



## **L'efficacité du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics du Togo caractérisés par des acteurs aux statuts professionnels différents**

**Tei Essokpazim Casimir PEREZI**

Doctorant, à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (Fa.SEG)  
Université de Kara – Togo (Afrique)  
B.P : 43 Kara – Togo. E-mail : casimirperez@gmail.com

**Tanko Awoki TANKPE**

Maître de conférences Agrégé à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (Fa.SEG)  
Université de Kara – Togo (Afrique)  
B.P : 43 Kara – Togo. E-mail : hyacinthe2@yahoo.com  
Laboratoire de Recherche en Economie Appliquée et de Gestion (LaREAG).

**Yao Messah KOUNETSRON**

Maître de conférences Agrégé, à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (Fa.SEG)  
Université de Lomé (Afrique), E-mail : messahyao@gmail.com

### **RESUME**

Alors que la fonction CDG existe depuis des décennies dans le secteur privé, elle peine à émerger dans la sphère publique du Togo et plus particulièrement dans les établissements publics hospitaliers malgré les réformes et les directives traduisant la volonté de piloter par les objectifs, définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation. Si pour plusieurs auteurs l'adoption du contrôle de gestion par les entreprises est justifiée par la corrélation positive entre sa mise en place et l'augmentation de la performance de l'entreprise, nous avons voulu explorer l'efficacité du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics du Togo caractérisés par des acteurs ayant des statuts professionnels différents. Cette étude qui se positionne dans une démarche qualitative exploratoire veut savoir si les outils qui servent de pilotage des performances dans les hôpitaux publics au Togo sont efficaces en termes d'influence des comportements des acteurs aux statuts professionnels différents pour l'atteinte des performances hospitalières. Le CDG étant dans les mains des acteurs, cette étude a été réalisée auprès de 8 gestionnaires composés de (Directeurs, Directeurs adjoints, et collaborateurs directs) ainsi qu'auprès de 15 chefs de service de soin (Médecins chefs et surveillants de services) dans deux hôpitaux (CHU et CHR). Lorsque spécifiquement nous faisons un bref aperçu sur la cartographie de ces hôpitaux publics, celle-ci révèle que, les performances sont limitées et reprochées ; carences liées aux faiblesses de pilotage, à l'inefficacité de la pratique du CDG, à l'incomplétude du déploiement des outils nécessaires au CDG et au non prise en compte d'un facteur contingent qui caractérise tous les hôpitaux publics du Togo, celui de la pluralité des statuts professionnels des différents acteurs. Pour remédier à cette situation et booster les hôpitaux

vers l'atteinte des performances souhaitées, unanimement les préconisations ont mis l'accent sur les « réformes profondes » de tout le système hospitalier et qu'elles s'avèrent nécessaires et urgentes.

***Mots clés : Efficacité du Contrôle de Gestion, Performances limitées des Etablissements publics de santé, acteurs aux statuts professionnels différents, réformes hospitalières.***

## **The effectiveness of management control in Togo public hospitals characterized by stakeholders with different professional status.**

### **ABSTRACT:**

While the management control function has existed for decades in the private sector, it is struggling to emerge in the public sphere of Togo and more particularly in public hospitals despite the reforms and directives reflecting the desire to drive by the objectives, defined in function objectives of general interest, as well as the results expected and subject to an evaluation. If for several authors the adoption of management control by companies is justified by the positive correlation between its implementation and the increase in the performance of the company, we wanted to explore the effectiveness of management control in company's public hospitals in Togo characterized by actors with different professional status. This study, which is positioned in a qualitative exploratory approach, wants to know if the tools that serve as performance management in public hospitals in Togo are effective in terms of influencing behaviors of actors with different professional statuses for the achievement of hospital performance. As the management control is in the hands of the actors, this study was carried out with 8 managers composed of (Directors, Deputy Directors, and direct collaborators) as well as with 15 heads of care services (Chiefs and Supervisors of Services) in two hospitals (CHU and CHR). When we specifically give a brief overview of the mapping of these public hospitals, this one reveal that, the performances are limited and reproached; weaknesses in piloting, the inefficiency of the management control practice, the incompleteness of the deployment of the tools required by the management control and the disregard of a contingent factor that characterizes all public hospitals in Togo; the plurality of professional status of the different actors. To remedy this situation and boost hospitals to achieve the desired performance, unanimously the recommendations have emphasized the "profound reforms" of the entire hospital system and that they are necessary and urgent.

**Keywords: Effectiveness of Management Control, Limited performance of public health institutions, actors with different professional status, hospital reforms.**

## INTRODUCTION

Depuis les années 1990, tous les pays se sont engagés dans un mouvement de réforme de leur sphère publique. Ces réformes, rassemblées sous le terme de « *New Public Management* », sont mises en œuvre à travers une panoplie d'outils et dispositifs de gestion inspirés du secteur privé. L'objectif étant d'améliorer le mode de fonctionnement et la performance des organisations publiques. Cependant, en pratique, ces outils ne sont pas toujours mis en application ou sont détournés de leur usage initialement prévu (Boiral, 2004; Lozeau, 2004).

La performance de la gestion publique se définit notamment selon trois axes : l'efficacité (l'impact, ou résultat final) de l'action des administrations (rapport entre les objectifs et les réalisations) ; la qualité du service apporté (rapport entre les objectifs et les moyens) et l'efficience de la gestion (amélioration du rapport entre les moyens consommés et les réalisations). Or, comme outil de la performance, le contrôle de gestion aide à recentrer l'organisation sur les actions qui contribuent le plus à l'atteinte des objectifs de performance.

Dans le secteur de la santé, et plus particulièrement en Afrique, les questions relatives à la performance ne connaissent pas encore les succès attendus. En ce sens, l'OMS, dans son rapport en 2009, sur l'amélioration de la performance des hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale déclare, « *il est impératif que les États Membres améliorent la performance de leurs hôpitaux s'ils veulent offrir aux patients du XXI<sup>e</sup> siècle des services de qualité et un bon rapport coût-efficacité. Cela est possible grâce à l'analyse et à la maîtrise des coûts associés au financement des hôpitaux, au renforcement des fonctions de direction et de gestion hospitalières, à l'introduction du concept de gouvernance clinique et à l'utilisation de l'outil d'évaluation de la performance pour améliorer la qualité dans les hôpitaux* ».

Pour faire face à cette crise du système hospitalier, plusieurs Etats ont adopté des choix politiques à travers la réforme hospitalière. Les établissements publics hospitaliers doivent passer d'une organisation purement administrative à celle « d'entreprise », tout en garantissant la réalisation des missions de service public. Les hôpitaux publics se trouvent ainsi confrontés aux tensions entre équilibre budgétaire, méthodes de financement et qualité des soins, ce qui oblige les responsables hospitaliers à revoir leur mode de gestion tiraillé entre la gestion privée et la mission de service public. Ce système, même basique nécessite la présence d'une fonction de Contrôle de gestion (CDG). Ce dernier a pour but de s'assurer que les ressources de l'organisation sont utilisées avec efficacité et efficience pour l'atteinte des objectifs de celle-ci. Le contrôle de gestion tel que défini par Anthony (1965), s'applique à toute organisation. Cependant, le contexte d'application de ce contrôle de gestion dépend du pays où l'on se trouve, et de la spécificité de son environnement économique, social et juridique.

Au Togo la fonction contrôle de gestion peine à émerger dans la sphère publique malgré la directive N°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant lois de finances au sein de l'UEMOA et le contexte actuel de passage d'une logique de moyens à une culture de résultats, c'est-à-dire de performance. La directive traduit une volonté de piloter en fonction d'objectifs, pour lesquels des cibles de réalisation sont définies. Actuellement, la plupart des établissements publics sanitaires, sont confrontés à d'énormes difficultés tant structurelles que conjoncturelles qui constituent des freins à l'accomplissement de leurs missions malgré les mesures prises (décret n° 90-191/PR, relatif à l'organisation des établissements hospitaliers de la République Togolaise du 26 décembre 1990 le décret N°90-192/PR toujours du 26 décembre 1990), dans le but de palier à ces dérives.

