

LA MISE EN ŒUVRE D'OUTILS DU CONTRÔLE DE GESTION ET MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE EN MILIEU HOSPITALIER : UNE APPROCHE PAR ÉTUDE DE CAS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS CAMEROUNAIS

Donatien AVELÉ
Faculté d'administration
Université de Moncton
(Canada)

Nabil BIKOURANE
ISPED, BPH Inserm U1219
Université de Bordeaux
(France)

RÉSUMÉ :

Les hôpitaux sont confrontés à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui leur imposent de mieux maîtriser leurs performances. Ainsi, le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif. Dans ce contexte, cet article a pour objet d'analyser les systèmes de contrôle de gestion mis en œuvre pour répondre à la complexité et à l'incertitude qui caractérisent l'hôpital public camerounais. Aussi, l'article examine la problématique liée à la tarification des actes médicaux et des soins hospitaliers. L'étude empirique consiste en une analyse transversale des outils du contrôle de gestion et de management de la performance à travers deux études de cas visant à identifier les facteurs susceptibles d'influencer la performance hospitalière camerounaise.

Mots clés : contrôle de gestion, hôpital public, management de la performance, new public management, tarification.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le secteur de la santé de nombreux pays africains a subi plusieurs bouleversements, notamment en raison de la mise en application de différentes mesures gouvernementales visant à maîtriser les coûts. Les hôpitaux sont confrontés à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui leur imposent de mieux maîtriser leurs performances. Dans ce contexte, le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif. Toutefois, le système de contrôle de gestion à l'hôpital doit s'articuler autour d'objectifs spécifiques tels que l'allocation optimale des ressources, et non le dégagement d'un profit (Cauvin, 1999). L'un des principaux problèmes auxquels font face les administrateurs des soins de santé est le contrôle des coûts. Ainsi, l'utilisation des besoins de santé peut changer en fonction de l'offre et de la demande. Pour plusieurs raisons, ces deux facteurs augmentent plus rapidement dans les pays riches que dans les pays à

ressources limitées. Du point de vu de l'offre, les gouvernements des pays riches ont des revenus plus élevés avec lesquels ils peuvent payer pour les services, et les innovations techniques élargissent la gamme de ces services. En outre les habitants des pays riches sont mieux informés en raison des messages sur la santé qui les incitent à consulter leurs professionnels de la santé. En revanche, depuis la fin du 20^e siècle, les progrès scientifiques et techniques ont eu pour effet, entre autres, une augmentation de l'espérance de vie dans le monde entier. L'Afrique, en dépit de ces progrès, a toujours fait l'objet de nombreuses préoccupations quant à la capacité de chacun de ses pays, quelle que soit leur référence idéologique, à mettre en place une politique de santé efficace. L'hôpital, établissement public par essence, est le lieu par excellence qui traduit au mieux la politique de santé d'un pays. Sa finalité première étant de dispenser des soins de qualité et de nature humanitaire. Par ailleurs, une analyse du système de soins camerounais fait ressortir le problème fondamental du « faible accès des populations aux soins de santé de qualité ». Ces populations, en l'occurrence les plus nanties, se tournent vers les cliniques privées ; par ailleurs, celles n'ayant pas assez de moyens se rabattent, soit vers les méthodes traditionnelles, soit vers le secteur informel, avec tous les risques sanitaires que cela comporte. Ce problème résulte de quatre causes majeures : l'accès inéquitable aux soins par les populations, les formations dispensées au personnel sont inadaptées aux besoins du secteur, la qualité des soins dispensés est très moyenne, la gouvernance dans ces formations est très peu satisfaisante. Cependant, force est de constater de nos jours et, plus particulièrement au Cameroun, que les acteurs du secteur hospitalier ne perçoivent toujours pas l'importance du contrôle de gestion au sein de l'hôpital. Ceci peut néanmoins s'expliquer par le fait que, de par son essence, le contrôle de gestion se justifie plus facilement au sein des organisations à but lucratif car il s'assure que ces dernières utilisent les ressources mises à leur disposition de manière efficace pour obtenir des bénéfices et pérenniser ainsi leur existence ; le retrouver au sein de l'hôpital qui fonctionne avec les ressources de l'État et qui n'a aucune obligation de résultat, semble absurde. Or, il faut noter que, l'hôpital, organisation humanitaire à but non lucratif, reçoit ses fonds de l'État mais, ceci n'exclut en rien le fait qu'il doit les utiliser (convertis en ressources financières et matérielles) de manière efficace sinon efficiente pour pouvoir assurer les meilleurs soins aux patients aux prix les plus bas, ce qui inclut donc la nécessité d'un contrôle de gestion en son sein pour assurer la meilleure utilisation de ses ressources. Par ailleurs, le management hospitalier a pour mission principale de mener des efforts dans le but de garantir l'équilibre financier, de maintenir le taux de rotation du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'éviter des durées de séjour trop longues, de respecter les normes du personnel soignant, d'obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, de réduire le temps d'attente dans les consultations, d'assurer un accueil chaleureux aux patients et de réduire le nombre de décès tout en assurant une meilleure qualité des soins etc. Ces différents éléments relèvent à notre avis de la performance hospitalière. Sans entrer dans l'analyse détaillée des difficultés auxquelles font face les hôpitaux publics camerounais quant à la gestion des coûts (contrôle, réduction, maîtrise...), un certain nombre de questions sous-tendent notre problématique : Existe-il un système de contrôle de gestion mis en place dans les hôpitaux publics camerounais permettant la réduction des coûts ? Quels sont les

facteurs susceptibles d'influencer la performance de ces hôpitaux ? Comment sont tarifés les actes médicaux et les soins hospitaliers ?

Ainsi, la présente étude vise à:

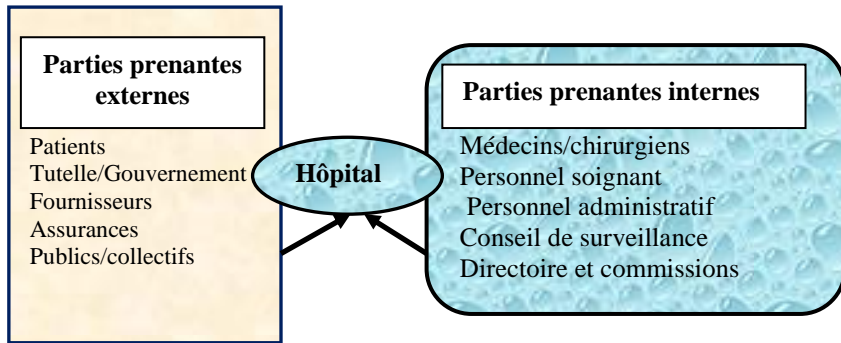
- analyser les systèmes de contrôle de gestion mis en œuvre pour répondre à la complexité et à l'incertitude qui caractérisent l'hôpital public camerounais ;
- Préciser le contexte dans lequel les hôpitaux publics camerounais s'insèrent afin de comprendre le cadre dans lequel le contrôle va se situer ;
- Proposer des moyens (outils de contrôle de gestion) permettant de réduire les coûts dans le but d'améliorer la performance hospitalière camerounaise.

La recherche ainsi menée s'articule autour de quatre principaux points. Le premier point présente le contrôle de gestion et la notion de performance en milieu hospitalier (1). Le deuxième évoque la doctrine du contrôle de gestion au cœur du *New Public Management* au sein des établissements de santé. (2). Le troisième quant à lui est consacré à l'approche méthodologique retenue (3). Enfin, le quatrième point dresse un récapitulatif du schéma directif de la recherche comportant l'analyse et la discussion des principaux résultats (4).

