

Types de contrôle et bénéfices probables d'une démarche qualité dans le secteur public : quel rôle pour le leadership ?

Dagou Hermann Wenceslas DAGOU

Centre de Recherches Microéconomiques du Développement

Université Felix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

ddhgeek@gmail.com- hermann.dagou@univ-fhb.edu.ci

Résumé :

Cet article veut comprendre les incitations liées à l'implantation de la démarche qualité dans les centres de santé urbains. Dans ces organisations, le pilotage traditionnel était du type contrôle des entrées, des activités et des sorties sur le service aux patients. Mais les injonctions de la nouvelle gouvernance ont conduit à vouloir mettre en place une démarche qualité. Une des exigences de ce système de pilotage est l'existence d'un leadership dont les responsables institutionnelles de ce projet escomptent que les médecins jouent ce rôle, grâce aux incitations internes et externes du système de pilotage. Les questions auprès de 164 médecins sont analysées par équation structurelle. Les résultats montrent que la fixation des objectifs ne fonctionne pas pour le contrôle des actions. Le leadership adaptatif et le leadership administratif ont une médiation partielle entre fixations des objectifs par le contrôle et dispositif d'incitation externe. En interne, seul le leadership administratif permet la médiation vers les incitations internes. Les médecins doivent participer à la définition des incitations puisque l'orientation actuelle est externe vers le pilotage par la démarche qualité.

Mots-clés : Contrôle, leadership, système d'incitations, médecins

Types de contrôle et bénéfices probables d'une démarche qualité dans le secteur public : quel rôle pour le leadership ?

INTRODUCTION

Les études existantes se concentrent sur l'analyse des effets des pratiques de contrôle au niveau organisationnel ou individuel. Le premier groupe tente d'expliquer comment des variables de contingence et des variables de contrôle de gestion interagissent pour produire des résultats (Burkert et al., 2011; Raigne et al., 2014; Uyar et Kuzey, 2016). Le second groupe intègre au niveau individuel de l'analyse, une variable de gestion affectant un certain état psychologique qui, à son tour, affecte un résultat individuel (Abernethy et al., 2010; Fehrenbacher et al., 2017; Manzoni, 2015; Mouritsen et Kreiner, 2016). Ce groupe, pour Matthias et Jochen (2018), a mis l'accent sur la spécification et la mise à l'épreuve des processus psychologiques menant les systèmes de contrôle à leurs effets individuels. Cependant, le rôle médiateur de ces aspects psychologiques semble être uniformisé, ne clarifiant pas davantage la question de comment le leadership occupe une place importante dans la relation entre mécanismes de contrôle et bénéfices (Abernethy et al., 2010; Groen et al., 2017; Venkatesh et Blaskovich, 2012). En effet, sans différencier les formes de contrôle en relation avec les formes de leadership, il est difficile, sinon impossible, d'attribuer des résultats organisationnels à des processus psychologiques particuliers (Long, 2018; Manzoni, 2015). Cette recherche emprunte cette voie pour comprendre comment l'exercice des formes contrôles influence-t-il les bénéfices par l'intermédiaire de différentes formes de leadership ?

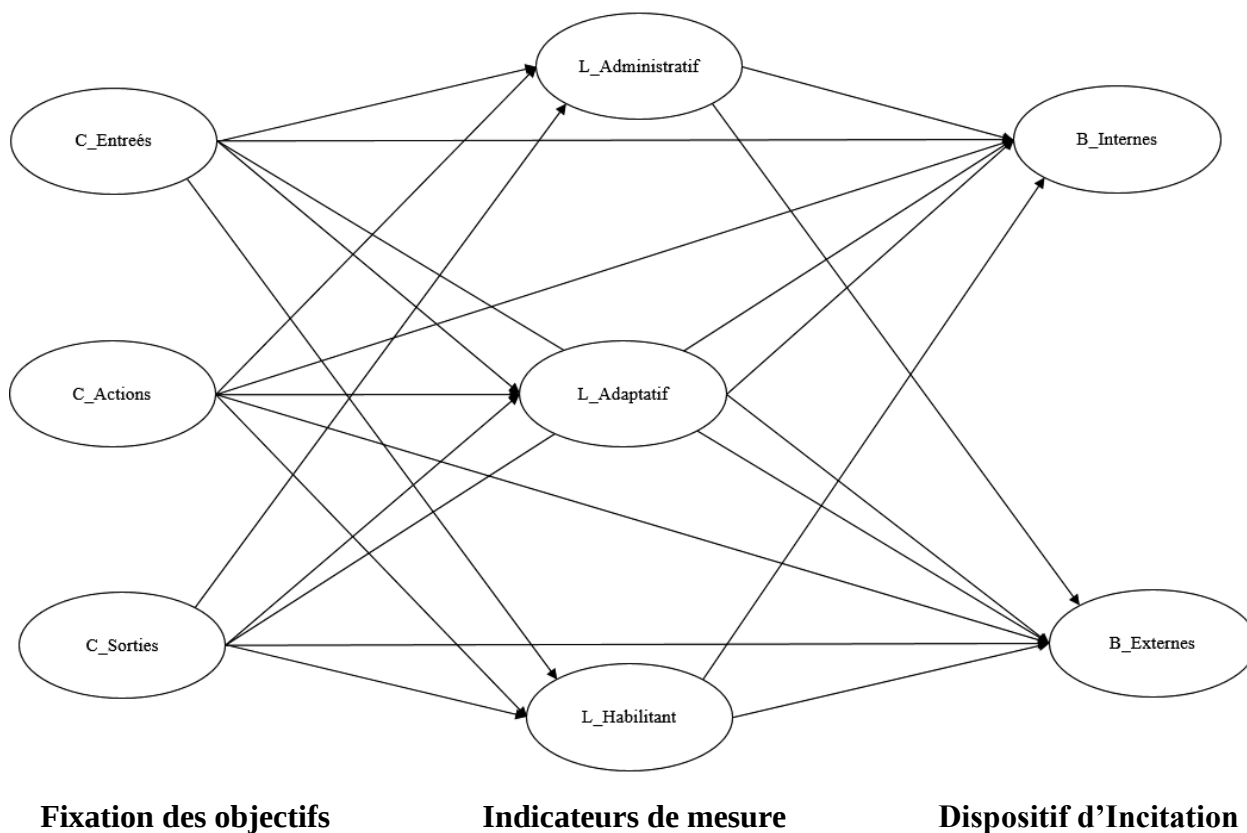
Les organisations de santé sont aujourd'hui des lieux où les changements dans les pratiques de contrôles sont mis en œuvre d'une manière acceptable (Fiondella et al., 2016). Pour Flachère (2014, p. 85), les études examinant les réactions des médecins à la mise en place d'outils de comptabilité de gestion et leur impact sur les pratiques fournissent des conclusions très différentes. Certains chercheurs (Cardinaels et Soderstrom, 2013; Jacobs, 2005; Kurunmäki, 2004; Lartigau, 2009) suggèrent qu'il existe un conflit fondamental entre

les cultures comptable et médicale. Les médecins seraient ainsi réticents à la mise en œuvre de pratiques comptables. En particulier, la vague de réformes que traversent les hôpitaux publics ivoiriens est un cadre opportun pour comprendre comment se mêlent les effets psychologiques et organisationnels des systèmes de contrôle. L'orientation probable vers les pôles d'activités avec une attention particulière au contrôle cybernétique, soulève la question du leadership des médecins pressentis comme managers. Il est convenu qu'un contrôle de type cybernétique se caractérise par l'accent mis sur le système de fixation des objectifs opérationnels, les indicateurs d'évaluation et de mesure de la réalisation des objectifs et ainsi que le dispositif d'incitation positif ou négatif qui lui est associé.