Selon Abord de Chatillon et Desmarais (2012), les reformes hospitalières s'articulent autour de trois composantes (meilleure maîtrise des coûts, responsabilisation, contractualisation) dont le dénominateur commun est la recherche de performance. En effet, en dépit de ces appels à l'introduction d'un ensemble d'outils managériaux novateurs, il est fort étonnant de constater que, les pratiques de CDG se font dans un cadre non institutionnel. Ceux qui s'occupent du CDG ne sont pas toujours les contrôleurs de gestion. Toutefois, les acteurs de l'hôpital public n'ont pas une perception erronée de la performance, mais leurs préoccupations se situent plus à l'équilibre financier et la qualité des soins. L'autre constat, est celui de la pluralité des statuts professionnels au sein des hôpitaux publics quelque soit leur positionnement dans l'organisation du système sanitaire au Togo (hôpital de 1er niveau, hôpital de 2<sup>ème</sup> niveau, ou hôpital de 3<sup>ème</sup> niveau). Ainsi, on trouve dans les hôpitaux publics du Togo de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveaux un personnel contractuel, un personnel fonctionnaire, un personnel universitaire, etc.... En introduisant un personnel contractuel dans les hôpitaux, dans les années 90, la philosophie sous-jacente était de promouvoir l'emploi de type privé dans les hôpitaux et les rendre plus attractifs, pour que les gens aient envie de venir travailler sur les budgets autonomes en vue combler les déficits en effectifs. Malheureusement, la mauvaise gestion de certains directeurs a conduit à ce que ce soit plutôt la fonction publique qui soit plus attractive. Aussi, certains hôpitaux, dans le but d'accomplir non seulement la mission de soins curatifs mais également celle de la recherche et formation, composent avec un personnel formateur c'est-à-dire les « Universitaires ».

L'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé pour représenter l'hôpital est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1982). Cette approche met en évidence deux logiques de pouvoir au sein de l'hôpital ; la partie administrative, formée par la direction de l'établissement, relève d'une logique rationnelle formelle quant à sa prise de décisions ; le centre opérationnel, formé de spécialistes appelés « professionnels » et considéré comme la raison d'être de l'organisation, valorise une logique professionnelle.

L'hôpital est généralement présenté comme une organisation animée de conflits d'intérêts, l'atteinte des performances dans l'animation du contrôle de gestion doit prendre en compte dans nos hôpitaux, le comportement des acteurs. Or selon Cyert et March (1963), l'entreprise est une organisation complexe qui prend souvent la forme d'une coalition de groupes et d'individus poursuivant des objectifs propres de défense de leurs intérêts personnels et de développement de leurs pouvoirs. Launois (1984) en étudiant les relations entre les différents corps professionnels, trouve que chaque décision prise dans un établissement hospitalier est fonction des objectifs de chacune des corporations. Launois (1984), distingue donc trois groupes principaux aux objectifs particuliers et souvent antagonistes : la direction, le corps médical et le personnel non médical.

Si pour plusieurs auteurs (Anthony, 1988 ; Simons, 1995 ; Bouquin,1997) l'adoption du contrôle de gestion par les entreprises est justifiée par la corrélation positive entre la mise en place de ce système et l'augmentation de la performance de l'entreprise, nous voulons donc à travers cette recherche explorer l'efficacité du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics au Togo, caractérisée par la pluralité acteurs aux statuts professionnels différents. D'où notre question centrale de recherche de savoir : ***Quel est l'efficacité du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics caractérisés par des acteurs ayant des statuts professionnels différents ?***

Dans ce travail, notre objectif principal est d'analyser l'efficacité du CDG à travers les outils en termes d'influence sur les comportements des acteurs aux statuts professionnels différents

et de comprendre dans quel sens cette pluralité des statuts influence la pratique du CDG dans ces EPS.

Comme souligné plus haut, le contrôle de gestion en milieu hospitalier de « par sa nature complexe », est une nécessité malgré que ce dernier ne soit pas fondamentalement à but lucratif, il utilise des ressources propres et les ressources étatiques. Il se doit donc d'agir avec efficacité et efficience dans l'utilisation de ces ressources. Telle que posée, la problématique nous conduit à deux questions sous-jacentes :

- Quels sont les outils de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics togolais ?
- Les outils de CDG dans les hôpitaux publics togolais sont-ils efficaces en termes d'influence sur le comportement des acteurs ?
- Comment la pluralité des statuts professionnels influence-t-elle la pratique de CDG dans les organisations publiques hospitalières du Togo ?

Spécifiquement, ce travail, de recherche permettra :

- D'identifier les outils de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics du Togo ;
- Analyser l'efficacité des outils de contrôle de gestion en ce qui concerne l'influence sur le comportement des acteurs dans les hôpitaux publics du Togo ;
- Comprendre, le sens, la nature de l'influence de la pluralité des statuts professionnels sur la pratique de CDG dans les organisations publiques hospitalières du Togo.

A terme, nous voulons savoir si les outils qui servent de pilotage des performances dans les hôpitaux publics au Togo sont efficaces en matière d'influence des comportements des acteurs et que la pluralité des statuts du personnel est une opportunité dans l'atteinte des performances hospitalières.

Cette recherche qui se positionne dans une démarche qualitative exploratoire, s'inscrit dans un cadre global de la contingence du contrôle de gestion. Les approches contingentes apparues lors des années récentes ont largement contribué à renouveler la réflexion sur le contrôle et ont contribué à poser le problème des outils de contrôle, leur adaptation et de leur efficacité, au lien entre le contrôle et l'organisation au sein de laquelle il est mis en place.

En se situant dans le cadre des études les plus récentes insistant sur la multidimensionnalité des facteurs de contingence, nous voulons à travers cette recherche identifier spécifiquement au niveau des hôpitaux les facteurs de contingences qui sont apparus et qui sont probablement non maîtrisés et qui influencent les pratiques de CDG.

Pour y parvenir j'analyserai tout d'abord les différentes approches contingentes sur le contrôle de gestion. Ensuite, nous aborderons la dimension contraignante des outils de contrôle de gestion et fondement de l'influence des acteurs. Enfin, j'aborderai le cadre empirique sur l'efficacité des outils de contrôle de gestion en termes d'influence sur les comportements des acteurs dans les hôpitaux publics caractérisés par la pluralité des statuts professionnels des acteurs objet de cette recherche.

Notre démarche méthodologique consistera à travers un guide d'entretien semi directif, de recueillir des informations auprès des responsables administratifs et financiers dans les établissements publics et en suite, spécifiquement auprès des chefs de services des différentes unités de soins ou des surveillants de services de soin. La transcription et le traitement seront conduits à l'aide d'une analyse de contenu. Elle consiste à analyser les verbatim en suivant

une démarche systématique en différentes étapes, afin de repérer parmi les propos les informations très utiles en matière de pratique de CDG et les écarts de procédés existants entre les théories et cette pratique ainsi que les outils et leur efficacité. Ceci pour nous permettre, à partir des résultats, de présenter un aperçu général sur la pratique du CDG dans les établissements publics et de son efficacité.

## **1. Cadre théorique et conceptuel**

Dans cette section, nous voulons tout d'abord chercher à cerner le concept de contrôle de gestion et sa contingence, des notions qui n'ont eu de cesse de susciter l'intérêt des chercheurs. La théorie de la contingence est appelée dans cette recherche afin d'expliquer la capacité du contrôle à s'adapter à des situations plus incertaines, plus complexes et à se renouveler dans les organisations. La théorie de la contingence se tourne également dans les organisations vers les acteurs afin d'expliquer les différences constatées dans leur performance. Ces différences dans la performance entre les organisations, sont la conséquence des caractéristiques environnementales ou de comportements liés aux caractéristiques propres des acteurs. Ces caractéristiques influencent l'adoption de structures, les politiques et les procédures au sein des organisations. Ensuite, nous nous intéresserons de l'influence des acteurs sur les pratiques de contrôle de gestion au sein d'une organisation. Cette influence sera initiée à partir de la dimension contraignante des outils de CDG et de la contingence subjectiviste. Avant de nous pencher plus spécifiquement sur la notion générale de contingence, il nous semble important de nous arrêter sur certains concepts à savoir ce qu'est le contrôle, et ensuite le contrôle de gestion et de son évolution dans la recherche.

### **1.1. Définition de contrôle.**

Comme Chiapello (1996), nous définissons le contrôle comme toute influence créatrice d'ordre c'est-à-dire d'une certaine régularité. Selon cette définition, on est dans une situation de contrôle, lorsque le comportement d'une personne est attiré par quelque chose ou quelqu'un. Lebas (1980), précise aussi que le contrôle a pour résultat de réduire les degrés de liberté laissés aux personnes dans les organisations, soit en empêchant certaines actions, soit en accroissant le caractère désirable d'autres actions. Les influences spécifiques mises au point par le management ont la caractéristique d'être intentionnelle et de faire le plus souvent référence à des objectifs. Ces influences sont en fait celles dont traitent la plupart des théoriciens des organisations qui définissent le contrôle par référence à des objectifs, comme en témoigne par exemple la célèbre définition d'Anthony.