1. LE CONTRÔLE DE GESTION ET NOTION DE PERFORMANCE HOSPITALIÈRE

Le contrôle de gestion constitue un moyen pour mettre en œuvre des outils et des méthodes permettant de piloter la performance hospitalière. Toutefois, la multiplicité des parties prenantes au sein des établissements de santé ne limite pas cette notion de performance aux seules considérations financières. Ainsi, la performance devient multidimensionnelle et se définit à partir des points de vue des différentes parties prenantes de l'hôpital (Montalan et Vincent, 2013). Freeman (1999) définit les parties prenantes comme « *un groupe d'individus qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs d'une organisation* ». Ces parties prenantes qui, selon l'auteur, contribuent à déterminer une performance globale conçue, selon les termes de Donaldson et Preston (1995), comme un ensemble d'intérêts coopératifs ou divergents. Le pilotage de cette performance suppose, en conséquence, d'arbitrer et de gérer cette diversité dans le cadre d'une organisation transversale où les questions de coordination de l'action collective se posent de façon cruciale (Montalan et Vincent, 2013). Afin de catégoriser les parties prenantes, Rethmeier (2009) retient un modèle permettant de distinguer les parties prenantes internes à l'hôpital telles que le personnel administratif et soignant et les parties prenantes externes (telles que les tutelles).

Figure 1 : Les parties prenantes à l'hôpital



Source : figure adaptée à partir de Rethmeier (2009)¹

Les modèles d'évaluation de la performance en contrôle de gestion reposent sur une conception multidimensionnelle de celle-ci au sein des hôpitaux tenant compte de la transversalité et de la réalité plurale de ces établissements. Donabedian (1988) propose quatre niveaux d'évaluation : la qualité des soins réalisés par les personnels soignants, la qualité de l'infrastructure d'accueil du patient, le bénéfice apporté aux patients et à leurs familles et la qualité du service de soins au niveau d'un territoire (accessibilité, continuité, coordination). Cette analyse traduit une approche de performance fondée sur la qualité de soin et met en avant le rôle de multiples parties prenantes dans la performance du système de santé. Toutefois, elle reste centrée sur la seule variable soin et ne prend pas en compte les données organisationnelles (les ressources humaines, financières, matérielles) et stratégiques (multiplicité des attentes des parties prenantes dans un contexte de restrictions budgétaires et d'accroissement des besoins) (Montalan et Vincent, 2013).

Sicotte et al. (1998) développent une approche organisationnelle de la performance des établissements de santé qui intègre quatre dimensions : la légitimité sociale, l'adéquation des ressources, la qualité des processus internes et la qualité des relations humaines. De nombreux autres travaux ont cherché à intégrer une conception globale et transversale de la performance. Minvielle et al. (2008) ont mis en place une approche combinant 13 sous-dimensions² de la performance à partir de la théorie du système de l'action sociale de Parson (1951). Leur étude a été menée dans un hôpital francilien (Bicêtre) auprès de trois groupes de parties prenantes : personnel médical, soignant et administratif. Les scores les plus élevés concernent les valeurs professionnelles et d'autoréalisation pour les trois catégories de parties prenantes, ce qui tend, selon les auteurs, vers une vision plutôt consensuelle de la performance pour les trois groupes. Pour ces parties prenantes, la dimension humaine, à travers les valeurs

¹ Rethmeier K.A. 2009, An Outsider View : The Journey of Leadership, Management in Health, Vol 13, No 3.

² En s'appuyant sur le cadre d'analyse de Parson (1951), Minvielle et al. (2008) ont déployé un modèle de performance intégrant 13 sous-dimensions : effectivité, équilibre budgétaire et maîtrise des coûts, atteinte des objectifs, attractivité et capacité d'attirer des ressources, ouverture et relations publiques, productivité, fonctionnement interne, satisfaction du patient, valeurs professionnelles, valeurs de service public, valeurs organisationnelles, climat de travail et auto-accomplissement personnel.

professionnelles, les valeurs de service public, l'accomplissement personnel et le climat social, est déterminante. Face à la spécificité du monde de la santé, le contrôle de gestion cherche à traduire de manière opérationnelle cette performance multidimensionnelle au sein des établissements hospitaliers en intégrant plusieurs dimensions et plusieurs parties prenantes. Les outils développés vont s'atteler à combiner des informations financières et non financières à travers des tableaux de bord qui visent, via des indicateurs, l'anticipation plutôt que la réaction. De plus en plus étudié et déployé au sein des hôpitaux³, le *Balanced Scorecard* (BSC)⁴ est un tableau de bord stratégique et prospectif qui concrétise cette performance transversale à travers quatre axes : financier, patient/usager, processus opérationnel et apprentissage organisationnel/ compétences. Nous reviendrons sur cet outil ultérieurement. Ces recherches confirment que la performance hospitalière est multifacette et ne peut être cernée indépendamment des différentes parties prenantes.

2. LE CONTRÔLE DE GESTION AU CŒUR DES APPROCHES « NEW PUBLIC MANAGEMENT » AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La doctrine du *New Public Management* (NPM) est souvent considérée comme dominante dans l'évolution du système de santé. Volonté de rationaliser l'action publique à partir de la notion d'efficacité et de valorisation des méthodes du secteur privé, le NPM a connu un essor particulier, et ce dans différents pans de l'État, de l'armée à l'éducation en passant par la fonction publique hospitalière (Giordano et al., 2015). Ainsi, le NPM peut être défini comme l'application aux organisations publiques de la philosophie managériale issue du secteur privé (Bezes, 2009). Plus concrètement, Pettigrew (1997) caractérise le NPM par quatre objectifs :

- La quête d'efficacité ;
- La réduction de taille du service public par externalisation ;
- La recherche de l'excellence ;
- La prise en compte des besoins de l'utilisateur (orientation de service public).

Cette typologie permet une lecture fine des bouleversements ayant eu lieu dans l'organisation du système de santé. La répartition et l'optimisation des financements des hôpitaux ont dû être repensées entraînant ainsi des réorganisations structurelles et fonctionnelles. C'est à travers cette rationalisation des dépenses qu'on a vu émerger peu à peu une logique de marché, accompagnée de l'apparition de notions nouvelles dans le secteur public, comme la flexibilité, l'externalisation, la performance, l'efficacité, l'efficience ou encore la gouvernance. Selon Abord de Chatillon et Desmarais (2012), les réformes hospitalières s'articulent autour de trois composantes dont le dénominateur commun est la recherche de la performance :

- Meilleure maîtrise des coûts : Il s'agit par exemple en France de relier les ressources perçues à l'activité réelle à travers l'introduction de la T2A ;

³ Faujour et Marian (2003), Nobre (2001), Nobre et Signolet (2007), Montalan et Vincent (2013).

⁴ Développé par Kaplan et Norton (1996).

- Responsabilisation : création de structures autonomes (management par objectifs et *reporting*) ;
- Contractualisation : Elle est concrétisée par la création de pôles dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière en France⁵ et la mise en place de contrats de pôles.

Dans ce contexte, on assiste à une forte demande en outils de gestion et le déploiement de méthodes de contrôle de gestion empruntées au monde de l'entreprise afin de réduire les dérives budgétaires et d'accroître la responsabilisation des acteurs. Cela permettrait d'évoluer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats (Hood, 1995). Ainsi, et en tant que système de pilotage, le contrôle de gestion a pour but d'améliorer le rapport entre les ressources engagées, l'activité développée et les résultats obtenus dans le cadre déterminé par une démarche stratégique préalable ayant fixé des orientations. Nous verrons au paragraphe suivant quelques-unes de ces techniques et méthodes inspirées du secteur privé conformément au nouveau management public, et qui se sont progressivement déployées au sein des établissements de santé afin de répondre aux objectifs de performance multidimensionnelle que nous avons énoncés précédemment.

