se pose : dans quelle mesure le CG contribue-t-il au suivi et au pilotage de la qualité dans les établissements de santé, et dans quelles conditions cette contribution peut-elle favoriser l'amélioration des soins ?

Cet article propose ainsi une revue de la littérature visant à analyser le rôle du CG dans le suivi de la qualité dans le secteur de la santé, à identifier les principaux indicateurs mobilisés et à mettre en évidence les facteurs et limites susceptibles de conditionner leur contribution au pilotage de la qualité.

La contribution scientifique de cette revue réside dans la proposition d'un cadre intégrateur permettant de mieux comprendre le rôle du CG dans le suivi de la qualité au sein des établissements de santé. Alors que les travaux antérieurs abordent souvent séparément les outils de CG, les systèmes de mesure de la performance et les indicateurs de qualité des soins, cette

revue met en évidence leur articulation au sein d'un même processus de pilotage. Le CG est ainsi appréhendé non seulement comme un dispositif de maîtrise des ressources et des coûts, mais également comme un mécanisme de production, de structuration et d'utilisation de l'information contribuant au suivi et à l'amélioration de la qualité.

Cette recherche propose une lecture systématique de la littérature consacrée au CG de gestion dans l'amélioration de la performance en matière de qualité des services de santé. Elle vise à identifier les principaux mécanismes et dimensions du CG abordés dans les travaux antérieurs et constitue, à ce titre, une base de référence susceptible d'orienter et d'enrichir les recherches futures.

La transformation requise au sein des établissements de santé ne saurait se limiter à une modification superficielle des outils et des techniques utilisés. Elle nécessite, au contraire, une évolution profonde et structurelle de la culture organisationnelle, des approches managériales et de la philosophie organisationnelle des établissements de santé. Les établissements de santé libyens ne sont pas à l'écart de cette dynamique. Une telle transformation globale exige des investissements importants et durables dans la formation et le développement des compétences humaines à tous les niveaux, ainsi que dans le développement des infrastructures technologiques et informationnelles et des systèmes modernes de communication.

Cette recherche est sensée contribuer à réduire le décalage entre les approches théoriques et les pratiques opérationnelles au sein du secteur de la santé. Elles ouvrent ainsi des perspectives permettant de contribuer à la construction d'un système de santé plus efficace et plus équitable.

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée conformément aux recommandations de la méthodologie PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). La recherche documentaire a été menée dans les bases de données Scopus et Web of Science, sur la période 2000–2024, à partir d'une combinaison de mots-clés relatifs aux trois concepts centraux de l'étude : les systèmes de contrôle de gestion (SCG), la qualité des soins et le secteur de la santé. L'équation de recherche utilisée était la suivante:

(« management control » OR « control systems » OR « organizational control ») AND (« quality improvement » OR « quality management » OR « performance improvement » OR « continuous improvement » OR « service quality ») AND (« healthcare » OR « hospital » OR « clinical » OR « medical »)

Ont été retenus les articles scientifiques à comité de lecture, publiés entre 2000 et 2024, portant sur le secteur de la santé et établissant un lien explicite entre les dispositifs de CG, la mesure de la performance et/ou les indicateurs de qualité. Ont été exclus les doublons, les publications

non scientifiques ou non évaluées par les pairs, ainsi que les études ne portant pas directement sur le CG ou la qualité des soins. Le processus de sélection a comporté quatre étapes successives : identification des références, suppression des doublons, examen des titres et résumés, puis évaluation de l'éligibilité des textes intégraux. À l'issue de ce processus, 68 articles répondant aux critères prédéfinis ont été retenus pour l'analyse.

Dans un premier temps, nous examinerons la littérature consacrée au contrôle de gestion dans les établissements de santé. Dans un deuxième temps, nous analyserons les travaux portant sur la qualité des services de santé. Enfin, nous étudierons les liens entre le contrôle de gestion et la qualité des services de santé, en mettant particulièrement l'accent sur l'impact du premier sur la seconde.

1. Le contrôle de gestion dans les établissements de santé : cadre conceptuel

1.1. Définition du contrôle de gestion dans la santé

Les organisations de santé poursuivent souvent des missions complexes, marquées par des exigences concurrentes de solvabilité financière et de qualité des soins. Un exemple classique de cette complexité est illustré par le cabinet McKinsey & Company, sollicité comme consultant par un hôpital désireux d'élaborer une stratégie d'enseignement médical. Les raisons invoquées pour justifier un programme entièrement nouveau tenaient au fait que ses compétences distinctives se situaient au-delà du périmètre habituel, soit dans le traitement d'urgence vital et radical, qui exigeait une infrastructure minimale, soit dans la prévention non spécifiquement liée aux soins hospitaliers. Cela illustre la complexité et la diversité des objectifs que les établissements de santé doivent gérer.

L'une des difficultés majeures tient au fait que les établissements de santé requièrent des SCG capables d'intégrer leur double finalité : la qualité des soins et la solvabilité financière. Abernethy et Stoelwinder (1991) soulignent que les systèmes de management hospitalier doivent articuler processus cliniques et administratifs pour répondre aux exigences des différentes parties prenantes, notamment les patients, les régulateurs et les financeurs (dont beaucoup peuvent également siéger au conseil d'administration). Le CG dans la santé peut se décliner en approches traditionnelles et modernes. La comptabilité financière, fondée sur les résultats passés, constitue la méthode traditionnelle de CG dans la santé. Cette approche a servi à aligner la performance future sur les résultats antérieurs, principalement par le suivi de la performance financière. Hopper et al. (1987) soutiennent que les méthodes de contrôle traditionnelles se concentrent avant tout sur la comparaison des coûts historiques et la conformité à des objectifs financiers prédéterminés. Dans ces modèles traditionnels, des outils

de contrôle tels que la budgétisation, la comptabilité analytique et l'analyse des écarts servent principalement à surveiller la performance financière dans des limites fixées. Les méthodes traditionnelles sont toutefois souvent critiquées pour leur incapacité à saisir la complexité de la prestation des services de santé. Abernethy et Chua (1996) ont fait valoir que les cadres de CG traditionnels négligent fréquemment les dimensions non financières de la performance, comme les résultats pour les patients, la satisfaction et la qualité des soins, qui sont pourtant au cœur de la mission hospitalière. Ces critiques ont favorisé l'évolution des SCG, désormais appelés à répondre plus efficacement aux exigences contemporaines du secteur de la santé. Des systèmes modernes, plus flexibles, intégratifs et tournés vers l'avenir, ont ainsi émergé pour remplacer les anciens modèles.