### **1.2. Définition du contrôle de gestion**

Depuis Anthony (1965), plusieurs définitions et typologies du contrôle de gestion ont été proposées. Sur la base de sa première définition, Anthony en 1988 perçoit le contrôle de gestion comme un processus par lequel les managers ont une autorité sur d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation. Ici, le contrôle de gestion joue un rôle beaucoup plus actif quant à la réalisation de la stratégie définie par l'organisation. La définition de Bouquin (1997), nous semble peut-être plus concrète lorsqu'il définit le contrôle de gestion comme processus qui « *permet à la direction de s'assurer que les plans des unités sont cohérents avec celui de l'entreprise et que, sur le court terme, celui-ci est lui-même cohérent avec le plan stratégique. C'est aussi le système qui incite chaque responsable à gérer les facteurs clés de succès dans le sens requis par la stratégie et qui lui permet de comparer le déroulement de son action aux objectifs du plan à court terme et d'identifier les causes des divergences éventuelles afin d'en déduire la nature des mesures à mettre en*

*œuvre* ». Toutefois, en 1995, Simons dans sa recherche de la relation entre la stratégie et le contrôle de gestion, établit deux formes de contrôle de gestion : *le contrôle diagnostique*, qui met en avant la performance de l'entreprise et les informations nécessaires au manager (reporting classique), et *le contrôle interactif* qui établit une interaction entre managers et opérationnels pour traiter des priorités stratégiques. Ainsi, le renouveau du contrôle de gestion intègre la réflexion stratégique pour mieux tenir compte des souhaits des différentes parties prenantes et réorienter les systèmes de pilotage.

### **1.3. La théorie de la contingence du CDG**

Les facteurs de contingences sont des caractéristiques évolutives qui influencent les décisions, les actions et le management des entreprises. L'étude des organisations à travers le paradigme de la théorie de la contingence nous révèle que la performance organisationnelle devrait résulter d'un alignement entre les caractéristiques des organisations, telles que leur structure ou leur système comptable, et un ensemble de contingences qui reflètent la situation de l'organisation. Ces facteurs de contingence incluent la technologie, l'environnement et la stratégie organisationnelle. La théorie de la contingence soutient que l'on ne peut appliquer indistinctement une série de règles, peu importe l'organisation. Au contraire, les décisions de gestion devraient se fonder sur un ensemble de facteurs qui varient dans le temps, les contingences, et il en va de la capacité des gestionnaires à apprécier la nature de celles-ci afin de prendre les décisions de gestion appropriées.

### **1.4. La dimension contraignante des outils de CDG.**

L'incitation la plus souvent étudiée demeure celle des systèmes de contrôle de gestion sur les acteurs, selon une représentation instrumentale. Cette contribution propose, au contraire de s'intéresser à la relation inverse, celle de l'influence des acteurs sur les systèmes, même s'il convient de reconnaître l'interdépendance des deux relations.

Les outils de gestion sont au cœur du fonctionnement des organisations contemporaines. Loin d'être neutres, ils structurent les dynamiques organisationnelles et les comportements d'acteurs (Foucault, 1975). Dans le prolongement des *Critical Management Studies*, de nombreux travaux ont souligné la dimension contraignante, ou disciplinante, des outils de contrôle de gestion. Cependant, les usages de ces outils par les acteurs peuvent être différents de ce que les concepteurs initiaux prévoient car lors de leur déploiement, les utilisateurs improvisent et résistent.

Les acteurs tiennent une place plus importante dans la mise en œuvre du contrôle de gestion et un rôle plus « actif », par rapport aux pratiques, au-delà de tout déterminisme simple. Trop souvent, ils ont été considérés en effet comme des ressources passives, dont le système de contrôle de gestion s'efforce de faire évoluer les comportements. Cartwright (1959) définit l'influence comme une « transaction interpersonnelle dans laquelle une personne agit pour modifier le comportement ou l'attitude d'une autre personne d'une manière voulue ». De même, Crozier et Friedberg (1977), définissent l'acteur comme « un être actif au plein sens du terme, c'est-à-dire jamais totalement déterminé, qui joue un rôle au sein de l'organisation, mais joue également avec son rôle en poursuivant ses stratégies particulières, et en préservant sa marge de manœuvre ». Le pouvoir de ce dernier se définit à travers ses « jeux », avec les autres acteurs, dans un contexte permanent d'interdépendances (Oriot, 2004). Pour Crozier et Friedberg (1977), l'organisation n'est pas une « *donnée naturelle* » mais un « *construit social* » ; il faut en étudier les enjeux, les intérêts, les règles du jeu et comprendre les

stratégies développées par les acteurs. Ainsi Crozier et Friedberg (1977) assimilent les individus à des « acteurs » et non à des agents passifs qui exécutent des consignes.

La représentation des acteurs des deux sociologues est essentiellement politique et ne s'aurait décrire complètement l'individu organisationnel. Ainsi, Bouchikhi (1990) propose la définition de l'acteur comme un sujet doté de spécificités cognitives, renvoyant à ses savoirs, sa volonté et son affectivité. L'approche subjective avance que les caractéristiques comportementales propres à chacun des acteurs sont susceptibles d'influencer les pratiques de contrôle de gestion sans les entreprises. Cette approche vient compléter l'approche objective en intégrant l'acteur, dont le comportement peut inciter de manière significative les performances des organisations.

### **1.5. La contingence subjectiviste pour comprendre la différenciation des pratiques.**

Notre participation dans ce cadre théorique propose d'explorer plus particulièrement les facteurs locaux de contingence subjectiviste, qui caractérisent les acteurs des unités organisationnelles, lesquels sont susceptibles d'avoir leurs propres rationalités locales différentes de celles de leurs dirigeants. En résumé, l'objectif de cette contribution est donc de montrer comment les acteurs locaux, managers opérationnels, influencent les pratiques de mise en œuvre d'un système de contrôle de gestion reçu du niveau hiérarchique. Selon le dictionnaire le Grand Robert, le subjectivisme est l'attitude de celui qui ne tient compte que de ses sentiments et opinions individuels, qui refuse, méprise ou ignore la réalité objective. Les facteurs objectivistes se réfèrent à des éléments différenciés des contextes locaux et ont été de loin les plus étudiés en contrôle de gestion. De vives critiques ont aussi été émises vis-à-vis de ces « facteurs désincarnés », qui imposent leur déterminisme à des individus réduits à des entités passives dépourvues de toute intentionnalité (Crozier et Friedberg, 1977). Les facteurs subjectivistes s'efforcent précisément de répondre à cette critique. En contrôle de gestion, les recherches qui peuvent être apparentées à la contingence subjectiviste soulignent l'influence des acteurs sur les pratiques et s'efforcent de prendre en compte leurs profils, leurs représentations ou leurs intentions (Bessire, 1995, 1998 ; Oriot, 2003).

#### ***1.5.1 La rationalité des acteurs***

En s'inspirant de la théorie des jeux, Crozier et Friedberg (1977), postulent que les individus élaborent des stratégies en fonction de buts personnels qui entreront parfois en contraction avec ceux de l'organisation. Donc, les acteurs sont rationnels mais pas complètement, à la différence de l'Homo oeconomicus. Crozier et Friedberg (1977), en reprenant le modèle de March et Simon affirment que : la rationalité des acteurs est « limitée » et « contingente ». De plus, le pouvoir est partout, selon ces deux sociologues : « *le pouvoir est un mécanisme quotidien de notre existence sociale que nous utilisons sans cesse dans nos rapports avec nos amis, nos collègues, notre famille, etc.* » Partout et donc pas nécessairement là où on l'attend, c'est-à-dire en haut de la hiérarchie, car le pouvoir prend sa source dans les relations interpersonnelles. Les sources de pouvoir ainsi distinguées résident dans la possession d'une compétence ou d'une spécialité ; les relations entre l'organisation et son environnement ; le contrôle de la communication interne ; l'utilisation des règles organisationnelles.

Cette revue de littérature nous a permis de faire un parcours des définitions du CDG et les fondements de celui-ci au sein des entreprises classiques en mettant en exergue ses facteurs de contingence et sa dimension contraignante.

### ***1.5.2 Le contrôle de gestion en milieu hospitalier, la logique des acteurs***

Les travaux de Glouberman et Mintzberg (2001) et Mintzberg (2002) mettent en évidence une cohabitation de quatre « mondes » au sein de l'institution hospitalière, représentant des processus de management hétérogènes et défendant des logiques différentes. Celui de la « guérison » incarné par la communauté médicale ; celui du « soin » pris en charge par le corps infirmier ; celui du « contrôle » représentant le rôle gestionnaire de l'administration ; et enfin celui de la « communauté », à savoir les administrateurs mais aussi les bénévoles, monde qui n'est indirectement rattaché à l'institution ni soumis à sa hiérarchie. Indépendamment du rôle du monde de la « communauté », les travaux relatifs à l'institution hospitalière présentent fréquemment le « triumvirat » [médecins-infirmiers-administratifs] comme n'agissant pas de concert : trio se regardant avec méfiance, principaux organisateurs de conflits internes, défenseurs de préoccupations parcellaires, metteurs en scène de jeux d'acteurs de nature conflictuelle ... Le contexte ne favorise pas l'émergence de règles claires et partagées. Il est plutôt propice à l'émergence de conflits de rôles, en raison de l'incompatibilité des attentes, mais aussi des attributions. La dichotomie des rôles et des objectifs peut empêcher l'émergence d'un projet commun et engendrer des conflits, car chaque groupe prend conscience qu'un objectif identique ne peut être atteint que par l'un des groupes. Le contexte est aggravé par le fait que chaque catégorie semble préférer laisser perdurer le flou pour pouvoir user de manœuvres permettant d'influencer les décisions.