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Compte tenu du caractère exploratoire de notre recherche et, afin de restituer toute la complexité de l'hôpital public en général et camerounais en particulier, la stratégie retenue dans le cadre de cette recherche est celle de l'étude de cas. À ce titre, nous avons procédé à la triangulation des données (entretiens semi-directifs, sources documentaires internes et observation simple). Les entretiens approfondis constituent la principale source d'information. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale sous forme de « verbatim ». Plusieurs témoins clés (contrôleurs de gestion, directeurs des finances, directeurs généraux de l'établissement, chefs de services et cadres administratifs) impliqués dans le système de management de la performance et du contrôle de gestion ont été interrogés. La population est constituée de deux hôpitaux publics camerounais.

4. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Cette section a pour objet d'analyser et d'interpréter des observations obtenues auprès des acteurs des soins de santé des hôpitaux publics camerounais dans le cadre de l'enquête qualitative. Les deux cas concernent exclusivement deux hôpitaux de la ville de Douala que nous nommons A et B dans l'optique de garder l'anonymat des répondants. Ainsi, les données relatives aux deux cas étudiés concernant les pratiques des hôpitaux publics camerounaises en matière du contrôle de gestion et du management de la performance des hôpitaux publics sont tour à tour présentées et analysées.

⁵ Loi HPST 2009 (Hôpital, Patient, Santé et Territoire).

4.1. Présentation du Cas A

L'hôpital A de Douala est une formation médicale de 3^{ème} référence et de 2^{ème} catégorie. Sa position stratégique dans la capitale provinciale du littoral favorise cette forte demande en soins de santé. Aussi, remarque-t-on que la population morbide a toujours tendance à solliciter ses services. Cela a pour conséquence positive la mobilisation d'un personnel soignant face à une demande médicale importante et pour conséquence négative, une demande en prestations sanitaires supérieure à l'offre. La structure abrite non seulement un personnel diversifié, mais également elle accueille des patients « externe et interne ». Fondé en 1931, l'Hôpital Indigène de Douala a été soumis au régime de l'indigénat de l'administration française. Il est réservé alors aux patients noirs auxquels l'accès à l'Hôpital Général de Douala (Hôpital Nachtigal sous la colonisation allemande) leur est formellement interdit. Dans les années 50, cet hôpital prend le nom de L'hôpital A, en hommage au docteur Jean Auguste A, médecin militaire français ayant séjourné à deux reprises au Cameroun. Durant son premier séjour, de 1936 à 1938, le médecin-capitaine A, du Service de Santé des troupes coloniales côtoie le docteur Paul-Louis Aujoulat, créateur en 1936 de la Fondation médicale Ad Lucem au Cameroun. Son second séjour, en 1940, sera de courte durée. Médecin-chef de l'Hôpital Indigène de Douala, il accueille, le 27 août 1940, le commandant Leclerc, envoyé du général de Gaulle puis, quitte le pays pour accompagner le 1er Régiment de tirailleurs du Cameroun auquel il est affecté. Il meurt en campagne, en 1941. Les premiers soignants indigènes sont formés à l'École des aides de santé d'Ayos, près de Yaoundé, créée en 1932 par le docteur Eugène Jamot (1879-1937), dont les découvertes sur la maladie du sommeil seront vulgarisées par le docteur Bebey Eyidi (1914-1966). A la fermeture de l'école, en 1945, les élèves en cours de formation seront envoyés à l'école de médecine de Dakar (Sénégal). Le docteur Félix Roland Moumié (1925-1960) fait partie de cette première promotion de médecins diplômés à Dakar. Elu président du parti nationaliste UPC (Union des Populations du Cameroun) en 1952, il est affecté à l'hôpital A en 1955, avant de devoir s'exiler, en juillet 1955, du fait de l'interdiction de son parti, violemment combattu par le pouvoir colonial. Le destin du docteur Moumié croise celui du docteur Bebey Eyidi, également médecin à l'hôpital A. Ensemble, ils vont mener le combat pour l'indépendance immédiate et l'unification des Cameroun britannique et français. Félix Moumié est assassiné en 1960 à Genève et est promu héros national en 1991. Bebey Eyidi est écroué en 1962 et meurt en 1966 à sa sortie de prison.

4.2. Présentation du cas b

L'hôpital de District B fut créé en 1943 comme dispensaire maternité B et s'est progressivement transformée pour devenir l'hôpital de district B en août 1995. Il a été sous la direction de plusieurs médecins. L'hôpital de District B est une institution sanitaire classée en 4^{ème} catégorie des hôpitaux publics d'après l'organisation des formations sanitaires au Cameroun et sert de 1^{ère} référence pour les centres médicaux d'arrondissement susceptible de nous procurer la taille d'échantillon désirée. Il a une bonne capacité d'accueil, son accès est facile et la

disponibilité des services est efficace. L'hôpital de District B est constitué de 11 bâtiments parmi lesquels celui abritant le service de consultation prénatale.

4.3. Analyse transversale des cas : outils du contrôle de gestion au pilotage de la performance au sein des hôpitaux publics a et b

Au terme de nos investigations au travers des entretiens semi-directifs réalisés auprès des acteurs des soins de santé dans les hôpitaux publics A et B, nous avons constaté que la fonction contrôle de gestion est quasiment inexistante au sein de ces deux formations hospitalières. Or, le contrôle de gestion selon Anthony (1965) a pour but de s'assurer que les ressources de l'organisation sont utilisées avec efficacité et efficience pour l'atteinte des objectifs. Le contrôle de gestion tel que défini par Anthony devrait donc s'appliquer à toute forme d'organisation. En ce sens, le contrôle de gestion devient plus comme un processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre des stratégies de l'organisation (Anthony, 1988). Même si les établissements des soins de santé publics ne sont pas soumis aux exigences du secteur privé à savoir la recherche des profits, ils doivent tout de même exercer une volonté accrue en ce qui a trait à la recherche de l'efficacité et de l'efficience. Nos échanges nous ont permis de constater que la plupart des responsables de services de l'hôpital A quand ils ne comprennent pas c'est quoi le contrôle de gestion, ne perçoivent même pas son importance dans un hôpital public. Le retrouver dans un hôpital où les objectifs sont dans l'ensemble mal définis, où le pilotage de la performance est négligeable serait illusoire. Or, l'hôpital public camerounais fonctionne avec les ressources de l'État; ainsi, il devrait pouvoir assurer les meilleurs soins aux patients aux prix les plus bas, ce qui influencerait donc la nécessité d'un système de contrôle de gestion en son sein afin d'assurer une meilleure utilisation de ses fonds. Le contrôle de gestion en milieu hospitalier est une nécessité importante si l'on veut atteindre les objectifs escomptés et répondre adéquatement aux besoins des populations et donc des patients. À ce titre, les managers hospitaliers se doivent d'agir avec efficacité et efficience dans l'utilisation des ressources qui leur sont allouées. Avec la nouvelle réforme hospitalière datant de 2003 au Cameroun, il semble que le contrôle de gestion devient comme dans toute formation sanitaire une fonction incontournable pour l'hôpital public camerounais quelle que soit sa taille.