Le CG moderne dans la santé prolonge les méthodes traditionnelles tout en intégrant des indicateurs financiers et non financiers. L'introduction du Balanced Scorecard par Kaplan et Norton en 1992 a marqué un saut significatif dans le CG.

1.2. Évolution des outils de contrôle de gestion dans les établissements de santé

À leurs débuts, les établissements de santé recouraient à des outils simples, comme les tableaux de bord financiers et l'analyse des écarts, pour piloter la performance. Bien que ces premiers systèmes aient été efficaces pour suivre les coûts et garantir le respect des plans financiers, ils étaient réactifs et de portée limitée, centrés avant tout sur la performance financière. À mesure que les structures de santé se sont développées pour offrir de meilleurs soins à moindre coût, la disponibilité limitée des ressources humaines et spatiales, conjuguée à l'exigence croissante d'une amélioration de la qualité des soins à coûts maîtrisés et dans des délais de réponse plus courts, a mis en évidence les limites des méthodes traditionnelles de mesure de la performance (Anthony, 1988).

- ***Les années 1980 et 1990***

Cette période a vu une intégration accrue d'indicateurs comme les indicateurs clés de performance (KPI) en tant qu'outil de gestion des patients. Elle est considérée comme l'une des plus marquantes de l'histoire du management de la santé, de nombreux gestionnaires contemporains estimant que ses effets se font encore sentir aujourd'hui. Cette vision globale de l'évaluation de la performance combinait indicateurs financiers et non financiers pour mesurer la performance globale (Parker, 1996). Les KPI portaient notamment sur la satisfaction des patients, la productivité du personnel et les résultats cliniques. Les établissements de santé ne suivaient donc plus seulement leur performance financière, mais commençaient aussi à évaluer ces éléments non financiers. Atkinson et al. (1997) soutiennent que les KPI ont révolutionné le

paysage managérial de la santé en offrant une vue plus globale de la performance institutionnelle.

- ***Développement des outils de contrôle opérationnel***

L'introduction du Balanced Scorecard (BSC) par Kaplan et Norton (1992) a entraîné des changements sans précédent dans les outils de CG de la santé. Alors que les outils de performance antérieurs se concentraient surtout sur des indicateurs financiers, le BSC a permis aux organisations d'évaluer le management et la performance selon quatre dimensions : la performance financière, la satisfaction des patients, les processus internes, ainsi que l'apprentissage et la croissance (Kaplan & Norton, 1996). En ajoutant des indicateurs non financiers au système de management de la performance, le BSC a remédié à l'une des principales limites des outils antérieurs : l'exclusion d'aspects non financiers importants du management de la santé.

Le BSC a été largement adopté dans le secteur de la santé parce qu'il permet aux organisations d'aligner leurs objectifs stratégiques sur leurs pratiques opérationnelles (Zelman et al., 2003). Ainsi, un hôpital qui utilise le Balanced Scorecard peut mesurer simultanément ses résultats financiers, ses niveaux de satisfaction des patients et l'efficience de ses processus cliniques (Inamdar et al., 2002). Cette approche équilibrée permet aux hôpitaux d'offrir des soins de haute qualité tout en respectant les contraintes financières, ce que les établissements de santé ont eu du mal à réaliser de manière constante.

Avec l'avènement de systèmes plus dynamiques et en temps réel, le Balanced Scorecard a évolué vers des outils tels que les tableaux de bord de performance (Behn, 2003). Les tableaux de bord permettent désormais aux administrateurs hospitaliers de suivre en temps réel des indicateurs clés comme les temps d'attente des patients, les taux d'utilisation du personnel et les résultats cliniques, supprimant les délais associés aux systèmes de reporting traditionnels (comme l'attente du rapport trimestriel suivant). Les tableaux de bord de performance sont aujourd'hui largement utilisés dans les organisations de santé comme outils de collecte et de visualisation des données en temps réel, fournissant aux décideurs les informations dont ils ont besoin pour procéder rapidement à des ajustements opérationnels ou stratégiques (Grigoroudis et al., 2012). Comme l'observent Palvannan et Teow (2012), ces tableaux de bord sont essentiels à l'amélioration de l'efficience opérationnelle, car ils permettent de repérer les goulets d'étranglement dans le flux des patients et de réaffecter les ressources en conséquence.

- ***Application des principes de performance***

Dans la santé moderne, les outils de CG se sont étendus au-delà du Balanced Scorecard pour englober une variété de systèmes de mesure de la performance. Les tableaux de bord en constituent un système clé. Arah et al. (2006) notent que les KPI sont désormais adaptés à des résultats sanitaires spécifiques, comme la sécurité des patients, les taux d'infection et les taux de réadmission. Ce type d'information permet aux services d'améliorer leurs opérations cliniques et, in fine, les soins reçus par les patients.

Par ailleurs, le benchmarking s'est imposé comme un outil déterminant pour les établissements de santé. En comparant leur performance aux normes du secteur ou à celle de leurs pairs, les prestataires de soins qui recourent au benchmarking peuvent identifier des axes d'amélioration et fixer des seuils de performance (Hoque, 2014). Leatherman et Sutherland (2003) soutiennent que le benchmarking est particulièrement efficace pour stimuler l'amélioration continue dans la santé, car il incite les établissements à adopter les meilleures pratiques d'autres secteurs et à viser une performance accrue.