## **2. Méthodologie de recherche exploratoire**

L'échantillon de notre étude représente ce sur quoi porte l'étude, c'est-à-dire le cadre d'analyse sur lequel repose notre recherche. Ainsi, notre recherche est axée sur les hôpitaux publics du Togo, étant donné que nous cherchons à appréhender l'efficacité du contrôle de gestion ces derniers, caractérisés par la pluralité acteurs aux statuts professionnels différents. Les personnes qui nous intéresseraient le plus dans ces structures seraient constituées des témoins (les cadres administratifs et les chefs services des unités de soin ou surveillants des services de soin) impliqués dans le système de management des performances et du contrôle de gestion. Vu que c'est une approche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas importante, l'essentiel étant d'avoir un maximum d'informations nouvelles (Patten, 1990). Donc nous avons interviewé les acteurs jusqu'à saturation de l'information. Ce groupe sera appelé des acteurs dans notre étude. Ces acteurs se caractérisent par leurs valeurs, leurs connaissances, leurs projets, leurs intentions, leurs statuts professionnels, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et leurs dispositions à agir (Champagne *et al.*, 2005). Il existe une différence significative entre les perceptions des membres d'une organisation selon les différents niveaux hiérarchiques, mais également selon les différents domaines d'activités (Cameron, Whetten, 1981). En conséquence, nous avons veillé à ce que notre échantillon puisse inclure des profils qui se situent à des niveaux hiérarchiques différents dans l'hôpital, ce qui a augmenté la probabilité de collecter des données présentant des représentations et perspectives variées du contrôle de gestion. En effet, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, (adressé aux responsables administratifs et aux responsables des unités de soins), les thèmes ont concerné *les outils de CDG utilisés dans les établissements publics hospitaliers du Togo, l'efficacité de ces outils en terme d'influence sur les comportements des principaux acteurs dans les hôpitaux publics du Togo ; et enfin l'influence de la pluralité des statuts professionnels des acteurs impliqués dans la gestion sur la pratique du CDG pour l'atteinte des performances hospitalières recherchées*. L'enquête a été réalisée dans deux formations sanitaires compte tenu du fait qu'après ces dernières, il y a eu redondance des données donc saturation. Ledit guide est structuré en thèmes et contient un ensemble de questions relatives au sujet abordé. Nous avons commencé notre entretien dans un Centre Hospitalier

Universitaire sur un échantillon de trois administrateurs et trois médecins chefs de services de soins. Ce prétest nous a permis de recadrer les questionnaires de notre guide d'entretien afin de valider la formulation des questions et leur compréhension et appréhender la cohérence des réponses avec les objectifs de l'étude avant de commencer l'entretien lui-même. Au préalable, nous sommes passés par les Directions générales des deux hôpitaux pour obtenir l'autorisation par des notes de services en vue de réaliser les entretiens bien que nous sommes dans le cadre d'une étude académique. La note de service m'autorisant les entretiens m'ont permis de négocier des rendez-vous surtout auprès des acteurs soignants pour ne pas perturber leurs activités quotidiennes. C'est ainsi que nous avons réalisé les entretiens et le maximum d'information a été collecté sur place. Une retranscription a été réalisée pour chaque entretien. Notre base de travail a été un échantillon de convenance. La collecte d'informations s'est arrêtée quand il nous a semblé que la multiplication d'entretiens ne changerait pas la vision qui ressortait des échanges réalisés avec les autres répondants (principe de saturation théorique). Il est important de préciser que tous ces entretiens ont été faits dans l'enceinte des deux hôpitaux et dans les bureaux de chaque acteur identifié.

### **2.1. Les modalités de réalisation des entretiens**

Lors des entrevues, plusieurs éléments ont été rappelés aux acteurs : le but de l'entrevue, la durée de l'entrevue, les attentes envers le participant et la confidentialité (Mayer, Ouellet, 1991). Les entretiens ont été effectués à partir du 14 novembre 2018 pour être achevés le 21/12/2018 et ont duré entre 40 minutes et ont été menés de manière individuelle en français voire en annexe les modalités de réalisation des entretiens. Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale. Le nombre de répondants s'élève à 24 répartis comme suit : 9 cadres administratifs et 15 responsables de services de soins. L'ensemble des entretiens après leur codification ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale sous forme de « verbatim ». En effet, afin de cerner l'efficacité du CDG à travers les outils dédiés dans ces hôpitaux, et l'influence de la pluralité des statuts professionnels sur la pratique, nous avons choisi de passer par l'analyse discursive (analyse des discours), le langage utilisé au sein d'une organisation étant révélateur de son « inconscient collectif ». Ainsi, l'analyse des verbatim recueillis ont fait émerger des éléments importants au regard de notre question de recherche.

### **2.2. Les limites de l'étude**

Les limites de cette recherche sont d'ordre méthodologique. Elles sont tout d'abord liées à la taille et à la nature de l'échantillon. Un échantillon plus important nous aurait certes donné plus d'informations et nous aurait permis de généraliser plus facilement les résultats obtenus. Sur le plan de la représentativité, l'échantillon constitué de deux hôpitaux publics ne peut être considéré comme étant véritablement représentatif de la population des formations sanitaires togolaises. Les limites découlent aussi du fait que les informations que nous avons collectées se limitent exclusivement aux hôpitaux visités. Des entrevues au niveau de la tutelle des hôpitaux nous auraient permis de mieux cerner la problématique sur les performances hospitalières puisqu'en absence de directives formelles, chaque structure mène la danse selon ses capacités.

### **3. Présentation et discussion des résultats**

Elle se fera par rapport au modèle qui tourne autour de la pratique du CDG et des outils dédiés à cette fonction ainsi que leur efficacité en termes d'emprise sur les comportements des principaux acteurs dans les deux hôpitaux publics du Togo, l'apport de la pluralité des

statuts professionnels du personnel dans l'atteinte des performances hospitalières recherchées dans ces hôpitaux.

### 3.1. Pratique de CDG au sein des hôpitaux

La fonction contrôle de gestion n'a pas évolué dans les hôpitaux étudiés. La pratique actuelle n'exerce qu'un impact relatif sur les performances dans la mesure où les acteurs ne la maîtrisent pas parfaitement. Dans ces deux hôpitaux, il n'est pas créé un département en charge de la fonction contrôle de gestion et donc l'absence d'un contrôleur de gestion.

**Tableau 1** - Verbatim recueillis sur la mise en place de la fonction CDG

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« Le CDG est une composante importante de la gestion qui manque dans nos structures hospitalières ».
Cadre administratif 2	« C'est une fonction qui n'est pas créée dans les structures hospitalières et donc ne permet pas d'aider ces structures à l'atteinte des performances ».
Cadre administratif 3	« Il n'est pas disponible dans les hôpitaux parce que dans la pratique on n'a pas créé les conditions pour que les hôpitaux puissent en disposer. C'est-à-dire on devrait les avoir dans les hôpitaux si au niveau stratégique ou au niveau politique on avait voulu que les structures aillent dans ce sens ».

*Source* : Les auteurs

A l'analyse de ces verbatim, nous constatons que les interlocuteurs après, le briefing sur la définition et le rôle de CDG dans les organisations, ont compris son importance et ont exprimé vivement sa mise en place dans les hôpitaux.

### 3.2. Les outils de contrôle de gestion

**Tableau 2** - Récapitulatif de résultats sur l'usage de la comptabilité analytique, le SIS, et les TDB

Outils de suivi du CDG	Nature des outils	SCORE		
		NU = non utilisé	FU= Fortement utilisé	FP = Faiblement Présent
La comptabilité analytique	Contrôle	09	-	-
Le système d'information	Contrôle	-	-	09
Le tableau de bord	Contrôle	-	-	09

*Source* : Les auteurs

Parmi les outils de contrôle, la comptabilité de gestion des coûts n'est pas tenue. Les interviewés reconnaissent se servir seulement des autres outils mais, chacun à sa manière et ceci de façon informelle. Communément appelé comptabilité de management, elle est un outil d'aide à la décision. Elle fournit des informations à des fins de gestion contrairement à la comptabilité publique qui est la plus utilisée dans les hôpitaux. La comptabilité analytique de gestion est le parent pauvre du système de contrôle de gestion au sein des deux hôpitaux. Ainsi, l'étude a révélé son absence au sein des deux hôpitaux. Elle soutient l'incomplétude du système de gestion tel qu'il devrait être importé du privé et greffé dans le public.