La fonction « contrôle de gestion » bien qu'absente dans l'organigramme de l'hôpital A, selon un responsable de cette formation sanitaire, a existé jusqu'en 2007. *Quant à la question de savoir pourquoi une telle fonction a-t-elle été abolie ? Le même responsable répond :*

« La fonction « contrôle de gestion », je veux dire le service contrôle de gestion, pilotage de la performance et des systèmes d'information a été mis en place par l'ancienne direction de l'hôpital ; mais avec l'arrivée du nouveau directeur et suite à l'audit qui avait été réalisé, ce service a été simplement aboli par ce dernier. Je pense qu'il ne comprenait pas l'importance d'un système de contrôle de gestion. Or cet outil avait pour missions de coordonner la préparation et l'élaboration des plans d'actions

et des budgets correspondants, de veiller en permanence à l'optimisation des outils de pilotage, d'assurer le pilotage du comité de gestion de l'hôpital, d'améliorer les connaissances en management de la performance, d'assurer la formation du personnel mis à sa disposition, de rechercher des outils susceptibles de croître la performance, veiller à l'opportunité des engagements des dépenses initiés par les départements et à la disponibilité des ressources financières etc...depuis l'abolition de ce système, beaucoup de responsables budgétaires le réclament encore aujourd'hui surtout quand on leur exige de réaliser des objectifs; or depuis un certain temps ces objectifs ne sont plus fixés comme cela se faisait auparavant. Il y avait même une approche participative dans l'élaboration des budgets, ce qui était très important car chaque responsable se sentait concerné contrairement à ce qui se passe aujourd'hui où les objectifs sont simplement imposés... »

À la lecture des propos d'un des responsables budgétaires de l'hôpital A et, au terme de nos échanges avec la plupart d'entre eux, nous pouvons déduire que l'absence d'un système de contrôle de gestion et ou de ses outils est simplement de la volonté des managers hospitaliers des deux formations sanitaires visitées. L'argument généralement évoqué par les responsables budgétaires est la crainte des managers de se faire «épingleés» lors d'un éventuel contrôle financier exercé par la tutelle des hôpitaux. Ceux-ci optent donc pour une gestion opaque et non transparente. Or, pour pallier à ces insuffisances qui empêcheraient sans doute la réalisation des objectifs escomptés, il aurait été judicieux de la part de la tutelle d'imposer dans sa nouvelle réforme hospitalière datant de 2003, la mise en œuvre d'un système de contrôle de gestion dans chaque formation sanitaire tel que mentionné dans les textes réglementaires. Malheureusement, aucune mention n'est faite à ce sujet. Face à cette préoccupation que nous qualifions d'irresponsable de la part des managers hospitaliers, nous avons également voulu savoir comment sont-elles prises des décisions en l'absence d'outils du contrôle de gestion. Ainsi, le matériau empirique nous conduit à conclure que les managers optent pour des critères de décision irréalistes et voire informels; ce qui à notre avis est illusoire.

Comme nous l'avons souligné plus haut, le contrôle de gestion en milieu hospitalier est une nécessité importante si l'on veut atteindre les objectifs escomptés et répondre adéquatement aux besoins des populations et donc des patients. À ce titre, les managers hospitaliers se doivent d'agir avec efficacité et efficience dans l'utilisation des ressources qui leur sont allouées. Avec la nouvelle réforme hospitalière datant de 2003 au Cameroun, il semble que le contrôle de gestion devient comme dans toute formation sanitaire une fonction incontournable de l'hôpital, quelle que soit sa taille.

D'après un responsable du bureau des budgets de l'hôpital A, « *le contrôle de gestion qui a existé dans cet hôpital nous permettait de suivre un certain nombre d'activités et d'atteindre les objectifs qu'on s'était fixés. ce que moi j'ai constaté, au niveau de la pharmacie par exemple, il y avait un système d'approvisionnement et de règlement qui n'était pas correct depuis l'abolition du contrôle de gestion c'est-à-dire, quand on approvisionnait, les*

paiements ne suivaient pas immédiatement, il y avait un décalage, ce qui nous créait beaucoup de dettes et, le nouveau directeur général actuel a mis en place un système d'apurement progressif de la dette et des règlements immédiats des engagements, voilà sa politique pour apaiser les fiances au niveau de la gestion des médicaments. J'aurais souhaité qu'on ait un véritable système comptable pour vraiment enregistrer les informations financières au jour le jour et faire en sorte que à n'importe quel moment qu'on puisse interroger le système et qu'il puisse nous donner des informations exactes nous permettant de faire des analyses car pour le moment, on a ni un système comptable ni un logiciel de gestion ».

Le discours de ce responsable nous laisse croire qu'il y a une volonté d'amélioration de la performance de la part de la nouvelle équipe dirigeante de l'hôpital A, en ce sens que le nouveau directeur a mis en place ce que nous pouvons qualifier de « comptabilité d'engagement » pour éviter des retards dans les paiements. Ce qui est d'ailleurs une très bonne chose pour une formation sanitaire car, l'absence de tenue d'un tel outil révélerait une insuffisance de la maîtrise financière de l'hôpital. La comptabilité d'engagement est de pratique courante dans les organisations publiques. Elle se répand grâce au développement de l'informatique. La notion d'engagement permet de mettre en réserve les crédits nécessaires au paiement des dépenses certaines pour lesquelles les factures sont reçues ultérieurement. C'est à partir de la procédure de comptabilité par engagement que le contrôle de l'exécution des commandes et des ordres de services sera le plus performant. En effet, cette procédure consiste à débiter les comptes concernés avant que l'acte générateur d'une créance au profit d'un tiers soit passé. Elle évite ainsi l'engagement d'une dépense alors que les crédits du compte sont épuisés ou que le solde disponible est inférieur au montant de la facture qui suivra (Schmitt., 1988). En revanche, on peut se poser la question de savoir sur quelle base sont-elles prises des décisions? Les informations recueillies sur e terrain d'étude et suite aux nombreux échanges avec les personnes en charge des questions budgétaires nous laissent conclure que les décisions en l'absence d'un système de contrôle de gestion sont prises sur des critères subjectifs et informels; ce qui à notre avis est illusoire.

4.3.1. Une absence d'outils de management et de pilotage de la performance adaptés au contexte hospitalier camerounais

L'un des principaux problèmes auxquels font face les administrateurs des soins de santé est le contrôle des coûts. Étant admis que la gestion hospitalière a un coût, force est de constater que les responsables des hôpitaux visités (A et B) ne se préoccupent pas encore du calcul des coûts et de son analyse. Or, la maîtrise des coûts pourrait aider les responsables budgétaires à prendre un certain nombre de décisions éclairées car, les coûts dépendent non seulement de l'amortissement des équipements médicaux et des infrastructures, mais aussi des dépenses liées aux achats des services de maintenance, aux achats de consommables médicaux,

à la rémunération des ressources humaines. Parmi les outils absents dans la gestion de ces formations hospitalières, on note les méthodes de calcul des coûts. Or, contrairement à la comptabilité générale qui affecte les charges par nature, la comptabilité de gestion repose sur le principe d'affectation par destination. Appliqué au cas de l'hôpital, la destination pourra être tout objet de coût (ou de profit) qu'un établissement souhaite suivre et mesurer qu'il s'agisse d'un service clinique, d'un pôle, d'un patient par exemple ou encore d'une journée d'hospitalisation dans la lignée des travaux précédemment évoqués sur la base d'une tarification au prix de journée. Traditionnellement, en comptabilité analytique, il existe deux grands modèles de calcul de coûts : les coûts partiels (méthodes des coûts variables et spécifiques, imputation rationnelle, coût marginal...) et les coûts complets (méthode des sections homogènes, ABC/ABM, méthode des Unités de Valeur Ajoutée...). On note aussi l'absence d'une méthode des sections homogènes ou des coûts complets dans les deux hôpitaux visités. En effet, cette méthode va considérer l'ensemble des charges selon la possibilité de les affecter directement ou indirectement au coût que l'on veut calculer. Le coût complet est donc l'ensemble des coûts directs affectables et des coûts indirects répartis et imputés à l'aide de clés de répartition permettant d'aboutir au calcul du coût de revient d'un produit, d'une prestation ou d'une activité. Les coûts indirects sont collectés dans des « centres d'analyse » intermédiaires et ensuite répartis au prorata d'une clé de ventilation représentative de la consommation du coût indirect. Aussi, pensons-nous que la Méthode ABC pourrait pallier aux problèmes de maîtrise de coûts dont font face les hôpitaux publics camerounais. Car, la comptabilité par activités (CPA) est une méthode de calcul de coûts par activités et, est censée résoudre les problèmes d'inefficience des systèmes traditionnels de calculs de coûts. C'est une méthode qui a pour objectifs d'obtenir des coûts plus pertinents par une meilleure allocation des charges indirectes. Cette méthode de calcul de coûts basée sur les activités propose d'introduire une relation causale dans le rattachement des coûts aux produits. Fondée sur la description des processus, cette méthode mesure très précisément les coûts associés aux ressources consommées par les activités qui constituent le processus ; ce sont les activités qui consomment des coûts et les produits qui consomment des activités. La démarche consiste dès lors à identifier les activités créatrices de valeur puis des inducteurs de coûts qui permettent de déterminer pour chacune des activités retenues le processus selon lesquelles les ressources sont consommées. Enfin, la méthode dite des coûts variables serait également d'un apport crucial dans le management de la performance hospitalière camerounaise. Cette méthode considère les charges selon leur caractère fixe, variable ou mixte au regard du niveau de la production. Elle consiste à déterminer une marge entre le prix de vente et les coûts variables d'un produit, mesurant sa contribution à la couverture des charges fixes et à l'obtention du résultat de l'entreprise. Elle permet de calculer des seuils de rentabilité et les coûts marginaux. Appliqué au cas hospitalier, elle s'avère pertinente dans le cadre de l'acquisition d'un matériel lourd qui implique un investissement (des coûts fixes) mais aussi des consommables nécessaires au traitement du patient (coût variable) ; quel que soit le mode de financement prévu, une fois la recette calculée, il est possible de calculer le nombre de patients à prendre en charge ou d'actes à réalisés pour atteindre le seuil de rentabilité. La comptabilité analytique rendue obligatoire par la tutelle dans le