1.3. Rôle stratégique du contrôle de gestion dans les organisations de santé

Dans les établissements de santé, le CG joue un rôle déterminant qui influence à la fois la prise de décision stratégique et l'efficience ou la productivité de l'organisation. Dans un secteur aussi diversifié et en constante évolution que celui de la santé, la conciliation entre une gestion financière rigoureuse, la disponibilité des services, l'attention portée aux patients et la qualité des soins, tout en respectant les exigences réglementaires, ne peut être assurée sans des SCG intégrés aux pratiques quotidiennes des gestionnaires. Otley (1999) souligne que le rôle des SCG consiste à la fois à surveiller la performance financière globale et à veiller à ce que l'ensemble des activités soient cohérentes avec les objectifs stratégiques de l'organisation. Cet alignement est essentiel pour que les organisations de santé délivrent des soins de haute qualité qui restent financièrement viables.

En milieu sanitaire, les choix stratégiques impliquent généralement un arbitrage entre objectifs (par exemple, améliorer les résultats pour les patients tout en maîtrisant les coûts). Pour Abernethy et Stoelwinder (1991), les SCG dans la santé aident les gestionnaires à intégrer les processus cliniques et administratifs, formant ainsi une stratégie plus unifiée. Des outils tels que le Balanced Scorecard (BSC) permettent par exemple aux organisations de santé de suivre de multiples dimensions de la performance : financière, satisfaction des patients, conduite des processus internes, apprentissage et croissance (Kaplan & Norton, 1992). En capturant des données selon ces axes, les SCG permettent aux dirigeants de la santé d'opérer des choix

stratégiques éclairés tenant compte de la dimension financière (profits ou pertes) comme de tous les autres aspects non monétaires de la performance organisationnelle.

Pour que les organisations de santé atteignent leurs objectifs stratégiques de long terme, un CG efficace est déterminant. Des SCG efficaces établissent le lien entre les objectifs stratégiques d'une organisation et ses opérations quotidiennes, comme le rappellent Malmi et Brown (2008). Cette articulation est cruciale dans la santé : si l'efficience opérationnelle se dégrade, la qualité des soins se dégrade avec elle. Les dirigeants de la santé ne peuvent se contenter du bon sens : ils doivent veiller à ce que leurs décisions reposent sur des données statistiquement significatives, démarche bénéfique tant à l'efficience qu'aux résultats pour les patients. Ainsi, un hôpital cherchant à réduire les taux de réadmission peut mobiliser des techniques de CG pour repérer les étapes inutiles du processus de sortie des patients et concevoir des mesures ciblées pour y remédier (Naranjo Gil, 2009). Les SCG renforcent en outre les capacités de planification stratégique des organisations de santé en leur permettant d'analyser leur situation interne et de scruter les défis externes. Simons (1995) suggère que les SCG jouent un rôle diagnostique, en fournissant aux gestionnaires des informations leur permettant, à tout moment, de juger si et où leurs stratégies doivent être ajustées.

Dans des environnements à ressources contraintes comme la santé, où des budgets serrés signifient que la demande de services excédera toujours l'offre et où une allocation efficace des ressources dépend d'informations exactes (Anthony et Govindarajan, 2007), les SCG permettent aux gestionnaires de surveiller de près l'usage des ressources et de localiser les domaines susceptibles d'être rationalisés. Avec les tableaux de bord de performance, il est par exemple possible de suivre en temps réel l'utilisation du personnel et les flux de patients, offrant aux gestionnaires les moyens d'optimiser les effectifs et de consolider les points faibles de la prestation des soins (Grigoroudis et al., 2012).

Les SCG permettent aux organisations de santé d'améliorer continuellement leurs processus en reliant leur réussite financière future aux indicateurs de performance du présent. Parmi les outils de CG que les hôpitaux peuvent mobiliser figurent la comptabilité par activités (ABC) et les capacités d'amélioration des processus. En examinant les pratiques des prestataires et en identifiant des opportunités de changement, les gestionnaires peuvent réduire le coût des soins. Parce que cette méthode de comptabilité par activités permet aux hôpitaux d'imputer plus précisément les coûts à des services ou départements particuliers, l'ABC peut mettre en évidence les domaines où des ressources sont gaspillées (Kaplan & Anderson, 2004). Une telle

analyse est essentielle pour les organisations de santé qui cherchent à maximiser leur efficience-coût sans compromettre la qualité des soins.

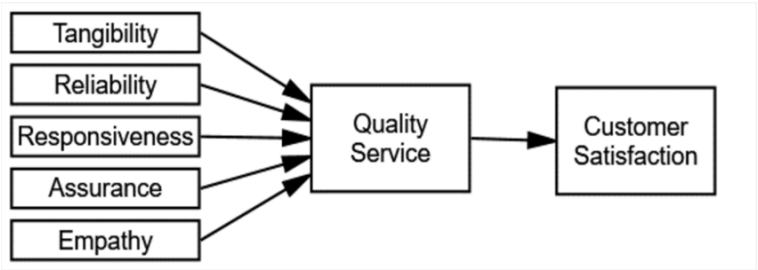
2. La qualité des services de santé : approches théoriques et pratiques

2.1. Définition et dimensions de la qualité dans les services de santé

L'un des modèles répandus pour mesurer la qualité des soins est le modèle SERVQUAL. Conçu à l'origine comme un instrument destiné aux organisations de services, il a été adapté à la santé en raison de son attention portée à la perception des patients. Le modèle estime la qualité en mesurant l'écart entre les attentes des patients et les services effectivement reçus, selon cinq dimensions clés : les éléments tangibles, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie. Ces dimensions couvrent un large éventail de l'expérience patient, de l'environnement physique d'un établissement de santé (tangibles) au professionnalisme et à la compassion dont font preuve les soignants (empathie).