**Tableau 3** - Verbatim recueillis sur la mise en place des outils de CDG

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« La comptabilité analytique n'est pas disponible dans nos hôpitaux parce que pour nous les acteurs, c'est carrément une autre façon de faire la comptabilité qui en dehors de celle, la plus utilisée (comptabilité publique) doit faire l'objet d'une vulgarisation ; Elle est importante à mon sens parce qu'elle permet une nette visibilité des activités en termes de consommation et recette des services et permet d'établir des compromis ».
Cadre administratif 2	« La comptabilité analytique n'est pas tenue. Mais quand j'ai pris fonction j'avais des difficultés pour savoir ce que produisent les services et ce que ses services consomment mais j'ai des problèmes car les gens pensent que je veux être gendarme derrière eux cependant ce sont ces chefs services qui réclament qu'ils font rentrer de l'argent mais en retour on ne leur fait rien »
Cadre administratif 3	« Notre hôpital actuellement n'a pas de comptabilité analytique. Seule la comptabilité qui existe est tenue suivant les règles budgétaires et se fait par l'établissement des titres de recettes, l'engagement, le mandatement et la liquidation des recettes. Alors que c'est un outil d'après vos explications accessoire à exiger dans chaque établissement, puis qu'il permet de ressortir par services les dépenses et les recettes et c'est sur ces éléments que nous pouvons accepter ou rejeter leur réclamations ».
Cadre administratif 4	« La comptabilité analytique n'est pas tenue ; la seule comptabilité utilisée en ce moment c'est la comptabilité publique qui se résume aux engagements, liquidations et mandatements et aux émissions des titres de recettes Ces informations vont être compilées et présentées lors du conseil d'administration ».

**Source :** Les auteurs

➤ **Le tableau de bord**

Pour Leroy (2001), un tableau de bord est « un système d'informations léger, rapide et synthétique parfaitement en phase avec le découpage en centres de responsabilités, non seulement il présente à chaque manager les résultats synoptiques qui le concernent. Mais il attire son attention sur les écarts par rapport aux objectifs, et l'incite à étudier les actions correctives possibles ».

A la différence des autres outils de suivi et de réalisation, le TDB, analyse les résultats réels avec les objectifs fixés au départ. Il est un système de pilotage de l'action. Il fournit aux chefs de services les informations qui leur sont indispensables pour agir à court terme. L'analyse qualitative a soulevé l'absence de l'utilisation des tableaux de bord dans ces hôpitaux. C'est un outil faiblement utilisé et qui a du mal à s'imposer. A l'analyse des propos recueillis, que ce soit de la part des chefs de service, ou des cadres administratifs, nous retenons l'usage de manière informelle de l'outil.

**Tableau 4** - Verbatim recueillis sur la mise en place tableau de bord

Répondants	Verbatim
Chef service de soins 1	« Dans mon service au cours de nos staffs, nous discutons des différents résultats que je cite en exemple, le nombre de césariennes, le taux de mortalité maternelle en couche, le taux de mortalité maternelle post natal, etc.... mais nous n'avons pas inscrit de façon formelle cette procédure dans une démarche de réalisation d'objectifs autour de l'année. Ils nous renseignent simplement sur la qualité de nos prestations ».
Cadre administratif	« Nous, à l'administration, nous tenons des réunions hebdomadaires au cours desquelles, certains rapports nous sont présentés relatifs aux réalisations des recettes et dépenses à travers un tableau récapitulatif, mais dire que nous avons un tableau de bord en bonne et due forme, nous n'en avons pas ».

**Source** : Les auteurs

A l'analyse des propos, nous constatons que les TDB n'existent pratiquement pas. Le faible usage dont nous en faisons mention est prouvé au niveau de l'administration, par l'élaboration des seuls tableaux comparatifs des charges et produits avec une colonne observation, où les écarts sont mentionnés sans analyses. Au niveau des chefs de services aucun TDB n'est disponible. Cette situation s'explique par l'inexistence même d'un département formel du CDG en charge d'instaurer et superviser l'établissement des indicateurs sur une carte équilibrée de performance. L'absence du TDB dans la gestion d'une structure ne favorise pas le pilotage de la performance.

#### ➤ **Le système d'information sanitaire (SIS)**

Selon Calme (2003, p. 300), « le reporting est défini comme l'action qui consiste à faire remonter l'information vers la direction générale ». D'après Camus (2000, p. 319), « le reporting est un ensemble de documents qui ont pour objectifs d'informer la hiérarchie de la situation et des résultats des centres de responsabilités ». Le SIS est un outil de contrôle a posteriori, primordial pour les entreprises dont la gestion est décentralisée. Il permet au supérieur hiérarchique direct ou à la direction générale d'effectuer un suivi soutenu du pilotage de la performance, confié au responsable de chacune des unités de gestion en vérifiant la réalisation des objectifs ; en mesurant le poids des écarts ; et en appréciant la pertinence des actions correctives et leurs résultats. Il doit avoir les caractéristiques suivantes **la rapidité et la fiabilité**. La plupart des acteurs que nous avons écoutés, sont unanimes sur l'importance d'un bon SIS. Il permet un meilleur accès à l'information et donc une accélération du processus décisionnel tant sur le plan médical que sur le plan de la gestion et force à la coordination des actions. Il est une partie intégrante de la stratégie ou du projet d'établissement. Au niveau des deux hôpitaux le SIS, est bien présent et est communément appelé « service de statistique ». Les verbatim prouvent son existence dans ces hôpitaux mais son rôle ne se résume qu'au ramassage des supports portant exclusivement des informations médicales, à la saisie de ces informations à travers l'outil informatique. Celles liées aux coûts et produits hospitaliers sont collectées par les services économiques qui produisent les différents rapports financiers sous la responsabilité d'un Directeur Administratif et Financier. En général c'est un système qui ne produit pas rapidement les informations médicales et financières. Parfois, c'est suite à la demande de la tutelle, ou parfois c'est lorsqu'on veut gérer des crises en interne qu'on sollicite les résultats. Habituellement, c'est tard en fin d'année ou bien trois mois après la fin de l'année que les informations sont rendues disponibles. En fin c'est un système non fiable car il est géré par un personnel non qualifié en matière de collecte, de traitement et de dissémination des résultats :

**Tableau 5** - Verbatim recueillis sur la mise en place du système d'information sanitaire (SIS)

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« La collecte des données brutes est faite sur la base d'un support conçu par l'autorité de tutelle ».
Cadre administratif 2	« Les informations à fournir via le support, sont celles que souhaite obtenir la tutelle et non celles que souhaitent obtenir les hôpitaux eux-mêmes ».
Cadre administratif 3	« Moi je les "appelle support extraverti" puis qu'on a l'impression que ces données collectées ne sont pas destinées à renseigner les premiers responsables des services et l'hôpital dans son ensemble sur les résultats de nos actions pour la prise de décision mais plutôt des informations qui vont être transmises à la tutelle on dirait ».
Cadre administratif 4	« Peu d'intérêt est accordé aux résultats issus de nos activités en vue d'une amélioration de nos actions au cours de l'année, car nous ne les disposons que trois mois après qu'on a débuté la nouvelle année, ils ne nous serviront à rien ».

Source : Les auteurs

Ces propos nous révèlent que dans les hôpitaux publics, la gestion du SIS, n'est pas prise au sérieux. Les données uniquement sanitaires collectées et transmises ne sont pas partagées périodiquement avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion au sein des hôpitaux. Aussi, à la l'analyse du positionnement du **SIS** dans l'organigramme, ce service est placé sous la responsabilité du département chargé de la gestion des ressources humaines. Vue les attributions de ce département, ce n'est pas normal que ce soit ce département qui puisse gérer le **SIS**. Il doit être placé sous la responsabilité d'un contrôleur de gestion qualifié. Ainsi le système d'information dans ces deux hôpitaux est manifestement incapable d'alimenter les indicateurs en données fiables.

En conclusion nous dirons que le contrôle de gestion dans ces structures est centré exclusivement sur l'outil budgétaire **qui repose sur le modèle de type top-down (du haut vers le bas) car** élaboré par la Direction générale. Les autres outils faiblement utilisés pour la pratique de CDG dans les deux hôpitaux se résument à un SIS non efficace parce que manifestement incapable d'alimenter les indicateurs en données fiables et en temps opportun.

Le paragraphe suivant va nous permettre d'appréhender l'efficacité que ces outils en termes d'influence des comportements des acteurs.

### **3.3. L'efficacité des outils dédiés au CDG en termes d'influence des comportements des acteurs**

L'efficacité est la capacité, d'une personne, d'un groupe ou d'un système, à parvenir à ses fins, à ses objectifs (ou à ceux qu'on lui a fixés). Être efficace revient à produire à l'échéance prévue les résultats escomptés et réaliser des objectifs fixés, objectifs qui peuvent être définis en termes de quantité, mais aussi de qualité, de rapidité, de coûts, de rentabilité, etc. Un outil est considéré comme efficace lorsqu'il procure à son utilisation une satisfaction en matière de résultats obtenus de cet outil (quantitativement, qualitativement ou un rapidement) par rapports aux résultats prévus ou attendus. Le système de pilotage des performances au sein des deux hôpitaux étudiés se résume globalement à la gestion budgétaire. Berland (2004, p. 42) définit la gestion budgétaire comme « *une technique de l'administration de l'organisation et de la gestion interne, qui s'appuie sur des prévisions, à partir, desquelles, les responsables de l'organisation reçoivent des attributions sous forme de programme et moyens pour une durée limitée en valeur et en quantité si possible* ». Au niveau des deux hôpitaux publics, la gestion budgétaire se résume à l'élaboration du budget global, au suivi et au contrôle budgétaire et dans une moindre mesure aux activités de reporting.