contexte de maîtrise des dépenses de santé s'est traduit par une prolifération d'outils. Pour comprendre l'émergence de ces outils, il reste donc à définir de manière plus précise le produit auquel elles s'appliquent. S'agissant d'une comptabilité par destination, plusieurs types et niveaux d'activité peuvent en faire l'objet. Les principaux outils de la comptabilité de gestion hospitalière (CGH) sont construits ou produits à partir de ces méthodes. Nos échanges nous ont permis de constater que les acteurs des hôpitaux A et B ne perçoivent pas toujours l'importance du contrôle et de la comptabilité de gestion et partant du management de la performance en milieu hospitalier. L'hôpital est dans une plus large mesure administré et non géré. C'est ce qui transparaît dans le discours d'un haut responsable de l'hôpital B. « *L'absence d'un système de contrôle de gestion ou encore des outils de la comptabilité analytique dans les hôpitaux publics au Cameroun en général et en particulier dans l'hôpital B est une préoccupation majeure dans la mesure où les directeurs généraux des hôpitaux dans la plupart des cas sont considérés comme des administrateurs et non des gestionnaires. Ils n'ont aucune culture managériale et, à tout ceci viennent encore s'ajouter les problèmes de tarification des actes des soins de santé dans nos formations sanitaires qui à mon avis sont arrêtées de façon arbitraire sans un véritable calcul de coûts* ».

Ceci est d'autant vrai car à notre avis, dans un établissement de santé, le contrôle de gestion a pour rôle de s'efforcer à évaluer les coûts des activités des soins de santé. Et, pour ce faire, il va accéder aux données financières (dépenses) et aux données de gestion du personnel (effectifs). À partir de ces données, le contrôle de gestion va construire une comptabilité de gestion permettant de calculer les coûts complets (coûts direct et indirect) des activités de soins de santé. De manière générale, l'hôpital public fonctionne comme une administration dans le respect des principes de réglementation et d'hierarchisation sans culture de résultat ; la logique dominante étant celle de l'État distributeur de crédits qu'il juge nécessaires pour l'apport des soins aux populations. À notre avis, nous pensons que cette logique va entraîner la gestion de l'hôpital à une certaine suffisance dans l'effort produit et même de l'efficacité de celui-ci car elle s'oppose à la vision managériale structurée autour de la gestion par les résultats.

4.3.2. Problématique de la tarification des actes médicaux, des soins hospitaliers et de la maîtrise des coûts dans l'hôpital public camerounais

Les tarifs constituent aujourd'hui le mode dominant de rémunération des actes médicaux et de soins hospitaliers. Au Cameroun, la tarification concerne des prestations sanitaires et peut être appréhendée comme l'ensemble des méthodes de fixation, de construction ou d'édification des prix à payer par les usagers de l'hôpital, en échange des divers services qui leur sont rendus. Les prestations et des actes hospitaliers vont de la consultation qui regroupent l'ensemble des prestations fournies à un malade pour diagnostiquer les maux dont il souffre et adopter la démarche la mieux adaptée pour son traitement aux prestations médicales et paramédicales. Les produits hospitaliers ne sont pas en reste ; ceux-ci concernent en général la vente de médicaments et des actes consommables médicaux. Les coûts de soins dans les hôpitaux publics camerounais sont loin d'obéir aux canevas officiels ou déterminés par consensus. C'est le cas dans le

privé du consensus signé en 2006 entre l'ordre des médecins du Cameroun, les médecins conseils et le syndicat des médecins privés du Cameroun. Ce document met en exergue l'harmonisation des actes médicaux, afin de rendre moins disparate le contrôle des factures et l'appréciation des différentes prestations des médecins traitants dans l'intérêt du malade et du tiers payant (assurance). Ce consensus a par ailleurs été validé par décret n° 87/529 du 21 avril 1987 fixant la nomenclature générale des actes. Contrairement à la plupart des pays membres de l'OCDE ayant abandonné le prix de journée et le modèle de la dotation globale, le Cameroun à travers son ministère de la santé publique continue avec cette pratique. La France par exemple est passée à de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics et privés basés sur une tarification à la pathologie. La plupart des pays de l'OCDE ont donc uniformisé le financement de l'ensemble des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), en hospitalisation complète, de jour ou à domicile, quel que soit le statut juridique de l'établissement de santé. La France a ainsi institué la Tarification à l'activité dénommée la T2A. Dans les deux hôpitaux visités, la tarification varie d'un acte à l'autre.

Dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements hospitaliers, la comptabilité analytique hospitalière permet en théorie d'estimer la contribution de chacun de ses pôles à son équilibre financier (Laude et Peyret, 2011). Or, dans le contexte camerounais, la maîtrise des coûts n'est pas la préoccupation des gestionnaires d'hôpitaux et on peut se demander quelle formule est utilisée aux fins de tarification des actes médicaux et des soins hospitaliers.

Dans les hôpitaux publics par exemple, les prix varient selon que l'on sollicite un hôpital de district ou un hôpital de référence. En dehors de non uniformisation des actes médicaux et des soins hospitaliers dans l'ensemble de l'étendue nationale, on peut également évoquer le problème d'une absence de la comptabilité analytique de gestion qui permettrait de calculer les coûts complets avant toute fixation de prix des services et biens hospitaliers. La problématique de tarification que nous soulevons dans notre analyse est également la préoccupation de la plupart des interviewés. D'après un cadre comptable de l'hôpital A. « *C'est dommage que la tarification soit encadrée par la réglementation. Or à mon avis il aurait fallu d'abord calculer les coûts complets avant de fixer le prix d'un acte. Malheureusement, en l'absence d'un système de contrôle de gestion, nous ne pouvons pas avoir une meilleure tarification de nos actes. Celle-ci est parfois faite de façon hasardeuse car même si les tarifs sont imposés par le ministère de tutelle, il se trouve que certains actes ne figurent pas dans cette liste et les médecins sont obligés de fixer n'importe quel prix et cela varie d'un hôpital à l'autre ; voilà le gros problème auquel nous sommes confrontés dans nos hôpitaux...* ». Les tableaux ci-dessous illustrent bien la variation des actes médicaux techniques entre les deux hôpitaux A et B.