Le modèle convient particulièrement au milieu médical, où les attentes des patients peuvent fortement varier selon les besoins individuels, les différences culturelles et le type de services médicaux fournis. Malgré sa large diffusion, SERVQUAL a fait l'objet de critiques en raison de son centrage jugé trop étroit sur la perception des patients. Des pressions se sont exercées pour y intégrer des indicateurs plus objectifs de la qualité des soins.

Figure N°1 : *Le modèle SERVQUAL*



Source : adapté de Parasuraman et al. (1988).

Pour répondre à ce besoin, le modèle de Donabedian fait figure de référence. Donabedian (1980) le décrit comme un schéma complet de mesure des services de santé qui divise la qualité en trois composantes interdépendantes : la structure, le processus et le résultat.

Renvoyant aux cadres dans lesquels les soins sont dispensés (et incluant des éléments comme les hôpitaux), la première dimension est qualifiée de « structure de la prestation ». Dans la santé, elle pose par exemple les questions suivantes : « Le personnel en poste est-il en nombre suffisant ? », « Quel est le niveau de qualité et de modernité des équipements et des bâtiments utilisés pour les soins et les traitements ? ». Le processus renvoie quant à lui à la manière dont les soins sont dispensés : diagnostic, traitement et suivi du patient. Il s'intéresse au respect ou non des

recommandations de pratique clinique (de sorte que seules les étapes sûres soient suivies). Enfin, les résultats des soins, par exemple les taux de récupération des patients et l'amélioration globale de l'état de santé, peuvent être mesurés. À cet égard au moins, le modèle de Donabedian tend vers une vision plus complète et centrée sur le patient de la qualité des soins. Ces modèles théoriques mettent en évidence la nécessité d'évaluer les services de santé selon diverses dimensions. L'une des plus importantes est la sécurité des patients. Elle consiste à éviter l'inconfort et la souffrance inutiles afin de poursuivre la prestation des soins. Vincent et al. (2001) définissent la sécurité des patients comme la prise en charge des erreurs ou des effets indésirables ; la sécurité constitue donc une composante essentielle d'une bonne qualité. Ces dernières années, la sécurité des patients est devenue une préoccupation majeure des organisations de santé du monde entier, à mesure que se multipliaient les signalements d'erreurs médicales et de préjudices évitables à l'hôpital. Des outils tels que les systèmes de signalement des incidents, les audits cliniques et les listes de contrôle de sécurité ont été largement déployés pour reconnaître les risques et promouvoir une meilleure sécurité des patients dans les systèmes de santé (Pronovost et al., 2006).

Un autre facteur important est l'« accessibilité », c'est-à-dire la facilité avec laquelle les patients peuvent accéder aux services de santé, autrement dit leur capacité à obtenir ce dont ils ont besoin lorsque le besoin survient. Selon Gulliford et al. (2002), l'accessibilité ne recouvre pas seulement la proximité physique des sites de soins, mais aussi l'éventail des services disponibles, le coût et l'absence de barrières telles que les temps d'attente. Dans de nombreux systèmes de santé, en particulier des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'accès aux soins est entravé par le manque de ressources, des infrastructures inadéquates et des inégalités sociales. Améliorer l'accessibilité est essentiel pour garantir que chacun, quelle que soit sa situation, reçoive un traitement en temps voulu et sans retard inutile.

La « productivité » constitue la troisième mesure de la qualité. Elle désigne la mesure dans laquelle les ressources peuvent être mobilisées pour dispenser les soins les plus efficaces. Porter et Teisberg (2006) affirment que la productivité dans les services de santé ne consiste pas seulement à réduire les coûts, mais aussi à accroître la valeur pour les patients, dimension désignée comme la qualité. Pour y parvenir, les hôpitaux et les cliniques doivent utiliser plus efficacement leurs actifs en éliminant les gaspillages et en simplifiant les processus ; ils doivent aussi supprimer les examens ou traitements superflus. La productivité est toutefois profondément liée à la performance de l'organisation et à ses objectifs de développement

durable, les hôpitaux devant concilier l'impératif des soins aux patients avec les réalités économiques d'un travail mené dans des environnements à faibles ressources.

2.2. Indicateurs de qualité et méthodes de mesure

Pour évaluer et améliorer la prise en charge médicale, les indicateurs de qualité et les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients constituent des champs essentiels de l'assurance qualité. La mesure de ces indicateurs de performance fournit non seulement des résultats quantifiables comparables d'un établissement à l'autre, mais offre aussi une démarche structurée d'évaluation d'un système de santé au regard des résultats pour les patients et de l'efficience globale. La tâche managériale consiste à aider les gestionnaires des établissements médicaux à intégrer ces mesures dans leurs systèmes de management afin de garantir des soins véritablement de haute qualité. Ainsi, la satisfaction des patients, les temps d'attente et les taux de réadmission constituent trois indicateurs clés de performance. Ils offrent des perspectives différentes sur la performance sanitaire : la satisfaction relative à la dimension des soins ; l'information sur les délais de prise en charge ; et les taux de réadmission, façonnés par des facteurs tels que les politiques de santé ou la localisation. L'interprétation et l'articulation de ces indicateurs supposent toutefois de comprendre les différences entre mesures quantitatives et mesures qualitatives de la performance sanitaire. La satisfaction des patients constitue un autre domaine où elle fait office d'indicateur de qualité des soins dans le secteur médical. Cet indicateur reflète la manière dont les patients perçoivent les soins et l'expérience que leur procurent les médecins. Selon Crow et al. (2002), la satisfaction des patients englobe une multitude de facteurs touchant aux divers éléments dans lesquels les soins prennent place : la qualité de la communication avec le personnel médical et la coordination des équipes soignantes. Des taux élevés de satisfaction des patients à l'égard de leurs soins sont fortement corrélés à l'adhésion au programme thérapeutique, à une faible incidence de plaintes pour faute et à de bons résultats pour les patients. À l'inverse, Bleich et al. (2009) insistent sur le fait que, les attentes des patients pouvant être subjectives et la perception de chacun étant toujours influencée par l'expérience personnelle, il est difficile pour les soignants de les maîtriser entièrement. Aussi, bien que la satisfaction des patients demeure une mesure importante de la qualité médicale, elle doit être combinée à des indicateurs plus objectifs pour offrir une évaluation complète.