Dans un cadre semblable, Bérard (2013) résume les aspects du système de contrôle de type cybernétique comme suit : l'accent mis sur le système de fixation des objectifs opérationnels, les indicateurs d'évaluation et de mesure de la réalisation des objectifs et ainsi que le dispositif d'incitation positive ou négative qui lui est associée. Cette perspective qui veut compter sur les médecins, estime que les mécanismes de contrôle devraient être d'autant plus efficaces et aboutir à des bénéfices en présence de leadership. Dans ces conditions où, non seulement le produit hospitalier est variable, de même que son contrôle et le système d'information qui va avec, Uhl-Bien et al. (2007), Uhl-Bien et Marion (2009) et Baltaci et Balci (2017) conseillent un recours au leadership de complexité. Il est un produit résultant commun des trois types de leadership suivants: (1) leadership administratif fondé sur un contrôle strict et une hiérarchie bureaucratique importante (2) leadership adaptatif fondamentalement fondé sur la résolution de problèmes créatifs, en résonance avec de nouvelles conditions et apprentissage et (3) leadership axé sur l'action qui implique des mécanismes de prise de décision immédiate utilisés dans les crises et la productivité dynamique (Uhl-Bien et Arena, 2018). Le leadership de complexité s'accompagne des stratégies telles que la motivation des agents pour atteindre les objectifs organisationnels, l'inspiration pour accroître l'efficacité et l'efficience puis l'internalisation des objectifs organisationnels (Long, 2018).

Le ministère en charge de la santé a, à cet effet prévu des dispositifs d'incitations qui devrait accompagner la mise en œuvre. Cette recherche postule que, la fixation des objectifs opérationnels se déclinent à travers le pilotage (entrée, actions, sorties) puis les indicateurs de mesure des résultats sont les formes d'exercice du leadership et enfin les incitations, les bénéfices internes et externes. Cette articulation donne le modèle de recherche suivant (Figure 1) dont les détails (variables latentes et variables indicatrices) sont dans le tableau 2 :

Figure 1 : Modèle de recherche



Le développement de cette recherche s'articule autour de deux parties principales. Ce cadre théorique justifie le choix d'un mode de pilotages puis les formes de leadership émergentes du contexte et enfin les bénéfices externes et internes. La seconde partie expose la démarche méthodologique adoptée, les résultats obtenus ainsi que leur discussion.

1. LE CHOIX D'UN MODE DE PILOTAGE

En mobilisant le cadre proposé par Malmi et Brown (2008) pour l'étude des systèmes de contrôle au sein des organisations, l'idée centrale est que chaque organisation développe une configuration de contrôle particulière. Malmi et Brown (2008, p. 291), proposent le contrôle de la planification, cybernétique, de récompense et de compensation. Ceux-ci sont supposés être étroitement liés dans de nombreuses organisations contemporaines. Les principaux problèmes précédemment soulevés et dont, la gestion par la qualité n'échappe pas, par le ministère en charge de la santé et qui questionne le leadership des managers d'organisation de santé semble s'y fonder. Le taux moyen de conformité pour le développement de la qualité

des soins et services de santé est insuffisant et représente environ 50,2%. En effet, bien que devenue une priorité révélée par des faits (grève, insécurité sanitaire, sélections adverses des assureurs, doute sur l'efficacité thérapeutique, etc...) et inscrite comme telle dans le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé n'est pas guidée par des orientations stratégiques nationales devant être opérationnalisées au niveau décentralisé du ministère en charge de la santé. Ce premier constat revoie à un défaut de contrôle de *planification*. Ensuite, l'insuffisance du personnel maîtrisant les outils de la gestion par la qualité et faute de moyens logistiques et de ressources financières, présageaient que les objectifs qualité ne sont pas atteints. Comment mesurer les performances du système, en comparaison aux normes, traduit ainsi un manque de contrôle *cybernétique*. De plus, les textes dans le domaine sont insuffisamment vulgarisés, suivis ou ne sont plus d'actualité face aux évolutions constatées dans le secteur et doivent donc être révisés. Comment peut-on alors dans ces conditions demander au professionnel de santé d'épuiser sa ressource interne, de diminuer son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé alors même que, les buts à atteindre sont irréalisable dans ce contexte. Cette dernière situation traduit le manque de contrôle *d'incitation*.

Comme le justifie Bérard (2013), le canevas d'analyse de Malmi et Brown (2008) permet d'intégrer de multiples points de vue, en limitant les angles morts, mais réduits grâce à Snell (1992), Bérard (2013) et Eve et Sprimont (2016). Dans une situation où la nature des informations est administrative Snell (1992), plutôt que d'examiner une multitude de pratiques individuelles isolées, combine en un système le contrôle du comportement, le contrôle des sorties et le contrôle des entrées. Bouquin (2005) suit cette option en déclinant un contrôle d'entrée (processus de finalisation en amont), de comportement (processus de pilotage) et de sortie (processus de post-évaluation). Pour Bérard (2013), il repose sur la fixation d'objectifs a priori, la mise au point de systèmes d'évaluation et de mesure, et l'instauration de systèmes d'incitation positive ou négative. La configuration de contrôle en leur sens (Bérard, 2013; Snell, 1992), résulterait de l'articulation entre des systèmes de contrôle administratif, cybernétique et culturel. Eve et Sprimont (2016) quant à eux font le pont entre contrôles et la démarche qualité. D'une part, elle apparaît comme un dispositif de coordination et de régulation de la qualité et de la performance portant des règles de fonctionnement et des modèles d'action. Le fait de s'intéresser à la fixation des objectifs renvoie à la manière dont le contrôle stratégique est organisé. Puis, la démarche qualité

apparaît comme un dispositif d'apprentissage et d'innovation qui capitalise sur son activité, ses pratiques, son expérience, afin d'accroître ses connaissances dans le but de s'améliorer. Cet aspect selon Bérard (2013) fait l'hypothèse que l'organisation fonctionne selon une boucle d'apprentissage où les objectifs doivent être traduits et opérationnalisés sous forme d'indicateurs, qui sont ensuite révisés régulièrement. Enfin formalisant l'activité, la démarche qualité facilite l'exercice de vérification des efforts et de réalisation des objectifs. Au sens de Abernethy et Stoelwinder (1991) et Ragaïne et al. (2014), il doit permettre d'aligner les intérêts des acteurs avec les objectifs de l'organisation, renforçant ainsi la congruence de l'action organisationnelle. Avec l'argument selon lequel un modèle de contrôle idéal devrait réguler à la fois l'habilitation et la contrainte (Ragaïne et al., 2014), le contrôle des entrées, des actions et des sorties est retenu pour les formes de pilotage. C'est un réarrangement des contrôles évoqués par Snell (1992). Les contrôles des entrées (recrutement et formation) de Bouquin (2005) peuvent être utilisés pour réguler les capacités de travail des employés, alors que le contrôle des actions (les procédures d'exploitation standard) et les contrôles de sortie (l'utilisation d'incitations) peuvent être utilisés pour réguler la motivation de l'employé.