* le franc CFA, dont le cours est fixé par rapport à l'euro, au taux de 655,95 francs CFA

Tableau 1. Variation des actes médicaux techniques entre les deux hôpitaux A et B.				
Actes	Catégorie	Prix par acte- Hôpital A	Rang	Prix par acte- Hôpital B
Abcès péri-anal	CHGCHG53	67 235fcfa*	1	54 000fcfa
Amputation doigt	CHGCHG142	27 300	2	18 000
Abcès du foie	CHGCHG5	122 500	4	54 000
Amputation membre		71 560	5	54 000
Abcès du SPOAS	CHGCHG55	94 400	6	94 00

4.3.3. Le management de la performance : l'expérience de deux hôpitaux publics camerounais

Le contrôle de gestion est un mode de contrôle instrumenté qui se décline avant tout en termes d'outils : étude de coûts, centres de responsabilité, tableaux de bord. Or, on assiste aujourd'hui à une forte évolution du concept de la performance au point même que le concept de contrôle de gestion semble de plus en plus contesté au profit de la notion de management de la performance. On verra donc que l'attention est de moins en moins centrée sur les coûts, mais davantage sur la performance organisationnelle. Les outils du contrôle de gestion ayant évolué, la comptabilité de management reste tout de même le socle du contrôle de gestion et, est d'ailleurs complétée par des instruments de pilotage plus adaptés aux contours fluctuants de la performance. Dans la plupart des pays occidentaux, des mécanismes de régulation fondés sur le financement des institutions du système hospitalier ont été appliqués. Ces mécanismes ont pour but principal la maîtrise des croissances des dépenses et l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux. Par exemple, l'instauration de modes de paiement par forfait aux États-Unis pour les patients Medicare, en Belgique pour la biologie clinique et la radiologie, et en France à l'aide du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) — introduit un risque financier, les coûts réels n'étant plus systématiquement couverts. De plus, dans un nombre croissant de pays, les décideurs politiques cherchent à encourager l'efficacité en instaurant la concurrence entre fournisseurs de soins. L'Angleterre en est une illustration. Elle fait jouer des mécanismes de marché en chargeant les autorités de district (District health authorities) de passer des contrats d'achat de soins avec les hôpitaux (Hospital trust). La survie de l'hôpital passe par un équilibre financier qui lui-même est fonction de l'efficacité de l'hôpital dans sa production de services (journées d'hospitalisation, analyses de laboratoire...) et de l'efficacité des médecins au niveau de l'utilisation de ces services. Parallèlement, un mouvement consumériste pousse les malades à devenir plus exigeants. Ils ne sont plus « patients » mais plutôt des clients qu'il faut attirer en prodiguant des soins de qualité pour que l'hôpital puisse survivre. C'est dans ce contexte que la réforme hospitalière de 2003 au Cameroun pose un certain nombre d'exigences en faisant passer la gestion des hôpitaux d'une logique administrative à une logique managériale.

Les managers des formations sanitaires au Cameroun sont restés focalisés dans une logique de gestion administrative leur empêchant de réaliser les

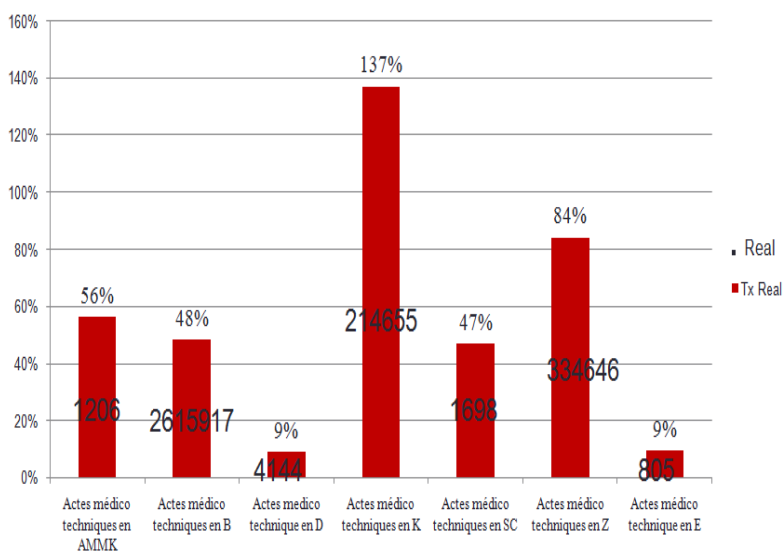
performances hospitalières, ce qui est d'ailleurs contraire à la logique du « *new management hospitalier* ». Quant à la question de savoir si le management de la performance était-elle au cœur de la mission du service public, un cadre financier de l'hôpital A déclare « *Je ne vois pas aujourd'hui une organisation qu'elle soit publique ou privée qui peut se passer du pilotage de la performance ; mais seulement, le problème de l'hôpital camerounais est la rareté des ressources. L'hôpital public camerounais fonctionne à 90% sur fonds propres. À partir de ce moment, il n'y a qu'un excellent pilotage de la performance c'est-à-dire l'optimisation des ressources qui nous permettra de réaliser les missions du service public pour lesquels nous sommes dévolus. Et le pilotage de la performance renvoie à la veille informationnelle* ». Il faut que le manager ait l'information car c'est en ayant l'information qu'il pourra faire des ajustements nécessaires en termes d'allocation de ressources ou d'affectation. C'est le postulat de base car les subventions se font de plus en plus rares, l'investissement est quasi nul ; raison pour laquelle ceux qui ont compris sont obligés de s'arrimer au processus de pilotage de la performance »

Avant même d'entrer au cœur du management de la performance dans le système de santé camerounais, nous avons posé la question suivante aux acteurs des hôpitaux publics A et B (médecins, infirmiers, cadres administratifs et comptables...) : comment définissez-vous la performance hospitalière ? À ce niveau, des opinions des médecins sont assez divergentes sur leur perception de la performance. Pour l'un des cardiologues de l'hôpital A « *La performance pour moi passe d'abord par les outils diagnostics, il faudrait pouvoir mettre à la disposition des hôpitaux publics camerounais les moyens diagnostics c'est-à-dire qu'on puisse avoir des appareils compétents, je ne dirais pas de dernière génération car même la première génération, c'est souvent rare dans certaines structures; il faut mettre le médecin dans des conditions de performance c'est-à-dire pour qu'un médecin soit performant, il faut qu'il soit content là où il est; et cette joie passe d'abord par le cadre de travail, ça passe par le respect qu'on lui donne; pour moi, la performance passe par un bon management en tenant compte des médecins, du personnel soignant en général, ça passe par une bonne rémunération car, s'il n'y a pas une bonne rémunération, le praticien ne pourra pas subvenir à ses besoins et parfois il est obligé d'aller dans les cliniques privées pour arrondir ses fins du mois parce que le secteur public ne lui donne pas cette aisance financière. Et, pour conclure, la performance c'est l'offre des soins de meilleure qualité, c'est un rendement optimal de ce qu'on fait, c'est le degré de satisfaction en termes d'actes médicaux, la qualité des services d'hygiène, d'accueil, le suivi des malades et la consultation à tous les niveaux...* ». Dans le même sens que le cardiologue de l'hôpital A, un des médecins chirurgiens de l'hôpital B pense que : « *la performance est l'ensemble des procédures mises en place et des dispositions en terme de ressources humaines, de matériel, de formation pour permettre au personnel médical de réaliser les tâches pour lesquelles il est dévolu; l'objectif étant de satisfaire le plus grand nombre de patients et de faire en sorte que le temps d'attente dans les consultations soit réduit, que des conditions d'accueil soient excellentes et surtout que la qualité des soins soit meilleure. Ce sont toutes ces conditions qui constituent la performance hospitalière pour moi* ».