Un autre signe révélateur de la qualité des soins réside dans la durée d'attente des patients pour accéder aux services, qu'il s'agisse des urgences ou d'une chirurgie programmée. Selon Ronen et Pliskin (2006), « les longs délais sont le fléau de nombreuses admissions en santé ; ils

entraînent une détérioration de l'état des patients et des évaluations de satisfaction plus basses, tant pour les patients que pour le personnel ». Les temps d'attente constituent en outre un indice quantitatif de l'efficience et de la capacité du système. La recherche a montré que de longs temps d'attente sont associés à une perception négative de la qualité du traitement par les patients et à une anxiété accrue, en particulier aux urgences. De nombreux établissements médicaux dépourvus d'un travail d'équipe durable ont adopté des procédures organisationnelles rationalisées. Ces démarches permettent notamment de repérer et de supprimer les inefficiences dans le flux des patients, réduisant les temps d'attente et améliorant le service rendu. Il doit être clair, cependant, que la réduction des temps d'attente ne saurait compromettre le niveau de soins dispensés. Privilégier excessivement la rapidité au détriment de l'exhaustivité du traitement pourrait en effet dégrader la qualité des soins, avec à la clé de possibles résultats négatifs pour les patients.

Les taux de réadmission constituent un autre indicateur majeur de la qualité des soins ; ils reflètent le pourcentage de patients sortis qui sont réhospitalisés dans un délai donné, généralement 30 jours. Les taux de réadmission font office d'indice de la qualité des soins dispensés lors d'un premier séjour hospitalier. Un taux de réadmission élevé peut signaler une planification de sortie défaillante, une éducation du patient insuffisante ou une absence de suivi. Selon Jencks et al. (2009), près d'un participant à Medicare sur cinq aux États-Unis est réhospitalisé dans les 30 jours, à un coût considérable pour le système de santé. La réduction des taux de réadmission est aujourd'hui un axe majeur de la réforme de la santé dans ce pays et passe par des dispositifs tels que le Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP), qui pénalise les hôpitaux affichant des réadmissions élevées. Les nombreux facteurs conduisant à la réadmission d'un patient sont complexes et multidimensionnels. Les conditions socio-économiques, les comorbidités du patient et les systèmes de soutien externes contribuent tous à déterminer s'il sera réadmis. Aussi, bien que les taux de réadmission fournissent des informations importantes sur la qualité des soins, ils doivent être interprétés avec prudence et utilisés conjointement à d'autres indicateurs pour qu'un tableau complet de la performance sanitaire puisse se dégager. Un élément important dans la définition de la qualité des soins, du point de vue de la mesure, de la collecte de données et de l'usage de ces données pour évaluer les services, est la distinction entre mesures quantitatives et qualitatives. Les mesures quantitatives, comme les temps d'attente et les taux de réadmission, fournissent des chiffres tangibles et vérifiables, exploitables dans la durée (Donabedian, 2005).

2.3. Facteurs influençant la qualité des services de santé

De multiples facteurs peuvent influencer la qualité des services de santé, notamment les ressources humaines, les processus internes et le développement continu des compétences. La disponibilité, les compétences et la motivation des professionnels de santé déterminent directement la qualité des soins dispensés. Des systèmes de santé efficaces requièrent des équipes bien formées et en nombre suffisant. Ces structures ont besoin que le travail soit accompli correctement, en particulier en situation d'urgence, car le manque de personnel qualifié entraîne des retards dans les traitements, un gaspillage des ressources et des expériences patients insatisfaisantes.

Dans ses travaux, Mosadeghrad (2014) identifie plusieurs facteurs, parmi lesquels les ressources humaines, la technologie et les processus internes. Il insiste sur le fait que le personnel médical doit maintenir un haut niveau de professionnalisme et de compétence pour garantir des diagnostics exacts et des traitements efficaces. La qualité des processus internes, les systèmes de gestion des patients, la distribution des ressources et les protocoles de communication sont autant d'éléments clés. Si les processus sont inefficaces, des engorgements apparaissent dans les parcours de soins, le patient est insatisfait du service rendu et des problèmes passent inaperçus.

Le travail d'équipe interdisciplinaire est un autre élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins. Dans leurs recherches, Nancarrow et al. (2013) dégagent dix principes d'un bon travail d'équipe interdisciplinaire. Leurs travaux ont montré que des équipes performantes peuvent améliorer les résultats pour les patients en favorisant les partenariats entre disciplines. Les besoins des patients sont ainsi pris en charge de manière globale, sans rupture dans le traitement, et l'efficience opérationnelle d'ensemble s'en trouve accrue.

Le développement professionnel continu est important pour maintenir et rehausser la qualité des soins. Frenk et al. (2010) estiment que les systèmes de santé devraient allouer des fonds suffisants à la formation continue et au perfectionnement technique des professionnels de santé. Cela permettrait, selon eux, de préparer une main-d'œuvre capable de répondre à des demandes fortement accrues sous l'effet des réformes mondiales de la santé. Le développement continu des compétences garantit non seulement que les soignants conservent leur niveau, mais améliore aussi leur capacité à offrir des soins centrés sur le patient.