Les contrôles des entrées sont utilisés pour gérer les ressources acquises par les organisations, y compris les connaissances et les compétences des agents. Les contrôles communs des intrants, sous la forme d'activités appropriées de sélection, de formation et de développement de compétences, servent à s'assurer que les employés sont capables d'effectuer leur travail de la manière souhaitée (Fehrenbacher et al., 2017; Snell, 1992). Le processus de finalisation en amont de l'action regroupe les phases de diagnostic, de décomposition des finalités, d'allocation des ressources et d'ajustement du système de motivation. Les employés sont tenus responsables de leur propre comportement, indépendamment des résultats, et il existe un ensemble de règles et de procédures formelles concernant la façon dont les tâches doivent être effectuées (Godener et Fornerino, 2017). En cours d'action, l'observation des actions et de leurs effets directs ou par l'intermédiaire d'un système d'information pour une intervention correctrice. L'argument de base pour Malmi et Brown (2008) est que la présence de récompenses et de compensations entraîne un effort accru, par rapport à l'absence de récompenses et de compensations explicites. Pour Long (2018), motiver et augmenter, la performance des agents et des groupes, attaché à la confiance et des récompenses permet de contrôler la direction, la durée et l'intensité de l'effort. Les contrôles de sortie se concentrent sur la réalisation des résultats souhaités, les employés étant tenus responsables des résultats, indépendamment des moyens utilisés pour obtenir les

résultats. Danish et Usman (2010) ont suggéré que les contrôles de sortie, reliaient à des récompenses aux performances, encourageaient les agents à plus de vigueur. De même, Groen et al. (2017) ont soutenu que les agents qui sont récompensés pour leur performance sont plus susceptibles d'être motivés pour exceller et augmenter leur engagement.

2. LES FORMES DE LEADERSHIP EMERGEANT DU CONTEXTE

Uhl-Bien et Arena (2018) estiment que l'un des plus grands défis auxquels les dirigeants doivent faire face aujourd'hui est la nécessité de positionner et de permettre aux organisations et aux personnes de s'adapter aux environnements de plus en plus dynamiques et exigeants. Le recours au leadership de complexité comme forme critique de leadership pour les organisations adaptatives (Baltaci et Balci, 2017; Uhl-Bien et al., 2007) est mobilisé. Il exprime un processus interactif, créant une synergie administrative partagée par un faisceau de pouvoirs complexes, ajustés rapidement avec les conditions concurrentielles incertaines actuelles et un processus décisionnel souple et efficace. En regard, le leadership en matière de démarche qualité, se démontre en s'assurant que la politique et les objectifs sont établis et compatibles avec le contexte et l'orientation stratégique ; puis que les ressources requises sont disponibles ; et que les incitations et les soutiens aux agents sont assurés pour qu'ils contribuent à l'efficacité des objectifs. Mais le contexte montre que le système de santé a besoin de leader et surtout, d'un réseau de leaders locaux efficaces, toutes choses qui répondent bien aux challenges du leadership de complexité. Pour aborder les actions de ces dynamiques formelles et informelles et leur intégration au regard des prescriptions de la démarche qualité, le leadership administratif, le leadership adaptatif et le leadership habilitant sont mobilisés et décrits (Asiedu et al., 2017; Assefa et al., 2017; van der Voet et al., 2013).

Le leadership *administratif* est la forme managériale de leadership qui aborde les fonctions bureaucratiques de l'organisation sans pour autant étouffer la dynamique complexe capable de produire un changement adaptatif (Uhl-Bien et Marion, 2009). Le leadership administratif fait référence aux actions des individus et des groupes dans des rôles formels de gestion qui planifient et coordonnent les activités pour atteindre les résultats prescrits par l'organisation d'une manière efficace et efficiente. Suivant Byrkjeflot et Kragh (2014), le leadership administratif structure et planifie les tâches, construit la vision et alloue les ressources pour atteindre les objectifs et gère les conflits et la stratégie organisationnelle. Le leadership administratif se concentre sur l'alignement et le contrôle et est représenté par les

fonctions hiérarchiques et bureaucratiques de l'organisation (Assefa et al., 2017). Cependant, dans la structure décrite par Lane et Down (2010), le leadership administratif devrait être exercé son autorité en tenant compte du besoin de créativité, d'apprentissage et d'adaptabilité de l'entreprise (leadership adaptatif), car ses actions peuvent avoir un impact significatif sur ces dynamiques.

Suivant Seah et al. (2014), le leadership *adaptatif* est une dynamique émergente et interactive qui produit des résultats adaptatifs dans un système social. C'est un mouvement de changement collaboratif qui émerge non linéairement des échanges interactifs, ou plus spécifiquement des espaces entre les agents (Davila et al., 2009). C'est-à-dire qu'il prend naissance dans des luttes entre agents et groupes sur des besoins, des idées ou des préférences contradictoires. Pour, van der Voet et al. (2013), il en résulte des mouvements, des alliances de personnes, des idées ou des technologies et des efforts de coopération. Le leadership adaptatif est une dynamique complexe plutôt qu'une personne (bien que les gens soient, surtout, impliqués). Le leadership adaptatif émerge de l'interaction asymétrique. Uhl-Bien et Marion (2009) proposent deux types d'asymétrie : celle liée à l'autorité et celle liée aux préférences (qui comprennent les différences de connaissances, de compétences, de croyances, etc.). Le changement adaptatif est produit par le choc des idées, des connaissances et des technologies existantes (apparemment) incompatibles. Il prend la forme de nouvelles connaissances et d'idées créatives, d'apprentissage ou d'adaptation.

Le leadership habilitant agit dans l'interface entre les deux autres: il travaille à favoriser des conditions propices à la dynamique interactive complexe du leadership adaptatif et gère les interfaces administratives-adaptatives et d'innovation-organisation (Ragaine, 2011; Uhl-Bien et Marion, 2009). La fonction du leadership *habilitant* est de catalyser les conditions dans lesquelles le leadership adaptatif peut prospérer et gérer les l'enchevêtrement entre les fonctions bureaucratiques (leadership administratif) et émergentes (leadership adaptatif) de l'organisation (Hahm et al., 2013). Son rôle semble parfois chevaucher celui du leadership administratif en ce sens qu'il peut être exercé par des agents agissant dans des fonctions plus managériales. Ragaine (2011) justifie cela en constatant que la fonction de discipline apparaît ainsi associée à la logique d'apprentissage en étant source de visibilité, comparabilité et surveillance. Le leadership habilitant manie ainsi le couplage entre le leadership administratif et le leadership adaptatif grâce à la prise en compte des conditions organisationnelles dans lesquelles le leadership adaptatif existe grâce à deux rôles. Le premier permet de créer des conditions organisationnelles appropriées (ou des conditions favorables)

pour favoriser un leadership adaptatif efficace là où l'innovation et l'adaptabilité sont nécessaires. Le second facilite les flux de connaissances et de créativité des structures adaptatives vers les structures administratives.