La plupart des interviewés fournissent une définition de la performance hospitalière en invoquant les critères qualitatifs et quantitatifs. Comme nous

venons de l'observer dans les définitions ci-dessus, beaucoup s'accordent à dire que la performance passe nécessairement par la qualité des soins, la satisfaction des patients, la réduction du temps d'attente dans les consultations etc. Par ailleurs d'autres estiment que la performance est vue sous un angle quantitatif. C'est ce qui transparait dans le discours d'un médecin des urgences de l'hôpital B. « *La performance peut être définie comme étant une réalisation d'objectifs entre deux variables : une étant ce qu'on prévoit atteindre et l'autre ce qu'on a pu effectivement atteindre. Donc, à mon avis, il faut choisir des indicateurs de performance, se fixer des objectifs par exemple et à la fin d'une période donnée qui peut être une journée, une semaine, un mois ou une année, voir ce qu'on a pu réaliser par rapport aux objectifs escomptés. Ceci me semble être ce qu'on appelle la performance de façon générale et dans le cadre d'un service hospitalier par exemple, si le temps d'attente est assez long, chercher à le réduire à un jour ou à quelques heures nous aurait permis de réaliser notre objectif, c'est cela la performance hospitalière...* ». Nous avons observé que cette perception de la définition de la performance hospitalière est récurrente dans le discours de la plupart des interviewés. Le graphique ci-dessous illustre cette perception de la performance en termes d'évolution des typologies des actes médicaux dans la formation sanitaire A.

Graphique 1. Évolution de typologies des actes médicaux (de janvier à octobre 2016)

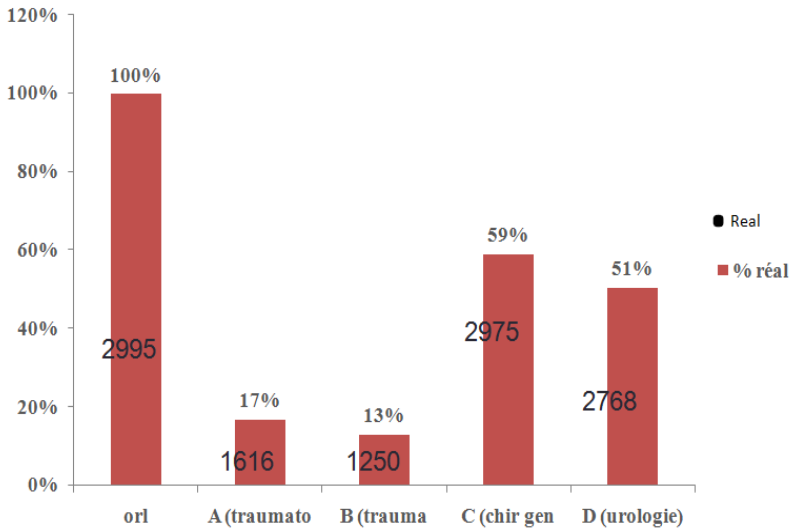


Source : par nos soins à partir des documents consultés dans les hôpitaux visités

Une analyse du graphique ci-dessus en lien avec la perception du concept de performance hospitalière par les interviewés nous renseignent sur le degré d'atteinte des objectifs escomptés pour une période de 10 mois allant de janvier à octobre 2016. Par exemple, les actes médicaux techniques en B ont été réalisés à 48% si on tient compte que les objectifs ont été prévus sur une base de 100. Par ailleurs, on peut observer un surpassement des objectifs en ce qui a trait aux actes médicaux techniques en K (137%). Une analyse similaire s'applique

également dans le département de chirurgie et au niveau des hospitalisations. Le graphique ci-dessous nous permet de constater que seuls les objectifs au niveau de l'acte médical ORL ont été atteints à 100%

Graphique 2. Évolution des hospitalisations dans le département de chirurgie (de janvier à octobre 2016)



Source : par nos soins à partir des documents consultés dans les hôpitaux visités

Au-delà du fait que les opinions des principaux interviewés sont divergentes quant à la notion de la performance hospitalière, il apparaît, selon nos constats que tous s'accordent à donner une importance sur un certain nombre de critères de la performance à savoir : la qualité des soins, le bon accueil des patients, la satisfaction des patients, la réduction du temps d'attente, les meilleures conditions d'hospitalisation, le nombre de consultations, le nombre d'actes réalisés etc. Pour le directeur général de l'hôpital B. «*Disons, je n'ai pas à définir la performance hospitalière puisque dans nos formations sanitaires, nous avons des indicateurs de performance qui nous sont imposés par le ministère de tutelle; en réalité, il ne nous laisse pas le choix de définir nos propres indicateurs de performance, ce qui veut dire que dans une formation sanitaire comme la nôtre, quand on regarde les différents critères de performance comme la qualité des soins, la prise en charge des malades, le nombre de consultations, le taux de satisfaction des patients, le temps d'attente, la qualité d'accueil, le taux des décès etc. si tous ces critères sont atteints ou sont sensiblement atteints, pour moi c'est cela la performance hospitalière.*»

Contrairement aux opinions précédentes sur la notion de la performance, opinions relevant pour la plupart des médecins, nous avons constaté que les cadres comptables et financiers mettent plutôt un accent sur les aspects financiers de la performance. Ainsi, selon un responsable du bureau de la comptabilité matières de l'Hôpital A, «*Pour moi, la performance est le degré d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés ; objectif en terme financiers, objectifs en termes de qualité des soins, objectifs en termes de délais et de retard dans les livraisons*

des biens et service. En gros, la performance est donc la maîtrise des besoins des infirmiers majors tout au long de l'année tout en veillant si les commandes sont passées à temps, s'il n'y a pas de rupture des stocks et de retards au niveau des livraisons des biens et services etc. En d'autres termes on va regarder la progression des recettes provenant des actes médicaux et des soins hospitaliers, si celle-ci est en augmentation, c'est cela la performance pour moi en tant que comptable. »

Les propos du responsable du bureau de la comptabilité matières nous laissent croire que la performance telle qu'elle est perçue par les acteurs des hôpitaux visités est à notre avis multidimensionnelle. Si tel est le cas, qu'en est-il réellement de la promotion de ce concept de performance dans l'hôpital public camerounais.

4.3.4. Comment promouvoir la notion de performance hospitalière dans l'hôpital public camerounais ?

En dehors de ce volet de perception de la performance dans le management hospitalier camerounais, nous avons toujours au travers de nos entretiens avec les acteurs des formations sanitaires A et B, voulu savoir comment un concept comme celui de la performance hospitalière peut-il se promouvoir dans un hôpital public? Cette question nous a semblé d'une grande importance. Par ailleurs, nous avons constaté qu'un certain nombre de publications présentent des classements des établissements de santé en fonction de leur « qualité ». Ces démarches partent d'une idée simple : la qualité technique des soins est mesurable de façon directe ou indirecte, et il est possible de fabriquer un score à partir de plusieurs « notes » que l'on combine en leur affectant un certain coefficient. La qualité est une notion multidimensionnelle: selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'évaluation des soins doit permettre de « garantir que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène (qui est provoqué par le médecin ou par le traitement médical) et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Bien que la critère qualité semble être important dans la perception de la performance hospitalière, nos entretiens nous ont permis de comprendre que d'autres critères entrent également en considération lorsqu'on évoque la promotion de cette notion de performance. Plusieurs acteurs des formations sanitaires visitées nous laissent croire que la promotion passe avant tout par la formation.

C'est ce qui transparaît dans le discours d'un cadre financier de l'Hôpital A. « *Pour promouvoir la performance en milieu hospitalier, l'une des conditions serait de former les managers hospitaliers afin qu'ils passent de la fonction hospitalière dans laquelle ils se trouvent à une fonction de véritables managers, ça commence par là. Il faut les former, il faut leur apprendre comment procéder à l'élaboration des programmes de travail, à gérer le temps de travail et surtout comment formuler les objectifs et mesurer les résultats ; donc ce sont des concepts basiques du management, il faut leur donner ces notions afin qu'ils*

comprennent que la conception antique du fonctionnaire doit céder le pas à un nouveau management ».