3. Intégration du contrôle de gestion et de la qualité des services dans les établissements de santé

3.1. Impact du contrôle de gestion sur la qualité des soins

L'impact du CG sur la qualité des soins est bien documenté. Des systèmes de management efficaces peuvent améliorer des indicateurs de qualité clés tels que la réduction des erreurs, la satisfaction des patients et la gestion des ressources. En recourant à ces systèmes, les établissements de santé peuvent aligner leurs objectifs stratégiques sur le processus opérationnel de prestation et, in fine, améliorer la prestation des services dans son ensemble. Anthony et Govindarajan (2007) estiment que les SCG fournissent aux administrateurs hospitaliers un cadre leur permettant de se concentrer sur les résultats, d'optimiser les processus pour maîtriser les coûts et rehausser la qualité, et de veiller à l'application rigoureuse des standards de qualité. Cette logique prend toute son importance tant pour la planification (durabilité) que pour l'offre d'un service de qualité aux patients. Un cas où les SCG influencent positivement la santé est la réduction des erreurs médicales. Doolin (2004) soutient que les SCG peuvent réduire les erreurs dans les procédures médicales grâce à des mécanismes tels que le suivi de la performance et des audits réguliers pour le contrôle de la responsabilité. De tels processus fournissent aux gestionnaires de la santé une rétroaction en temps réel sur les pratiques cliniques, afin que toute faille éventuelle puisse être corrigée avant qu'elle n'affecte la prise en charge. Les hôpitaux dotés de SCG complets et matures souffrent moins d'erreurs de médication et affichent de meilleurs indices de sécurité des patients. Les soignants peuvent discerner les irrégularités dans les protocoles de traitement grâce à ces informations en permanence disponibles, ce qui permet des corrections immédiates. Le champ des SCG a également un impact bénéfique sur la satisfaction des usagers. Les organisations qui ont déjà mis en œuvre des SCG peuvent améliorer continuellement la satisfaction des usagers grâce à une prestation de soins en temps voulu, à une allocation efficace des ressources et à une bonne communication entre le personnel et les patients. Le recours à des méthodes telles que le Balanced Scorecard offre aux gestionnaires de la santé une approche plus large du suivi, notamment de la satisfaction des patients (Naranjo Gil et Hartmann, 2007). Les organisations peuvent ainsi anticiper les plaintes de leurs patients avant qu'elles ne surviennent et offrir de meilleurs services.

3.2. Balanced Scorecard et amélioration continue des services de santé

Les outils de management jouent un rôle clé dans l'amélioration continue des services de santé, en fournissant la stratégie et la politique nécessaires au fonctionnement d'un tel système. L'un

des outils largement admis à cette fin est le Balanced Scorecard (BSC). Développé par Kaplan et Norton (1992), il vise à offrir une mesure complète de la performance en équilibrant indicateurs financiers et non financiers. Dans le secteur de la santé, le BSC ne se limite pas à l'évaluation de la performance financière ; il intègre également, de manière équilibrée, la satisfaction des patients, l'efficacité des processus internes de management ainsi que l'apprentissage et l'amélioration continue. En combinant ces points de vue avec son orientation de compétitivité financière, le BSC garantit que les opérateurs de santé peuvent atteindre leur double objectif : réaliser un bénéfice et fournir des services de qualité équitable.

Le cadre du BSC revêt une importance particulière dans la santé, car il traite de la complexité de la prestation de soins, qui suppose de concilier qualité et efficience-coût. Comme le montrent Inamdar et Kaplan (2002), le BSC a été employé avec succès dans des hôpitaux pour améliorer les résultats des patients sans perdre le contrôle financier.

Un deuxième ingrédient déterminant de l'amélioration continue des soins réside dans l'utilisation, par les organisations de santé, de mesures de performance spécifiques à la qualité (KPI). Les KPI sont des indices que les prestataires mettent en œuvre sur des aspects clés de leur performance, comme la sécurité des patients, les épidémies, les délais de traitement et les résultats des traitements. Pour reprendre l'exemple d'Arah et al. (2006), le suivi des KPI permet aux gestionnaires de la santé de repérer les inefficiences de leurs propres processus internes et d'engager des actions correctives. Ainsi, le suivi des taux d'infections nosocomiales peut conduire à l'instauration de règles d'hygiène plus strictes, avec pour effet bénéfique direct d'améliorer la sécurité des patients.

De plus, les KPI spécifiques à la qualité rendent le benchmarking et le suivi continu indispensables à l'amélioration continue. Comme le souligne Behn (2003), le suivi en temps réel via des tableaux de bord permet aux gestionnaires de la santé de procéder à des ajustements rapides des processus opérationnels, prévenant les retards et les goulets d'étranglement dans la prise en charge des patients.

3.3. Défis et limites de l'intégration

Les établissements de santé peuvent rencontrer de nombreuses difficultés lorsqu'ils tentent d'utiliser les outils de CG pour l'amélioration de la qualité. Parmi les obstacles les plus fréquemment évoqués figurent la résistance au changement, les coûts élevés et la difficulté d'obtenir des indicateurs de performance adaptés au secteur de la santé. Burns et Scapens (2000) soutiennent que la résistance au changement s'enracine souvent dans la culture organisationnelle, en particulier dans la santé où les médecins peuvent percevoir les outils de

CG comme des contraintes plutôt que comme des aides à la prise en charge. Ces systèmes peuvent aussi être perçus comme menaçant l'autonomie des professionnels de santé et alourdissant leur charge de travail, ce qui explique que le personnel médical puisse y résister.

Comme le notent Abernethy et Chua (1996), les professionnels de santé estiment souvent que les outils de CG sont trop bureaucratiques, ce qui les conduit à les considérer avec scepticisme et réticence. Pourtant, les systèmes de comptabilité de gestion peuvent non seulement favoriser un management efficace, mais aussi développer, chez les soignants, une culture de compréhension et de prise en compte des besoins des patients.