3. DES BÉNÉFICES EXTERNES ET INTERNES COMME BUT POURSUIVI

Plusieurs théories comportementales, en particulier la théorie de la fixation des buts (Locke et Latham, 2013; Manzoni, 2015), décrivent des mécanismes par lesquels l'exercice du contrôle affecte les résultats en termes de bénéfices. Cette théorie suppose généralement l'existence d'un ensemble unificateur d'objectifs d'organisation et que le comportement individuel peut être orienté vers la réalisation de ces objectifs. Dans les pôles d'activités, gérés sur un modèle de contractualisation interne (Bérard, 2013), les objectifs fournissent un point de référence et une opportunité aux individus en comparant leur comportement à des objectifs prédéfinis et les actions qui doivent être ajustées en conséquence (Aranda et al., 2018). Dans un scénario d'incitations ou les objectifs sépareront le gain du domaine des pertes, la théorie des buts entrevoit que les résultats peuvent mener à des efforts plus importants de la part des individus, s'ils sont en deçà du but ou entraîner un effort similaire ou inférieur si l'objectif est atteint ou dépassé (Dittman et al., 2008; Locke et Latham, 2013). Ainsi lorsque des objectifs sont introduits à l'effet d'atteindre le but, les employés préalablement au-dessus de l'objectif peuvent utiliser leur résultat pour maintenir ou même réduire leurs efforts (Manzoni, 2015). Cependant, les employés en dessous des objectifs, les utiliseront pour augmenter les efforts pour atteindre la cible. Ces divergences semblent avoir pour centralité le but fixé qui activerait la modulation de l'effort personnel pour atteindre les buts. Fehrenbacher et al. (2017) soulignaient que les objectifs explicites avec d'excellentes propriétés de mesure réduisent le gain marginal des objectifs implicites. En revanche, dans un environnement comme celui des organisations publiques, où les buts sont plus implicites (Grafton et al., 2010), la conception d'objectifs explicites reposera dans une plus large mesure sur des objectifs implicites (Ragaigne, 2011). En fait, Groen et al. (2017) indiquent que, si on leur permet de choisir, les employés préfèrent des incitations explicites faibles pour faciliter les contrats implicites. Par conséquent, au lieu de cibler des objectifs explicites pour les buts, les managers utilisent des informations plus abstraites, telles que les valeurs, les croyances et la mission de l'organisation, pour exprimer les buts qu'ils attendent de leurs agents (Godener et Fornerino, 2017; Presslee et al., 2013).

Ce cadre constitue un écosystème favorable aux organisations publiques de santé puisque saisir le produit hospitalier est une problématique cruciale (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). Il peut s'agir, sans être exhaustif, de la standardisation des coûts (Kantola, 2014), de la tarification à l'activité (Angelé-Halgand et Garrot, 2014), du budget (Georgescu et Naro, 2012), de la comptabilité de gestion (Dittman et al., 2008), de l'interaction outil-acteur (Flachère, 2014), de la démarche qualité (Eve et Sprimont, 2016). Dans le cas de la démarche qualité, les livrables des buts fixés sont traduits en bénéfices revenant aux agents (bénéfices internes) et une autre part dévolue à l'institution (bénéfices externes) (Munechika et al., 2014). Pour Wu et Hsieh (2013), elle permet d'évaluer le travail médical pour améliorer constamment sa qualité. La démarche qualité est positivement corrélée avec la performance des organisations de santé (Georgescu et Naro, 2012; Munechika et al., 2014). En interne, elle permet une meilleure satisfaction du patient (Angelé-Halgand et Garrot, 2014), des utilisateurs et des employés, une amélioration de la relation client-fournisseur (Kantola, 2014), la gestion documentaire et la gestion des dysfonctionnements (Wu et Hsieh, 2013). Par ailleurs, la démarche qualité soutiendrait la réflexion stratégique (Dittman et al., 2008), améliore la productivité (Collins et al., 2014), facilite le changement technique (Wu et Hsieh, 2013) et participe à l'amélioration continue du service au patient et des opérations (Collins et al., 2014). En externe, les raisons se réfèrent à la satisfaction du client ou usager, l'amélioration de la relation avec les fournisseurs, la réduction des plaintes des consommateurs et l'accroissement de part de marché (Kammoun et Aouni, 2012; Yaya et al., 2014). L'introduction d'une distinction sur les bénéfices, couplée aux objectifs implicites, amène généralement la modification des buts et peut affecter le style de leadership des managers. Si les bénéfices des objectifs prennent la forme de cibles et de mesures, elles seront probablement utiles aux managers ayant un style administratif, mais moins utiles pour le leader adaptatif. Cependant, des valeurs et des croyances clairement exprimées seraient utiles pour le leader habilitant, mais pas pour le leader administratif. Ainsi, l'introduction d'objectifs implicites reliés aux bénéfices par la direction pourrait soit consolider ou éroder le leadership du manager. Aranda et al. (2018) proposent des primes subjectives qui refléter alors les objectifs implicites lorsque certains agents s'engagent sur des objectifs plus difficiles. Utilisé en fin de période pour récompenser cet engagement, ces objectifs implicites permettraient d'adapter par hybridation (Byrkjeflot et Kragh, 2014), les objectifs et leurs styles de leadership aux buts. Venkatesh et Blaskovich (2012) indiqueraient même que les primes subjectives peuvent jouer un rôle au-delà des limites des buts fixés.

4. LA COLLECTE ET LE TRAITEMENT DES DONNÉES

La mise en place d'un système national d'information sanitaire fournira des informations, permettant une meilleure planification des interventions dans le domaine de la santé. Ces informations sont consignées dans le rapport annuel sur la situation sanitaire (MSHP, 2017). Ce document national expose les résultats des activités menées par les structures sanitaires au cours de l'année. Le découpage sanitaire de 2018 informe que le district sanitaire d'Abidjan 2, comprend un total de 611 médecins actifs, non compris les abandons de poste, le cas des malades et autres cas particuliers, pour 76 établissements sanitaires de premiers contacts et huit hôpitaux généraux.