### 3.3.1. L'influence de l'outil budgétaire de type top-down (du haut vers le bas).

Au-delà du fait, que ces budgets sont élaborés par la Direction générale, certains chefs de services de soins, reconnaissent qu'il est un outil prévisionnel à travers lequel ils s'aperçoivent qu'ils doivent mieux faire par rapport aux années qui ont précédé :

**Tableau 6** - Verbatim recueillis sur la mise en place tableau de bord

Répondants	Verbatim
Chef service de soins 1	« C'est au cours des présentations des rapports annuels d'activité que moi et mon équipe on s'est rendu compte que nous avons mieux fait notre travail par rapport à l'année qui a précédée et même par rapport aux autres collègues ».
Chef service de soins 2	« Le budget de l'hôpital pour moi ; il me stimule à l'atteinte des résultats que la direction souhaiterait et non ce que nous pouvons faire. Il m'engagerait si je disposais un budget propre à son service sur la base duquel on pourrait mieux me juger parce qu'il émane de nous sur la base de nos moyens ».

**Source** : Les auteurs

#### ➤ **Elaboration des budgets par service**

Les services n'élaborent pas leur propre budget. Les chefs de services à qui nous avons interviewés reconnaissent n'avoir jamais été soumis à cet exercice à entendre les propos :

**Tableau 7** - Verbatim recueillis sur la mise en place tableau de bord

Répondants	Verbatim
Chef service de soins 1	« Dans la pratique c'est lorsque l'avant-projet de budget est présenté en séance de la CMC que certains chefs services s'en aperçoivent des prévisions de recettes et dépenses à réaliser au cours de l'année suivante. Sur quelles bases ? Nous on ne sait pas ».
Chef service de soins 2	« Moi, personnellement j'ai toujours pris connaissance des recettes et dépenses annuelles de mon service que dans le budget de l'hôpital. Mon service n'a jamais été associé à l'élaboration du budget de l'hôpital et je ne sais sur quelles bases on nous demande de réaliser tel niveau de recettes ; la lettre de cadrage, la lettre de mission ou contrat de performance je n'ai aucun reçu, aucun papier à ce sujet ».

**Source** : Les auteurs

Les objectifs que chaque service doit atteindre pour que globalement les hôpitaux réalisent les performances ne sont pas disponibles au niveau des services de soin. La fixation des objectifs aux unités de production des soins dans le processus budgétaire n'est basée sur aucune démarche allant dans le sens de l'établissement d'un contrat d'objectifs entre la Direction et les opérationnels. Tous les chefs-services reconnaissent n'avoir jamais reçu de la direction, une lettre de cadrage, ni une lettre de mission ou un quelconque contrat de performance. En absence de budgets primitifs des différents services élaborés sous la coordination de l'administration ou d'un contrôleur de gestion. Il n'est donc pas établi un contrat de performance dans le respect du modèle *Bottom-up* (du bas vers le haut) entre les chefs services pour l'atteinte des objectifs globaux de l'hôpital ?

### 3.3.2. L'influence du tableau de bord sur le comportement des acteurs

Sur la base de certaines normes en matière de soins hospitaliers, les chefs de service de soins se trouvent dans l'exigence du métier de produire certains indicateurs pertinents dans le but de s'auto évaluer. La plupart des interviewés reconnaissent disposer de certains indicateurs spécifiques à leur activité qui leur permettent de recadrer les méthodes et processus de prise en charge des patients à des réunions ou à des staffs de service à l'analyse des propos suivants :

**Tableau 8** - Verbatim recueillis sur l'influence du tableau de bord sur les acteurs opérationnels

Répondants	Verbatim
Chef service de soins 1	« Certains résultats attirent notre attention sur la qualité de nos prestations notamment le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjours d'un malade, le taux de guérison ou bien quelques fois les fréquences de certaines pathologies nous amènent à alerter les autorités compétentes. Ces informations sont élaborées en interne par le surveillant mais qui ne sont transmises à l'autorité que mensuellement ».
Chef service de soins 2	« Certains résultats nous interpellent sur certains aspects à savoir notre accueil, notre disponibilité à l'endroit des patients, et même l'efficacité de nos actions sur les patients ».
Chef service de soins 4	« Nous revoyons nos pratiques lorsque notre service est chaque fois dénoncé ou décrié parce que nous ne parvenons pas aux résultats qu'on nous a demandés ».
Chef service de soins 3	« Moi, lorsque je reçois beaucoup de plaintes ou de réclamations des patients j'interpelle rapidement mon équipe et on recherche ensemble des solutions ».

**Source** : Les auteurs

**Tableau 9** - Verbatim recueillis sur l'influence du tableau de bord sur les acteurs administratifs

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« Nous sommes amenés à convoquer à des réunions ou à interpellier certains acteurs lorsqu' à mi-parcours nous constatons que les écarts budgétaires nous éloignent de l'atteinte des seuils fixés dans le budget ».
Cadre administratif 2	« Moi par rapport à mes attributions, j'ai conçu un tableau en Excel, et je saisie les données sur les recettes à terme et les recettes au comptant ».
Cadre administratif 3	« Nous ne disposons pas de tableau de bord en tant que tel. Mais ce que nous faisons, nous élaborons des situations hebdomadaires sur les recettes, que nous présentons en staff pour pouvoir apprécier l'évolution des activités et détecter là où ça ne marche pas. Parfois sans ces informations vous allez croire que ça marche alors que les gens prestent pour leurs poches. Aussi, cette situation, elle est beaucoup plus financière. Normalement on devrait disposer des informations correspondantes sur les activités des services pour nous permettre de voir clairement si les rentrées de recettes riment avec ce que font les services de soins. Malheureusement le dispositif de collecte de données ne peut fournir ces informations que plus tard ».

**Source** : Les auteurs

Que ce soit l'outil budgétaire qu'élabore la direction générale de l'hôpital, que ce soit les indicateurs spécifiques qu'élaborent certains chefs de service et qui ne sont pas inscrits dans un TDB formel ; les interlocuteurs reconnaissent que ces outils, non seulement ont le caractère contraignant, mais aussi les stimulent et motivent pour mieux faire. Les outils de

pilotages des performances identifiées dans ces deux hôpitaux certes permettent à leurs utilisateurs de recadrer leur méthode de gestion que ce soit au niveau des cadres administratifs qu'au niveau des chefs des unités de soins. Cependant, ils n'influencent pas assez les acteurs pour la simple raison que ces hôpitaux sont fortement caractérisés par une bureaucratie professionnelle, telle qu'elle a été développée par Mintzberg (1982) ; une méthode de gouvernance très obsolète dans le contexte actuel qui n'associe guère les opérationnels à une quelconque adhésion aux objectifs et vision global de l'hôpital. L'absence de projet d'établissement, la non-élaboration d'un budget global intégrant les budgets primitifs des services, l'inexistence formelle ou la non-opérationnalisation des TDB associé à un SIS moins active, le non-tenu de la comptabilité analytique qui est un outil d'analyse des coûts et de contrôle *a priori* des dépenses, sont autant des manquements graves pour bien animer le CDG dans ces hôpitaux étudiés. Ces manquements constituent véritablement les handicaps au système de pilotage des performances dans les deux hôpitaux. Le seul outil dédié à la pratique de CDG à savoir le budget global de l'hôpital, est inefficace dans la mesure où il n'est pas issu d'un projet d'établissement ni d'un plan opérationnel ou directeur et n'associant pas les opérationnels dans le processus de son élaboration. Son inefficacité réside aussi dans sa vulgarisation auprès des acteurs et son appropriation par les opérationnels. L'usage de cet outil se résume aux activités de prévision, d'exécution, de suivi et de contrôle des dépenses et recettes. Les autres outils de renforcement du CDG identifiés (le SIS, et les TDB) dans ces hôpitaux, aussi importants pour le pilotage des performances sont informels et faiblement mis en œuvre. Ce sont tous manquements qui concourent à l'inefficacité des outils dédiés au pilotage des performances dans ces hôpitaux. En somme la pratique de contrôle de gestion n'exerce pas complètement un impact sur le pilotage de la performance vu qu'elle n'est pas totalement réactive en absence d'un département de CDG et d'un contrôleur de gestion.

### 3.4 L'influence de la pluralité des statuts professionnels des acteurs sur la pratique du CDG dans les hôpitaux publics

Au sein de tous les hôpitaux publics du Togo à des rangs différents, on retrouve un personnel caractérisé par des statuts professionnels différents. Tableau de répartition des effectifs du personnel par statut professionnel au 30/09/2018 du CHU et du CHR.