Un autre obstacle majeur tient au coût élevé de ces SCG sophistiqués. Kaplan et Norton (1996) soulignent que le support technique, la formation et la maintenance d'outils comme le Balanced Scorecard exigent un investissement de l'organisation dans ces compétences. Ces coûts peuvent dépasser la capacité financière des établissements de santé de petite taille, en particulier ceux dont les budgets sont déjà limités. L'entretien continu des mécanismes de collecte de données et la formation du personnel concerné s'additionnent et constituent ensemble un frein à la pleine appropriation de ces outils par les organisations de santé.

Conclusion

En définitive, l'application efficace des outils de CG dans les établissements de santé peut améliorer la qualité et l'efficience des services. Malgré des défis tels que les résistances, le coût élevé de l'adoption et la difficulté d'adapter les indicateurs de performance au milieu médical, ces obstacles ne sont pas insurmontables. Vaincre la résistance au changement suppose une participation et un engagement actifs des professionnels de santé, afin de mettre en place un système cohérent avec les pratiques cliniques et perçu comme bénéfique plutôt que comme une charge supplémentaire.

Cette lecture intégrative met en évidence que la contribution du CG à la qualité est contingente. L'efficacité des dispositifs dépend de la nature des indicateurs retenus, de leur alignement avec les objectifs de qualité, de la disponibilité et de la fiabilité des données, ainsi que de la manière dont les informations produites sont effectivement utilisées par les professionnels et les responsables de santé. La revue propose ainsi de considérer le CG comme un dispositif intermédiaire entre la mesure de la performance et l'action organisationnelle, plutôt que comme un simple mécanisme de contrôle financier.

Une mise en œuvre progressive est l'un des moyens d'atténuer le poids économique élevé de cette transformation : en commençant par des mesures plus simples, les établissements peuvent ensuite étendre et s'approprier le système innovant à un rythme soutenable. En outre, définir des indicateurs de performance spécifiques en tenant compte de résultats centrés sur la santé, comme la sécurité des patients et la qualité des soins, est essentiel pour que ces outils demeurent pertinents et efficaces à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

Abernethy, M. A., & Chua, W. F. (1996). A field study of control system "redesign": The impact of institutional processes on strategic choice. *Contemporary Accounting Research, 13*(2), 569–606.

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1990). Physicians and resource management in hospitals: An empirical investigation. *Financial Accountability & Management, 6*(1), 17–31. https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.1990.tb00325.x

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1991). Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: A test of the "fit" hypothesis in not-for-profit hospitals. *Accounting, Organizations and Society, 16*(2), 105–120.

Agoudal, A., Kaizar, C., Gaga, D., Hilmi, Y., & Benarbi, H. (2025). PPP et contrôle de gestion: une alliance paradoxale entre contrôle public et logique privée. International Journal of Research in Economics and Finance, 2(8), 85-108.

Amer, M., Hilmi, Y., & El Kezazy, H. (2024, April). Big Data and Artificial Intelligence at the Heart of Management Control: Towards an Era of Renewed Strategic Steering. In The International Workshop on Big Data and Business Intelligence (pp. 303-316). Cham: Springer Nature Switzerland.

Amer, M., & Hilmi, Y. (2024). ERP and the Metamorphosis of Management Control: An Innovative Bibliometric Exploration. Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias, 3.

Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M., ten Asbroek, A. H., & Custers, T. (2006). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care, 15*(5), 377–398.

Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis*. Harvard Business School Press.

Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management control systems*. McGraw-Hill/Irwin.

Atkinson, A. A., Waterhouse, J. H., & Wells, R. B. (1997). A stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Management Review, 38*(3), 25–37.

Behn, R. D. (2003). Why measure performance? Different purposes require different measures. *Public Administration Review, 63*(5), 586–606.

Bleich, S. N., Özaltin, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the healthcare system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization, 87*(4), 271–278.

Bourne, M., Neely, A., Mills, J., & Platts, K. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management, 20*(7), 754–771.

Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: An institutional framework. *Management Accounting Research, 11*(1), 3–25.

Carlos, K. M., Yassine, H., Driss, H., & Zahra, H. (2024). The Use of New Technologies in Management Control Systems and their Impact on Managerial Innovation. Pakistan Journal of Life and Social Sciences (PJLSS), 22(2).

Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: Findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society, 28*(2–3), 127–168.

Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). *Measures of patients' experience in hospital: Purpose, methods and uses*. The King's Fund.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment, 6*(32), 1–244.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly, 83*(4), 691–729.

Doolin, B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Information Systems Journal, 14*(4), 343–362.

Dubois, C. A., Nolte, E., & McKee, M. (2006). *Human resources for health in Europe*. World Health Organization.

Dounia, G. A. G. A., KAIZAR, C., AGOUDAL, A., BENARBI, H., & HILMI, Y. (2025). Transformation digitale et mutation du métier de contrôleur de gestion: revue de littérature et perspectives. Revue Française d'Economie et de Gestion, 6(3).

Dounia, G., Chaimae, K., Yassine, H., & Houda, B. (2025). ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND BIG DATA IN MANAGEMENT CONTROL OF MOROCCAN COMPANIES: CASE OF THE RABAT-SALE-KENITRA REGION. Proceedings on Engineering, 7(2), 925-938.

E. K. Hamza, A. Mounia, H. Yassine and I. Z. Haj Hocine, "Literature Review on Cost Management and Profitability in E-Supply Chain: Current Trends and Future Perspectives," 2024 IEEE 15th International Colloquium on Logisticsand Supply Chain Management (LOGISTIQUA), Sousse, Tunisia, 2024, pp. 1-6, doi: 10.1109/LOGISTIQUA61063.2024.10571529.

El Kezazy, H., & Hilmi, Y. (2023). The use of new technologies in management control systems and their impact on managerial innovation. Ouvrage collectif: Innovation Managériale et Changement Organisationnel.

el Kezazy, H., Hilmi, Y., Ezzahra, E. F., & Hocine, I. Z. H. (2024). Conceptual Model of The Role of Territorial Management Controller and Good Governance. Revista de Gestão Social e Ambiental, 18(7), e05457-e05457.