Tableau 1 : Répartition des populations et médecins par districts sanitaires

RÉGIONS/DISTRICTS	Population 2017	Pourcentage population	Total Médecins	Pourcentage médecins
Total Abidjan 2	3 217 801	57,29%	611	66,49%
Abobo-Est	701 637	21,80%	89	14,57%
Abobo-Ouest	352 625	10,96%	50	8,18%
Anyama	163 246	5,07%	28	4,58%
Cocody – Bingerville	614 405	19,09%	202	33,06%
Koumassi - Port-Bouet - Vridi	980 413	30,47%	132	21,60%
Marcory – Treichville	405 475	12,60%	110	18,00%

Source : MSHP, 2017

Cette région est choisie, car elle a le ratio médecin/population le plus acceptable selon l'OMS, la densité médicale y est forte ainsi que les infrastructures avec trois centres hospitaliers et un hôpital privé de même rang, le tiers des Instituts de recherches (MSHP, 2017).

Les données collectées, l'ont été avec une équipe rattachée au ministère de la santé, conduisant de façon appariée, une enquête sur les organisations publiques de santé au niveau national. Pour ces six districts sanitaires, 30 médecins avaient été listés pour leur participation active dans la réforme axée sur le leadership, soit un total de 180 médecins. L'instrument de collecte était un questionnaire composé de quatre parties. La première partie traitant des modes de contrôle est adaptée du questionnaire de Snell (1992). La seconde partie sur le leadership s'inspire d'Assefa et al. (2017) et Muchiri (2011). Les bénéfices externes et externes provenant des centres de santé, ont été adapté à ceux de Groen et al. (2017) et Munechika et al. (2014). La dernière partie comprend les caractéristiques des médecins tels le genre, le lieu d'exercice du poste, le diplôme, le statut, l'ancienneté et le niveau de responsabilité. Le questionnaire était administré par contact direct. Le retour est de 164

questionnaires exploitables, soit 91 % de l'échantillon de sélection et 24,66 % de la population totale du district sanitaire d'Abidjan 2.

Les statistiques descriptives sont présentées à partir du test de χ^2 par niveau de responsabilité des médecins, variable plus proche de l'exercice du leadership. Les agents d'encadrement sont responsables de petite unité dans les centres hospitalo-universitaires ainsi que leurs statuts de vacataire avec une ancienneté de 3 à 5 ans.

Figure 2 : Récapitulatif du test de χ^2 caractérisant la population étudiée

RESPONSABILITE * POSTE, DIPLOME, STATUT, ANCIENNETE										
	RESPONSABILITE		Encadrement		Conception		Supervision		Direction	
	% cit.	Eth	% cit.	Eth	% cit.	Eth	% cit.	Eth	% cit.	Eth
POSTE			47,6%		24,1%		26,5%		1,8%	
Centre Hospitalo-Universitaire	100,0%		97,1%	+ (TS)	2,9%	- (TS)	0,0%	- (TS)	0,0%	
Centre de santé	100,0%		17,9%	- (TS)	25,6%		51,3%	+ (TS)	5,1%	+ (PS)
Centre de Recherche	100,0%		4,8%	- (TS)	57,1%	+ (TS)	33,3%		4,8%	
Mixte	100,0%		3,2%	- (TS)	48,4%	+ (TS)	48,4%	+ (S)	0,0%	
Autre	100,0%		40,0%		20,0%		40,0%		0,0%	
DIPLOME			61,6%		11,6%		24,1%		2,7%	
Doctorat CES	100,0%		40,0%		4,0%		48,0%	+ (S)	8,0%	+ (PS)
Doctorat Simple	100,0%		67,9%		12,5%		19,6%		0,0%	
Doctorat Interne	100,0%		67,7%		16,1%		12,9%		3,2%	
STATUT			48,2%		24,4%		25,6%		1,8%	
Agent de l'état	100,0%		64,5%		25,8%		9,7%	- (PS)	0,0%	
Libérale	100,0%		17,4%	- (TS)	52,2%	+ (TS)	23,9%		6,5%	+ (S)
Vacataire	100,0%		100,0%	+ (TS)	0,0%	- (PS)	0,0%	- (PS)	0,0%	
Contrat Projet	100,0%		50,7%		11,0%	- (S)	38,4%	+ (S)	0,0%	
ANCIENNETE			45,4%		24,3%		28,3%		2,0%	
3 à 5 ans	100,0%		76,8%	+ (TS)	21,4%		1,8%	- (TS)	0,0%	
6 à 9 ans	100,0%		56,8%		35,1%		8,1%	- (S)	0,0%	
10 à 14 ans	100,0%		6,3%	- (S)	37,5%		50,0%	+ (PS)	6,3%	
15 à 19 ans	100,0%		8,7%	- (TS)	26,1%		65,2%	+ (TS)	0,0%	
20 à 24 ans	100,0%		16,7%		0,0%		83,3%	+ (S)	0,0%	
25 à +30 ans	100,0%		7,1%	- (S)	0,0%	- (PS)	78,6%	+ (TS)	14,3%	+ (TS)

Les agents de conception dans des centres de recherches ou en alternance avec un statut libéral. Les agents de supervision dans les centres de santé ou en poste mixte avec un certificat d'études spécialisé. Un contrat d'objectif et une ancienneté de plus de 15 ans. Pour la direction, un profil particulier n'existe pas outre le critère d'ancienneté (25 et plus).

L'étude de la relation entre types de contrôle et les bénéfices est le cas de relations causales, définies selon un modèle théorique (Figure 1), reliant 3 concepts latents, chacun mesuré à travers un certain nombre d'indicateurs observables (Tableau 2). Le recours à la méthode de l'équation structurelle en particulier l'approche Partial Least Squares, analyse de la structure de variance, est sollicité. Dans le contexte, de cette recherche, plutôt que de valider un modèle en termes de qualité d'ajustement, d'échantillon parfois incompatible avec les exigences

basées sur la covariance (Nitzl et Chin, 2017), l'optimisée prédictive des formes de contrôle sur les bénéfices attendus est privilégiée. Hair et al. (2016) estiment que les raisons sont la non-normalité des données, les mesures formatives, la petite taille de l'échantillon et la prédiction.

5. LES RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

Deux groupes de résultats sont interprétables à savoir les statistiques de spécification du modèle de mesure et le modèle de structure.

5.1. LES ELEMENTS DU MODELE DE MESURE

Pour le modèle de mesure, la validité convergente pourrait être assurée par l'examen des communalités moyennes ($>0,5$).

Table 1 : Validité des variables latentes

	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2
A1: C_Entreés	1							
A2: C_Actions	0,7117	1						
A3: C_Sorties	0,7898	0,5719	1					
B1: L_Adaptatif	0,6527	0,3736	0,5985	1				
B2: L_Administratif	0,7315	0,4129	0,7447	0,6085	1			
B3: L_Habilitant	0,6158	0,3790	0,6658	0,5937	0,5681	1		
C1: B_Internes	0,3928	0,4359	0,3739	0,1941	0,3158	0,2269	1	
C2: B_Externes	0,7931	0,4549	0,8071	0,8721	0,8636	0,6322	0,3037	1
Communalities	0,5401	0,6313	0,5142	0,6471	0,5312	0,6676	0,7202	0,7573

Source : auteur

Le contrôle des entrées est significativement corrélé aux autres variables latentes avec une faible intensité (0,3928) pour les bénéfices internes. Le contrôle des actions quant à lui est en rapport avec le contrôle de sorties, le leadership habilitant et les bénéfices internes. Le contrôle des sorties assure que les procédures sont suivies, permet aux agents d'apprendre et explique les bénéfices internes et externes. Les résultats de cette table 1 permettent d'affirmer que la validité convergente des mesures est confirmée ainsi que la fiabilité composite du modèle de mesure. De plus, l'évaluation de la fiabilité composite du modèle de mesure (Tableau 2) se fait grâce à l' α de Cronbach ($\geq 0,7$) et le ρ de Dillon-Goldstein (D.G.) ($\geq 0,7$), ce dernier étant meilleur indicateur pour juger de l'unidimensionnalité.