**Tableau 10** - Répartition des effectifs du personnel par statut professionnel au 30/09/2018.

Hôpitaux	Statuts professionnels					
	Contractuels	Fonctionnaires	Médecins Universitaires	Médecins des Forces Armées Togolaises	Médecins non universitaires	Contractuels des autres hôpitaux
CHU	169	182	19	7	3	19
CHR	112	126	3	0	6	20

*Source* : Les auteurs

En dehors du personnel fonctionnaire dans les hôpitaux, on retrouve un personnel contractuel dans les Etablissements Publics de Santé. Cette situation est née dans les années 90 avec le décret N°90-192/PR du 26 décembre accordant une autonomie de gestion aux hôpitaux. En effet, on avait autorisé à l'époque les directeurs des hôpitaux de recruter du personnel en vue de combler les déficits en effectif que l'Etat n'arrivait à pourvoir dans les hôpitaux publics en raison de l'ajustement structurel associé aux crises financières et politiques et aux départs massifs à la retraite. Avec la création de l'université depuis 2004, les deux hôpitaux de la

région, ont connu l'affectation d'une autre catégorie d'acteurs c'est-à-dire les Médecins enseignants chercheurs que nous avons désignés de « Universitaires » qui sont d'emblée nommés à la tête des départements de soins. L'autre catégorie de personnel dénommé Médecin-militaire au nombre sept (7) au niveau du CHU, appartiennent aux Forces Armées Togolaises. Eux aussi "Universitaires" et chef de service, sont aussi affectés dans ces deux hôpitaux dans le cadre des activités hospitalières et universitaires.

L'autorisation de recruter un personnel sur les budgets autonomes dans les hôpitaux publics a été initiée dans le sens qu'elle soit porteuse d'opportunité. Parce que ceux-là qui vont émarger sur les budgets des hôpitaux et qui n'étaient pas fonctionnaires, étaient censés être les mieux payer. C'était ça la philosophie, de telle sorte qu'à terme, on puisse faire la promotion de l'emploi de type privé ; que les gens aient envie de venir travailler sur les budgets autonomes des hôpitaux. Malheureusement, la mauvaise gestion de certains directeurs a conduit à ce que ce soit plutôt à l'heure actuelle la fonction publique qui soit plus attractive pour ce type de personnel.

**Tableau 11** - Verbatim recueillis auprès des cadres administratifs sur l'influence de la pluralité des statuts professionnels des acteurs sur les pratiques de CDG

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« <i>Donc aujourd'hui c'est clair que ce n'est plus une opportunité, plutôt une menace parce que la philosophie première a été déviée et c'est carrément autre chose qu'on est en train de voir actuellement</i> ».
Cadre administratif 2	« <i>Les agents contractuels en se comparant à leur collègue de la fonction publique, parfois mieux traités en termes de mobilité, de promotion, de développement de leur carrière, ne pensent que la seule façon de se motiver en se livrant à des comportements non orthodoxe</i> ».
Cadre administratif 3	« <i>C'est une démotivation totale qu'on constate auprès du personnel contractuel qui à tout moment ne font que gréver pour réclamer sur leur traitement salarial et sur certains avantages que leurs collègues fonctionnaires bénéficient ; pourtant ils ont les mêmes diplômes et travaillent dans les mêmes conditions</i> ».
Cadre administratif 4	« <i>La mobilité peut être une opportunité. Le fait d'avoir un turnover très fort dans une entreprise peut permettre de régler un certain nombre de problèmes et cela dépend des types entreprises ; il y en a des entreprises lorsque leur turnover est élevé c'est inquiétant, mais il y en a chez d'autre quand il est élevé c'est un atout. Dans les hôpitaux par exemple si le personnel contractuel passait rapidement du budget autonome au budget général qui est devenu plus attrayant que le statut contractuel on réglerait considérablement un certain nombre de problèmes. Mais les gens sont restés pendant 15 ans, 20 ans, sur le même budget, dans la même institution, dans la même ville, dans les mêmes pratiques, dans les mêmes opérations. C'est démotivant quand on ne fait que la même chose pendant 15 ou 20 ans</i> ».
Cadre administratif 5	« <i>Le fait de gérer les différentes catégories de personnels est un problème pour nous. Quand tu prends le personnel contractuel c'est comme si eux ils doivent fournir plus d'effort pour que les recettes rentrent avant d'être payé à la fin du mois. Cependant au niveau des fonctionnaires, comme leurs salaires sont directement payés par l'Etat, qu'ils aient fait des efforts ou pas ils ont leur salaire à la fin du mois. C'est ce qui nous complique la situation dans notre hôpital</i> ».

**Source** : Les auteurs

Les propos des interlocuteurs après analyse nous permettent de dégager certains facteurs inhérents à la pluralité des statuts des acteurs dans ces hôpitaux publics qui, pour nous influencent négativement l'exercice du CDG. Ces facteurs sont : la démotivation des acteurs du fait de leur différence de traitement en lien avec leurs statuts malgré qu'ils aient les mêmes compétences, les mêmes tâches et les mêmes responsabilités. Le critère de nomination des chefs de services fondamentalement basé sur leur qualification académique plutôt qu'à leur capacité managériale, qu'à leur compétence et à leur engagement ; l'asymétrie des missions des acteurs (certains acteurs ont des missions qui priment sur les missions de l'organisation dans laquelle ils sont affectés) ; la sédentarité du personnel contractuel (les agents contractuels sont restés pendant 15 ans, 20 ans, sur le même budget, dans la même institution, dans la même ville, dans les mêmes pratiques, dans les mêmes opérations). La difficulté de mise en branle du système de sanction-récompense. Au niveau des "Universitaires" qu'ils soient médecin enseignant-chercheur ou Médecin militaire et enseignant-chercheur, leur arrivée dans les hôpitaux au départ était une opportunité. Corrélativement leur affectation dans ces hôpitaux a permis la création ou le développement des services spécialisés. Mais il est fort constaté que leurs missions priment sur celles des structures dans lesquelles ils sont affectés et leur absence à leur poste dans le cadre des activités universitaires, constitue une grande entrave à l'attente des objectifs.

**Tableau 12** - Verbatim recueillis auprès des cadres administratifs sur l'influence de la pluralité des statuts professionnels des acteurs sur les pratiques de CDG

Répondants	Verbatim
Cadre administratif 1	« Aujourd'hui notre hôpital dispose de nouveaux services spécialisés à savoir : la neurologie, la neurochirurgie, la cardiologie, la gastrologie, la rhumatologie à cause de l'arrivée des " <b>Universitaires</b> ", et donc notre structure est en mesure de prendre en charge certaines pathologies que les patients dans le septentrion se faisaient soigner après de longs voyages sur la Capitale ».
Cadre administratif 2	« Ils ne sont pas réguliers à leur poste » et parfois ils s'absentent sans préavis, et en ces moments les patients sont laissés pour compte ».
Cadre administratif 3	« Quand nous faisons les rapports, les services où les " <b>Universitaires</b> ", n'ont pas de médecin en appui, les résultats en termes du nombre de consultation, du nombre des actes, c'est lamentable et du coup les recettes enregistrées sont nettement loin des prévisions attendues ».
Cadre administratif 4	« Le militaire peut être appelé à tout moment et même on ne demandera pas ton avis. Et si tu élabores le budget en comptant sur ce dernier, saches que tu peux l'atteindre ou ne pas l'atteindre ; s'il est présent, avec sa vigueur l'objectif sera atteint ».
Cadre administratif 5	« On a l'impression que les missions des universitaires priment sur les missions de l'hôpital. Les universitaires dans nos hôpitaux ne font que courir derrière les colloques, des missions de formation et sont quasiment absents et lorsqu'ils reviennent c'est pour quelques jours et ce qui est dommage ils partent et c'est après qu'on vous informe ».

**Source** : Les auteurs

## CONCLUSION

Il ressort après analyse des propos recueillis auprès des interlocuteurs que la pluralité des statuts dans les hôpitaux au départ était inscrite dans une philosophie de permettre les hôpitaux de fonctionner comme des entreprises privées par leur autonomisation. Par la suite, l'arrivée aussi des universitaires a également permis d'ouvrir dans les hôpitaux publics hospitalo-universitaire la création ou le développement des services de spécialités : des mesures pour rendre performants nos EPS. Mais malheureusement aux regards des facteurs inhérents à la pluralité des statuts des acteurs que nous avons présentés plus haut, nous pouvons dire que la pluralité des statuts professionnels dans les hôpitaux influence négativement la pratique du contrôle de gestion.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre global de la contingence du contrôle de gestion étant donné que la pratique du CDG existe dans ces structures. Cependant, la problématique générale du contrôle de gestion et du management des performances en milieu hospitalier togolais réside dans l'usage des outils dans un environnement caractérisé par une pluralité des statuts professionnels des acteurs. Nous sommes partis des constats des difficultés auxquelles sont confrontés tous les hôpitaux publics du Togo en matière de pilotage des performances. Nous constatons une pluralité d'acteurs administratifs et opérationnels aux statuts professionnels différents. Nous nous sommes donc interrogés sur l'efficacité du contrôle de gestion dans ce contexte spécifique d'acteurs aux statuts professionnels différents. Il s'agit plus particulièrement : d'identifier les outils de contrôle de gestion dans ces hôpitaux publics, d'analyser l'efficacité de ces outils de contrôle de gestion en termes d'influence sur le comportement des acteurs, et de comprendre dans quel sens la pluralité des statuts professionnels influence la pratique de CDG en milieu hospitalier togolais et enfin de préconiser des approches de solutions pour permettre de booster le système de pilotage des performances dans ces EPS.