El Kezazy, H., & Hilmi, Y. (2023). Improving Good Governance Through Management Control in Local Authorities. International Review of Management And Computer, 7(3).

EL KEZAZY, H., & HILMI, Y. (2023). L'Intégration des Systèmes d'Information dans le Contrôle de Gestion Logistique: Une Revue de Littérature. Agence Francophone.

EL KEZAZY, H., & HILMI, Y. (2022). Towards More Agile Management: Literature Review of Information Systemsas the Pillar of Management Control. Revue Internationale du Chercheur, 3(4).

EL KEZAZY, H., & HILMI, Y. (2024). Le contrôle de gestion territorial: levier de la bonne gouvernance. Essaie sur le cas des collectivités territoriales au Maroc. Alternatives Managériales Economiques, 6(4), 287-305.

ESSAHLI, F. E., & HILMI, Y. (2026). Digitalisation et transformation du contrôle de gestion: vers un rôle de business partner. Agence Francophone, 689-706.

Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of the literature. *Health Services Management Research, 15*(2), 126–137. https://doi.org/10.1258/0951484021912897

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., & Fineberg, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet, 376*(9756), 1923–1958.

Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in healthcare organizations: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega, 40*(1), 104–119.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does "access to health care" mean? *Journal of Health Services Research & Policy, 7*(3), 186–188.

HILMI, Y. (2024). L'intégration des systèmes de contrôle de gestion via les plateformes numériques. Revue Economie & Kapital, (25).

Hilmi, Y. (2024). Cloud computing-based banking and management control. International Journal Of Automation And Digital Transformation, 3, 1-92.

HILMI, Y. (2024). Contrôle de gestion dans les banques islamiques: Une revue de littérature. Recherches et Applications en Finance Islamique (RAFI), 8(1), 23-40.

HILMI, Y., & HELMI, D. (2024). Impact du big data sur le métier de contrôleur de gestion: Analyse bibliométrique et lexicométrique de la littérature. Journal of Academic Finance, 15(1), 74-91.

HILMI, Y., & KAIZAR, C. (2023). Le contrôle de gestion à l'ère des nouvelles technologies et de la transformation digitale. Revue Française d'Economie et de Gestion, 4(4).

HILMI Y. (2024). Le contrôle de gestion au niveau des clubs sportives : Approche théorique. PODIUM OF SPORT SCIENCES

Hooper, T., Storey, J., & Willmott, H. (1987). Accounting for accounting: Towards the development of a dialectical view. *Accounting, Organizations and Society, 12*(5), 437–456.

Hoque, Z. (2014). 20 years of studies on the balanced scorecard: Trends, accomplishments, gaps, and opportunities for future research. *The British Accounting Review, 46*(1), 33–59.

Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management, 47*(3), 179–195.

Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine, 360*(14), 1418–1428.

KAIZAR, C., Dounia, G. A. G. A., & HILMI, Y. (2026). Intelligence artificielle et contrôle de gestion: leviers d'accountability et de gouvernance efficace. Agence Francophone, 576-607.

Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2004). Time-driven activity-based costing. *Harvard Business Review, 82*(11), 131–138.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review, 70*(1), 71–79.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business Press.

Kezazy, H. E., & Hilmi, Y. (2025). Promoting the Energy Transition Throughout Dealing with the Climate Change Issue. In Digital Technology for an Innovative Energy Transition: Perspectives and Opportunities (pp. 77-93). Cham: Springer Nature Switzerland.

Leatherman, S., & Sutherland, K. (2003). *The quest for quality: Refining the NHS reforms*. Nuffield Trust Report.

Li, L., & Benton, W. C. (2003). Hospital capacity management decisions: Emphasis on cost control and quality enhancement. *European Journal of Operational Research, 174*(2), 1668–1688.

Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package: Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research, 19*(4), 287–300.

Mintzberg, H. (1997). *The structuring of organizations*. Prentice Hall.

Modell, S. (2004). Performance measurement myths in the public sector: A research note. *Financial Accountability & Management, 20*(1), 39–55.

Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management, 3*(2), 77–89.

Mounia, A. M. E. R., & HILMI, Y. (2025). Impact des systèmes ERP sur les rôles du contrôleur de gestion dans les établissements publics: étude qualitative exploratoire. Revue Française d'Economie et de Gestion, 6(9).

Mounia, A. M. E. R. Evolution des outils de contrôle de gestion suite au rapprochement université-entreprise: cas d'un établissement public. In Actes du Colloque International Coopération Université-Entreprise: d'une recherche «sur» l'entreprise à une recherche «avec» l'entreprise. (p. 64).

Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health, 11*(1), 19.

Naranjo-Gil, D. (2009). The influence of environmental and organizational factors on innovation adoptions: Consequences for performance in public sector organizations. *Technovation, 29*(12), 810–818.

Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2007). How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy, 81*(1), 29–41.

Otley, D. (1999). Performance management: A framework for management control systems research. *Management Accounting Research, 10*(4), 363–382.

Palvannan, R. K., & Teow, K. L. (2012). Queueing for healthcare. *Journal of Medical Systems, 36*(2), 541–547.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing, 49*(4), 41–50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12–40.

Parker, L. D. (1996). Broad scope accounting and organizational performance. *Accounting and Business Research, 26*(2), 145–160.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine, 355*(26), 2725–2732.

Ronen, B., & Pliskin, J. S. (2006). *Focused operations management for health services organizations*. Jossey-Bass.

Simons, R. (1995). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press.

Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ, 322*(7285), 517–519.

Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning, 6*(3–4), 247–263.

World Health Organization. (2020). *Quality health services: A planning guide*. Geneva: World Health Organization.

Yassine, H., Houmame, A. A., Amine, A., & Driss, H. (2024). Governance Optimization through Territorial Management Control in Local Authorities. Pakistan Journal of Criminology, 16(04), 93-110.

Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance, 29*(4), 1–16.