Tableau 2 : Variables latentes, indicateurs et mesure de fiabilité composite

Variables latentes	Codage	Alpha de Cronbach	Rho de D.G.	Corrélations	Valeurs propres
Contrôle des Entrées (CE)	CE_eval	0,8429	0,8851	0,8574	3,7933
	CE_form			0,4491	1,1018
	CE_orie			0,8209	0,7334
	CE_poli			0,3008	0,6437
	CE_proc			0,8858	0,3439
	CE_comp			0,8279	0,2206
	CE_deve			0,7807	0,1633
Contrôle des Actions (CA)	CA_comp	0,8493	0,8942	0,8275	3,1594
	CA_resp			0,8585	0,6838
	CA_proc			0,9031	0,6131
	CA_surv			0,7188	0,3598
	CA_doma			0,6341	0,1839
Contrôle des Sorties (CS)	CS_rend	0,7976	0,858	0,4694	3,1007
	CS_obje			0,8882	1,0774
	CS_refe			0,6561	0,7539
	CS_resu			0,8282	0,6075
	CS_avan			0,8906	0,4583
	CS_perf			0,4076	0,0023
Leadership Adaptatif (LADA)	Lada_proj	0,676	0,8296	0,9728	1,9559
	Lada_devp			0,9731	0,9435
	Lada_comm			0,2191	0,1005
Leadership Administratif (LADM)	Ladm_prob	0,6776	0,8074	0,2783	2,1375
	Ladm_resp			0,7629	0,9427
	Ladm_ethi			0,8601	0,5148
	Ladm_fait			0,8518	0,405
Leadership Habilitant (LHAB)	Lhab_fami	0,6055	0,7912	0,9842	1,9107
	Lhab_trav			0,0871	1,0222
	Lhab_tmpps			0,17	0,7219
	Lhab_impo			0,2552	0,3452
Bénéfices Internes (BI)	BI_clie	0,8115	0,7992	0,9366	1,4093
	BI_trav			0,1835	1,0505
	BI_acti			-0,1504	0,9361
	BI_rich			0,0984	0,8622
	BI_équi			-0,3975	0,7418
Bénéfices Externes (BE)	BE_imag	0,9197	0,9398	0,835	3,7884
	BE_comp			0,9159	0,6472
	BE_cons			0,8656	0,2906
	BE_marc			0,8214	0,1946
	BE_exer			0,909	0,0792

Source : auteur

5.2. LES APPORTS DES MODES DE PILOTAGE AU LEADERSHIP

Les seconds résultats obtenus spécifient les relations entre les variables latentes. L'évaluation du modèle Partial Least Squares est alors basée sur la pertinence prédictive des mesures. Cette pertinence est évaluée en examinant l'indice d'adéquation de l'ajustement (GoF) considérée comme faible (0,1), moyenne (0,25) et large (0,36) (Hair et al., 2016, p. 185) ; le coefficient de détermination des variables latentes endogènes (R^2) qualifié comme substantiel (0,67), modéré et (0,33) et faible (0,19) (Hair et al., 2016, p. 186) et enfin l'importance d'effet (f^2)

dont les valeurs usuelles sont 0,02 (faible), 0,15 (moyen) et 0,35 (large) (Hair et al., 2016, p. 177). Un bootstrap pour évaluer la signification des coefficients structurels de 5000 individus a été effectué (Hair et al., 2016, p. 186).

Les résultats dans la table 2 indiquent que le contrôle des entrées influence significativement et positivement le leadership adaptatif avec une forte importance d'effet ($\beta = 0,7769$; $p < 0,05$; $f^2 = 0,2716$). Il en est de même pour le contrôle des sorties, mais avec une faible importance d'effet ($\beta = 0,2724$; $p < 0,05$; $f^2 = 0,0496$). Par contre, le contrôle des actions influence significativement et négativement le leadership adaptatif avec une faible importance d'effet ($\beta = -0,2503$; $p < 0,05$, $f^2 = 0,0574$). Ainsi, la fixation des objectifs grâce à la structuration de Snell (1992) dans ce cas précis, concerne les entrées et les sorties.

Table 2: Estimations entre contrôle et leadership

			R ²	F	Pr > F	R ² (Bootstrap)
Path coefficients L_Adaptatif :			0,6855	116,2580	0,0000	0,6880
Variable Latent	Valeur	Erreur standard	T	Pr > t	f ²	Valeur (Bootstrap)
C_Entreés	0,7769	0,1179	6,5916	0,0000	0,2716	0,7690
C_Actions	-0,2503	0,0826	-3,0298	0,0029	0,0574	-0,2457
C_Sorties	0,2724	0,0967	2,8168	0,0055	0,0496	0,2751
			R ²	F	Pr > F	R ² (Bootstrap)
Path coefficients L_Administratif :			0,8053	220,5392	0,0000	0,8111
Variable Latent	Valeur	Erreur standard	t	Pr > t	f ²	Valeur (Bootstrap)
C_Entreés	0,6529	0,0928	7,0394	0,0000	0,3097	0,6436
C_Actions	-0,2852	0,0650	-4,3872	0,0000	0,1203	-0,2791
C_Sorties	0,4984	0,0761	6,5479	0,0000	0,2680	0,5042
			R ²	F	Pr > F	R ² (Bootstrap)
Path coefficients L_Habilitant :			0,6914	119,4936	0,0000	0,6883
Variable Latent	Valeur	Erreur standard	T	Pr > t	f ²	Valeur (Bootstrap)
C_Entreés	0,4252	0,1168	3,6415	0,0004	0,0829	0,4173
C_Actions	-0,1738	0,0818	-2,1237	0,0352	0,0282	-0,1581
C_Sorties	0,5695	0,0958	5,9443	0,0000	0,2208	0,5576

Source : auteur

Ce résultat complète celui de Cardinaels et Soderstrom (2013) qui, éclaire sur pourquoi certains systèmes comptables ou types de modèles de gouvernance sont mis en œuvre ou maintenus. Le corporatisme des bureaucraties professionnelles en particulier des médecins qui protègent leurs métiers du regard extérieur. Flachère (2014), avec stupéfaction observe que les outils de contrôle ne sont pas nécessairement utiles dans le sens d'une aide à la prise de

décision ou au contrôle, mais sont plutôt bénéfiques pour modifier les représentations et à créer une nouvelle organisation collective des hospitaliers. Ainsi Kurunmäki (2004) conclut par «l'adoption volontaire» des systèmes de contrôle par des professionnels de la santé finlandais, la comptabilité étant devenue un élément fondamental de la profession de médecin. Le contrôle des entrées et le contrôle des sorties impactent significativement et positivement les trois styles de leadership, mais avec des effets de taille différents. Le contrôle des entrées semble porter ces importantes possibilités d'amélioration sur le leadership administratif et adaptatif. Quant aux contrôles des sorties, il semble se porter vers le leadership administratif et le leadership habilitant. Le contrôle des actions impacte significativement et négativement les trois styles de leadership, mais avec un effet de taille moyenne sur le leadership administratif. Cette structuration semble rejoindre celle de Jacobs (2005) sur trois pays où l'adoption de système de contrôle ne concerne qu'un sous-groupe distinct qui doit gérer des responsabilités financières et administratives, le reste de la profession demeurant inchangé.