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il est de notre point de vue nécessaire de rappeler les grandes tendances qui se dégagent pour une meilleure compréhension des résultats que nous présentons de notre recherche. Ainsi, tentons-nous de montrer ce que cette recherche apporte au contrôle de gestion et au management de la performance en milieu hospitalier. Après avoir présenté très brièvement les principaux objectifs et résultats de la recherche, les principales limites de l'étude seront évoquées. Enfin il est surtout question de présenter les perspectives que cette recherche peut ouvrir pour des travaux ultérieurs.

Rappel des objectifs de la recherche : Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une problématique générale du contrôle de gestion et du management de la performance en milieu hospitalier camerounais. Nous sommes partis du constat des difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux publics camerounais. Nous avons relevé que ces difficultés sont liées notamment à la mise en œuvre d'outils de contrôle de gestion, à la tarification des actes médicaux et des soins hospitaliers et au management de la performance. Nous nous sommes interrogés sur l'existence d'un système de contrôle de gestion mis en place dans les hôpitaux publics camerounais permettant la réduction des coûts, sur les facteurs susceptibles d'influencer la performance de ces hôpitaux et enfin sur le comment sont tarifés les actes médicaux et les soins hospitaliers. Il s'est agi plus particulièrement d'analyser les systèmes de contrôle de gestion mis en œuvre pour répondre à la complexité et à l'incertitude qui caractérisent l'hôpital public camerounais, de préciser le contexte dans lequel les hôpitaux publics camerounais s'insèrent afin de comprendre le cadre dans lequel le contrôle va se situer; et enfin de proposer des moyens (outils de contrôle de gestion) permettant de réduire les coûts dans le but d'améliorer la performance hospitalière camerounaise.

Les principaux résultats de la recherche : L'objectif fondamental de cette recherche était d'aboutir à un système du contrôle de gestion et du management de la performance en milieu hospitalier camerounais. Ainsi les premiers constats de l'étude révèlent-ils la rareté des outils de contrôle de gestion nécessaires à la réduction des coûts dans la sphère hospitalière camerounaise. Étant admis que la gestion hospitalière a un coût, force est de constater que les responsables des hôpitaux visités (A et B) ne se préoccupent pas encore du calcul des coûts et de son analyse. Or, la maîtrise des coûts pourrait aider les responsables budgétaires à prendre un certain nombre de décisions éclairées. Parmi les outils absents dans la gestion de ces formations hospitalières, on note les méthodes de calcul des coûts. Contrairement à la comptabilité générale qui affecte les charges par nature, la comptabilité de gestion repose sur le principe d'affectation par destination. Appliqué au cas de l'hôpital, la destination pourra être tout objet de coût (ou de profit) qu'un établissement souhaite suivre et mesurer qu'il s'agisse d'un service clinique, d'un pôle, d'un patient par exemple ou encore d'une journée d'hospitalisation dans la lignée des travaux précédemment évoqués sur la base d'une tarification au prix de journée. On note aussi l'absence d'une méthode des sections homogènes ou des coûts complets dans les deux hôpitaux

visités. En effet, cette méthode va considérer l'ensemble des charges selon la possibilité de les affecter directement ou indirectement au coût que l'on veut calculer. Aussi, pensons-nous que la Méthode ABC (*Activity Based Costing*) pourrait pallier aux problèmes de maîtrise de coûts dont font face les hôpitaux publics camerounais. Car, la comptabilité par activités (CPA) est une méthode de calcul de coûts par activités et, est censée résoudre les problèmes d'inefficience des systèmes traditionnels de calculs de coûts. Enfin, la méthode dite des coûts variables serait également d'un apport crucial dans le management de la performance hospitalière camerounaise. Cette méthode considère les charges selon leur caractère fixe, variable ou mixte au regard du niveau de la production. La problématique de la tarification des actes médicaux et des soins hospitaliers n'est pas en reste. Dans les hôpitaux publics camerounais par exemple, les prix varient selon que l'on sollicite un hôpital de district ou un hôpital de référence. Par ailleurs, la plupart des pays membres de l'OCDE ayant abandonné le prix de journée et le modèle de la dotation globale, le Cameroun à travers son ministère de la santé publique continue avec cette pratique. Par ailleurs, en abordant la question du management de la performance, nous avons observé que les managers des formations sanitaires au Cameroun sont restés focalisés dans une logique de gestion administrative leur empêchant de réaliser les performances hospitalières, ce qui est d'ailleurs contraire à la logique du « *new public management* ».

Limites et perspectives de recherche ultérieure. 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 camerounaises. Les limites découlent aussi du fait qu'une partie de l'information que nous avons collectée se limite exclusivement dans les hôpitaux visités. Des entrevues au niveau de la tutelle des hôpitaux nous aurait permis de mesurer certains phénomènes comme la perception de la performance hospitalière ou encore les méthodes utilisées aux fins de tarification des actes médicaux et des soins hospitaliers. Une telle approche pourrait donner lieu à des études ultérieures et enrichirait sans doute nos résultats.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abord de Chatillon E. et Desmarais C. (2012), « Le nouveau management public est-il pathogène ? », *Management International*, Volume 16, numéro 3, printemps 2012, p 10-24.

Anthony R.N. (1965), *Planning and control system, a framework for analysis, Division or Research*, Harvard Business School, 180p.

Anthony R.N. et Young D.W. [1988], «*Management control in non-profit organizations*», IRWIN, Homewood, Illinois, 918 pages.

Bezes P. (2009). *Réinventer l'Etat : les réformes de l'administration française* (1962 – 2008), Presses universitaires de France, Paris.

Cauvin C. (1999) « *Les habits neufs du contrôle de gestion* », in Questions de contrôle, sous la direction de Lionel Collins, PUF.

Donabedian, A. (1988), the Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), pp. 1743-1748.

Faujour V., Marian L. (2003). Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille. *Journal d'Economie Médicale* 21 (1-2) : 53-71.

Freeman RE (1999), « Divergent Stakeholder Theory », *Academy of Management Review*, vol 24, N°2, p. 233-236.

Giordano F., Le Goff J., Malherbe D. (2015), « L'éthique mutualiste est-elle soluble dans le New Public Management ? Le cas d'une union régionale de la mutualité », *Revue Française de Gestion* 2015/2 (N°247), p. 119-135.

Guide du contrôle de gestion à l'hôpital (ANAP), Presses de l'EHESP, 2015.

Hood C. (1995). New public management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, organizations and Society* (20) : 93-109.

Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), Using the balanced scorecard as a strategic management system, *Harvard Business Review*, janvier-février, 75-85.

Laude L. et Peyret P. (2011). T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure. *Journal d'Économie Médicale*, 29 (4)

Montalan M.A. et Vincent B. (2013). *Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale*. *Revue Management et Avenir*, 2013/3 N°61, P.190-207.

Minvielle E., Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. (2008). « Hospital Performance: competing or shared values? », *Health Policy*, 87, p. 8-19.

Nobre, T., Signolet, L. (2007), Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le balanced scorecard : le cas de l'hôpital, *Actes du Colloque AFC*, 21 pages.

Parsons T. (1951), *The social system*, Free Press, New York, 575 pages.

Pettigrew A. (1997), « Le new public management conduit à un nouveau modèle hybride public-privé », *Revue Française de Gestion*, N° 115, p. 113-120.

Rethmeier K.A. 2009, An Outsider View: The Journey of Leadership, *Management in Health*, Vol 13, No.3.

Schmitt D. (1988), « le contrôle budgétaire interne », *Politiques et Management*, n°3, Septembre.

Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos AP., Barnsley J., et Coll. (1998), A conceptual framework for analysis of health care organizations' performance, *Health Services Management Research*, 11, 24-48.