Les principaux résultats de la recherche révèlent que l'outil budgétaire est l'outil dominant dans la gestion des performances des hôpitaux dont l'inefficacité de la pratique montre l'influence des comportements des acteurs. En effet, la fonction contrôle de gestion n'a pas évolué dans les hôpitaux étudiés. La pratique actuelle n'exerce qu'un impact relatif sur les performances dans la mesure où les acteurs ne la maîtrisent pas parfaitement. C'est ***un système informel ou non institutionnel et non réactif*** en absence d'un département de contrôle de gestion ni d'un contrôleur de gestion et est basé essentiellement sur la gestion budgétaire. En absence des autres outils (projet d'établissement, du plan opérationnel, et la comptabilité analytique) l'influence de l'outil budgétaire est totalement absent.

Les autres outils à savoir le TDB, le SIS, la recherche révèle l'usage informel de ces outils dans ces hôpitaux. Seuls quelques indicateurs sont construits par certains chefs de service dans le but de s'autoévaluer en respect des normes de métier. Au niveau de l'administration certains élaborent ratios ou indicateurs pour mesurer, s'évaluer également. En somme, ce sont des outils faiblement institutionnalisés et qui ont donc du mal à s'imposer aux acteurs. En abordant le volet efficacité de ces outils à savoir le budget et le Tableau de bord, et le SIS, nous avons analysé son efficacité en termes d'influence des comportements.

Selon l'influence des comportements des acteurs, tous les cadres administratifs et même les chefs de services de soins interviewés, reconnaissent que le budget est un outil prévisionnel pour recadrer les dépenses mais aussi un outil à travers lequel ils s'aperçoivent qu'ils doivent mieux faire en termes de recettes par rapport aux années qui ont précédées. Sauf que cette influence n'est pas significative en raison du non-respect des procédures d'élaboration, du non-respect des principes budgétaires et des limites elles-mêmes de la gestion budgétaire. Au niveau du TDB et du SIS, la plupart des interviewés reconnaissent disposer de certains

indicateurs spécifiques à leur activité qui leur permettent de recadrer les méthodes et processus de gestion de leur département. Cependant leurs inefficacités résident à partir du moment où il n'existe pas de TDB formel qui s'impose aux acteurs associés au retard de production des informations sanitaires combiné à la qualité elle-même des résultats. Ce sont des outils faiblement présents dans nos hôpitaux et qui ont donc du mal à s'imposer. Par ailleurs en abordant la question sur le sens de l'influence de la pluralité des statuts professionnels dans la pratique de CDG en milieu hospitalier togolais, il ressort après notre recherche que la démarche qui a consisté à introduire le corps des contractuels à côté des fonctionnaires était inscrite dans une philosophie de permettre les hôpitaux de fonctionner comme des entreprises privées suite à leur autonomisation. Cette décision avait pour objet de permettre de disposer d'un personnel plus dynamique et motivé devant être traité sous le système des entreprises privées pour suppléer à celui de la fonction publique en état de vieillissement. Par la suite l'arrivée aussi des universitaires a également permis d'ouvrir dans les hôpitaux publics universitaire la création ou le développement des services de spécialités, des mesures pour rendre performants nos EPS. Mais malheureusement aux regards des facteurs inhérents à la pluralité des statuts des acteurs à savoir la démotivation des acteurs que cela engendre, la nomination des chefs services sur la base de leur qualification académique et non sur la base de leur compétence, engagement et capacité managériale, l'asymétrie des missions des acteurs par rapport à celles de l'organisation, la sédentarité du personnel contractuel, et enfin la difficulté de mise en branle du système de sanction-récompense constituent à notre point de vue des facteurs majeurs qui influencent négativement la pratique du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics togolais.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABORD DE CHATILLON, E. ; DESMARAIS, C. (2012). Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? *Management International*, vol.16, n°3, p. 10-24. <https://doi.org/10.7202/1011413ar>
- ANTHONY, R.N. (1965). *Planning and control systems: a framework for analysis*, Boston: Harvard University Press.
- ANTHONY, R.N (1988). *The management control function*, Boston: Harvard University Press.
- BERLAND, N. (2004). *Le contrôle budgétaire*, Paris : édition La Découverte.
- BESSIRE, D. (1995). Le contrôle de gestion : acteur stratégique et vecteur de changement, *Revue Française de Gestion*, n°106, p. 38-45.
- BESSIRE, D. (1998), Performance : du flou sémantique à l'interrogation épistémologique, in *Performance et Comptabilité*, Actes du 19<sup>ème</sup> Congrès de l'AFC, p. 35-48.
- BOIRAL, O. (2004). Mettre en œuvre ISO 14001 : de la quête de légitimité à l'émergence d'un mythe rationnel. Communication présentée à la 13<sup>ème</sup> Conférence de l'AIMS, Normandie, Vallée de Seine.
- BOUCHIKHI, H. (1990), *Structuration des organisations : Concepts constructivistes et études de cas*, Paris : Economica.
- BOUQUIN, H. (1997), *Les fondements du contrôle de gestion*, « Que sais-je ? », n° 2892, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : PUF.
- CALME, I. (2003). *Introduction à la gestion*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : Dunod.

- CAMERON K. S.; WHETTEN D. A. (1981). Perceptions of Organization Effectiveness Across Organizational Life Cycles, *Administrative Science Quarterly*, vol.26, issue 4, p. 525-544. <https://doi.org/10.2307/2392338>
- CAMUS, P. (2000). *Le contrôle de gestion : pour améliorer la performance de l'entreprise*, 3<sup>ème</sup> Edition, Paris : Editions d'organisations.
- CARTWRIGHT, D. (1959). A Field Theoretical Conception of Power, in CARTWRIGHT D. [Ed.], *Studies in Social Power*, Institute For Social Research, Ann arbor, Michigan.
- CHAMPAGNE, F. ; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. ; PICOT-TOUCHE, J. ; BELAND, F. ; NGUYEN H. (2005). Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS. Résumé du rapport technique, Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- CHIAPELLO, E. (1996). *Les modes de contrôle des organisations artistiques*, Thèse de doctorat de Sciences de Gestion, Université Paris Dauphine.
- CROZIER, M. ; FRIEDBERG, F. (1977). *L'acteur et le système*, Paris : Le Seuil.
- CYERT, M. ; MARCH, J.G. (1963). *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.
- GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Health Care Manage Review*, Winter, vol. 26, n°1, p. 56-69. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- LAUNOIS, R. (1984). Comment réformer l'assurance maladie française ? Commentaires, vol.27, n°3, p. 529-534. <https://doi.org/10.3917/comm.027.0529>
- LEBAS, M. (1980). Toward a Theory of Management Control: Organizational Process Information Economics and Behavioral Approaches, *Cahier de Recherche du Groupe HEC*, N°198.
- LEROY, M. (2001). *Le tableau de bord au service de l'entreprise*, 2<sup>ème</sup> Edition, Paris : Editions D'Organisation.
- LOZEAU, D. (2004). La démarche qualité : de l'enlisement d'une technique à l'enracinement d'un archétype. Communication présentée à la 13<sup>ème</sup> Conférence de l'AIMS, Normandie. Vallée de Seine.
- MAYER, R. ; OUELLET, F. (Éds.). (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville : Gaëtan Morin.
- MINTZBERG, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les Editions d'organisation.
- MINTZBERG, H. (2002). Managing care and cure - up and down, in and out, *Health Services Management Research*, vol.15, issue 3, p. 193-206. <https://doi.org/10.1258/095148402320176639>
- ORIoT, F. (2004). L'influence des systèmes relationnels d'acteurs sur les pratiques de contrôle de gestion, *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 2004/3, Tome 10, p. 237-255. <https://doi.org/10.3917/cca.103.0237>
- ORIoT, F. (2003), *L'Influence des acteurs sur les différences de mise en œuvre d'un système de contrôle de gestion : le cas d'une banque à réseau*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Ecole des Hautes Etudes Commerciales.

PATTEN, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2<sup>nd</sup> ed., Newbury Park: Sage.

SIMONS, R.L. (1995). Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal, Boston: Harvard University Press. *Harvard Business Review*,