Pour Davila et al. (2009), le contrôle fournit un cadre mental stable, mais adaptatif au regard des objectifs. Ceux-ci facilitent la communication entre les membres du service et des objectifs cohérents, avec de nouvelles informations qui nécessitent des réactions rapides. Les résultats montrent que le contrôle établit un équilibre entre la liberté ciblée dont la créativité a besoin en sortie et la discipline flexible qui permet de passer d'une idée à une demande en entrée de création de valeur. Cela représente une sorte de tension entre le contrôle de gestion qui établit les objectifs et le leadership de complexité qui se concentre sur le processus d'adaptation dans les organisations. En particulier, Löfstål et Jontoft (2017) indiquent une tension dialectique en cours de processus de résolution par intégration, en créant une nouvelle alternative par combinaison des éléments. Cette interprétation intègre des demandes concurrentes, comme le contrôle des actions qui apparaîtront avec le temps et devront être résolues. Contrairement à ce que soutiennent Godener et Fornerino (2017), l'implication des agents n'est pas recherchée pour le contrôle des actions. À la base, ces résultats concordent avec Fiondella et al. (2016) et Kraus et al. (2017) pour lesquels, le processus d'adaptation consiste à créer une tension entre le besoin de changement et le besoin de produire. Lorsque les responsables en charge de la santé avancent de nouvelles idées comme celui du leadership, ils entrent en conflit avec le système opérationnel des professionnels. En effet, Muchiri (2011) indique qu'une mise en œuvre du leadership n'est pas facile en Afrique, en particulier dans les services de soins (Cardinaels et Soderstrom, 2013), coûte trop cher (Georgescu et Naro, 2012), requiert des ressources que les organisations publiques n'ont pas actuellement ou qui

vont à l'encontre de l'identité prédominante. Comme ces résultats, ceux de Flachère (2014) attestent que les meilleures idées sont ensuite intégrées dans le système formel (par exemple, alignées et exécutées) par des leaders opérationnels agissant en tant que sponsors. Puisque les systèmes de contrôle comme la démarche qualité ont changé la perception des utilisateurs (Wu et Hsieh, 2013) et du système de soins (Munechika et al., 2014). Dans la fixation des objectifs eu égard au système de contrôle, il devrait être tenu compte du contrôle des entrées et du contrôle des sorties.

5.3. LES APPORTS DES FORMES DE CONTROLE ET DE LEADERSHIP AUX BENEFICES INTERNES ET EXTERNES

Cette partie aborde le rôle médiateur du leadership dans la relation contrôle par la fixation des objectifs et bénéfices par les dispositifs d'incitations.

En interne, les résultats prouvent que seuls le contrôle des actions ($\beta = 0,5104$; $p < 0,05$, $f^2 = 0,1316$) et le leadership administratif ($\beta = 0,4994$; $p < 0,05$, $f^2 = 0,1232$), ont une influence significative et positive sur les bénéfices internes. En utilisant une inférence statistique basée sur la réplcation multiple des données à partir des 164 individus étudiés, selon les techniques de ré échantillonnage à 5000 individus, les valeurs du contrôle des actions et du leadership administratif baissent indiquant le caractère problématique du management hospitalier interne (Byrkjeflot et Kragh, 2014). Ces auteurs conceptualisent un ensemble plus spécifique de combinaisons possibles entre le rôle des managers et le rôle des professionnels dans la conduite des organisations des soins de santé.

Table 3 : Estimations entre contrôle, leadership et bénéfices internes

Path coefficients B_Internes			R ²			
			R ²	F	Pr > F	(Bootstrap)
			0,3235	25,5080	0,0000	0,3503
Variable latente	Valeur	Erreur standard	T	Pr > t	f ²	Valeur (Bootstrap)
C_Entrées	0,0201	0,1833	0,1095	0,9129	0,0001	0,0253
C_Actions	0,5104	0,1123	4,5456	0,0000	0,1316	0,4903
C_Sorties	0,2216	0,1449	1,5297	0,1281	0,0149	0,2108
L_Adaptatif	-0,0639	0,1160	-0,5507	0,5826	0,0019	-0,0619
L_Administratif	0,4994	0,1125	4,4397	0,0000	0,1232	0,4863
L_Habilitant	0,1491	0,1104	1,3505	0,1788	0,0114	0,1748

Source : auteur

Les professionnels de la santé acceptent le contrôle de leurs actions en interne ainsi que le leadership qui va avec. Ils escomptent que celui qui l'exerce, s'il est de leur corporation eu

égard aux objectifs affichés, c'est comme une sorte de contrôlabilité qu'évoque Burkert et al. (2011). En interne, les résultats dénotent que lorsque le leadership administratif est considéré comme un remaniement de l'autorité organisationnelle et de la structure hiérarchique, le pouvoir hiérarchique devient le principal instrument d'incitations internes. Asiedu et al. (2017) montrent le contraire avec ces conséquences. Pour ces derniers, un leadership transparent qui garde à l'esprit les besoins organisationnels de créativité, d'ajustement et d'apprentissage semble être la solution. Mouritsen et Kreiner (2016) pensent qu'une telle approche permet aux organisations de trouver des solutions innovantes et créatives aux problèmes fluctuants et imprévisibles.

Les bénéfices externes quant à eux, sont influencés significativement et positivement par le contrôle des sorties ($\beta = 0,2526$; $p < 0,05$; $f^2 = 0,6506$), grâce à la médiation du leadership adaptatif ($\beta = 0,5374$; $p < 0,05$; $f^2 = 3,6536$) et le leadership administratif ($\beta = 0,5162$; $p < 0,05$; $f^2 = 3,5837$). Dans cette médiation, le contrôle des actions ($\beta = -0,0650$; $p < 0,05$; $f^2 = 0,0718$) exerce une influence significativement négative.

Table 4: Estimations entre contrôle, leadership et bénéfices externes

Path coefficients B_Externes			R ²	F	Pr > F	R ² (Bootstrap)
			0,9752	2093,1608	0,0000	0,9755
Variable latente	Valeur	Erreur standard	T	Pr > t	f ²	Valeur (Bootstrap)
C_Entrées	0,0445	0,0316	1,2366	0,1290	0,0309	0,0422
C_Actions	-0,0650	0,0194	-3,3565	0,0010	0,0718	-0,0664
C_Sorties	0,2526	0,0250	10,1068	0,0000	0,6506	0,2506
L_Adaptatif	0,5374	0,0222	24,1782	0,0000	3,6536	0,5382
L_Administratif	0,5162	0,0216	23,9458	0,0000	3,5837	0,5172
L_Habilitant	-0,0081	0,0212	-0,3808	0,7038	0,0009	-0,0092

Source : auteur

Les contrôles de résultats sont des contrôles de type préventif qui peuvent traiter chacune des principales catégories de problèmes de contrôle. Des actions bien définies informent les médecins sur ce que l'on attend d'eux et les encouragent à faire ce qu'ils peuvent pour produire les résultats souhaités. Les contrôles de résultats limitent ainsi l'ennui organisationnel puisqu'ils présagent qu'un rendu devra être analysé. De cette manière, les bénéfices externes sont produits par un leadership qui s'adapte aux clients (adaptatif) tout en respectant ce que prescrit l'organisation. Le contrôle des actions des médecins dans des conditions d'objectifs probables, conduits à des incitations négatives, à une déshumanisation de la relation à l'autre, comme le montraient Abernethy et Stoelwinder (1991). La fixation des

objectifs en relation avec les incitations devrait porter sur la satisfaction des patients à la sortie du service de soins. En effet pour Dittman et al. (2008), une organisation hospitalière est performante si elle satisfait aux clients d'aujourd'hui en termes de fonction, prix, temps, quantité et distribution. Uhl-Bien et Arena (2018) prolongent cette analyse pour qu'elle s'appuie sur des capacités d'exploitation, qui sont encastées dans les processus, technologies, systèmes organisationnels et managériaux, et personnes. Hall (2008) confirme nos résultats en mettant en évidence le rôle des mécanismes cognitifs, contrôle des actions et motivationnels (contrôle des sorties) dans l'explication de l'effet des systèmes de comptabilité de management sur la performance managériale. Le système compréhensif de mesure de la performance (Hall, 2011), rends l'organisation hospitalière flexible pour qu'elle soit à même de développer de nouvelles configurations en termes de marché, de technologie, d'organisation afin de permettre la satisfaction des clients de demain. Cette flexibilité stratégique dans un environnement turbulent (Hahm et al., 2013) est basée sur les capacités d'exploration de celui que Lane et Down (2010) nomment « leader de turbulence ». La combinaison de la libre efficacité et du suivi méticuleux du rendu, oblige à développer une capacité d'innovation continue duale (Davila et al., 2009; Grafton et al., 2010), pour gérer tant les processus d'exploitation du système de contrôle que d'exploration des bénéfices.

Même sans la supervision ou l'intervention d'un supérieur hiérarchique, les contrôles de sorties incitent les médecins à se comporter de manière à maximiser leurs chances de produire les résultats souhaités par les services. Ce résultat motivationnel souhaitable se produit pour les organisations parce que ce sont ceux qui maximiseront les récompenses personnelles des médecins (Uyar et Kuzey, 2016). Et les contrôles des sorties peuvent également résoudre les problèmes de contrôle des actions négatives en externe. Parce que les contrôles des sorties promettent généralement des récompenses élevées pour les bons exécutants (Manzoni, 2015), on perd de vue la clé de répartition des incitations. L'utilisation des contrôles des résultats peut aider les responsables au sens de Danish et Usman (2010), à attirer et retenir les médecins qui ont confiance en leurs accomplissements personnels. Ainsi, les contrôles des résultats peuvent encourager ces derniers à faire face à leurs limites et à développer leurs talents pour se positionner et obtenir des récompenses dépendantes des résultats.

La présence conjointe du leadership administratif et le leadership adaptatif peuvent façonner la fixation des objectifs. Dans ce contexte, le leadership administratif peut fonctionner avec un leadership adaptatif et contribuer à la prévention de mécanismes de contrôle

bureaucratique et autoritaire de la tutelle (Abernethy et al., 2010). Le leadership adaptatif peut tenter d'accroître les besoins stratégiques du leadership administratif et conduire à des stratégies et à des politiques qui échappent au contrôle des entrées de la tutelle. Cette médiation passerait par une vision de futures incitations associées aux objectifs. Les prescriptions des actions désirées à travers la forme particulière d'incitation que constituent les bénéfices externes aident à fournir une direction et à alléger les limitations personnelles dues à des compétences ou à une expérience inadéquate. La médiation du leadership est principalement efficace pour aider à accomplir une tâche particulière s'il existe un doute quant à savoir si l'agent affectant la tâche est soit motivé pour effectuer la tâche de façon satisfaisante ou capable de le faire. Mais nos résultats suggèrent un manque d'incitation contrairement à Aranda et al. (2018) et Presslee et al. (2013).

.

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectif d'analyser le rôle médiateur que pourrait jouer le leadership dans la relation entre mécanismes de contrôle et bénéfices d'une démarche qualité. Plus précisément lorsque la fixation des objectifs sous l'inspiration d'un mode de contrôle et que les dispositifs d'incitation sont les bénéfices internes et externes attendus alors ce qui indique la mesure de la démarche qualité est le leadership. Le leadership adaptatif, issu de la nécessité de prendre en compte les besoins, les idées et les préférences qui se chevauchent, des membres et des groupes de l'organisation, vise à faire s'accorder les membres et les groupes de l'organisation. Ainsi, Lartigau (2009) avec une étude sur l'impact des incitations sur l'activité et les modalités d'organisation des établissements de santé conclut que la seule action sur les tarifs est insuffisante pour produire les effets souhaités par les autorités de régulation. Sur le plan managérial, ces modalités devraient viser pour le ministère, à rendre les responsables des structures plus compétents dans la gestion des ressources, dans le respect de l'exigence de la transparence et de l'obligation de rendre compte. Une révision des contributions mutuelles pourrait s'établir entre le corps médical et celui des administratifs, traditionnellement opposés. Elle permet de transposer les résultats de Long (2018), supposant une responsabilisation des protagonistes et la réunion des sphères étanches de l'économique et du médical et bien sûr de sortir de l'affrontement traditionnel entre les médecins et les administratifs. Dans le système à mettre en place, un engagement personnel (leadership adaptatif) et un engagement commun (leadership administratif) en faveur de l'amélioration de

la qualité des soins et des services de santé. De fait, l'intégration dans le cursus de formation initiale des agents de la santé des enseignements portant sur l'amélioration de la qualité et faire de celle-ci, un outil d'usage permanent dans la délivrance des soins et le fonctionnement des services de santé.

Le leadership administratif implique des rôles de gestion formels (fonctions bureaucratiques, etc.) des membres individuels de l'organisation et des groupes qui planifient et coordonnent les activités de l'organisation. La nature du leadership administratif devrait renforcer le cadre organisationnel de coordination des activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé. Les administrateurs doivent créer un environnement favorable à la saine émulation et mettre en place des mécanismes de récompense et de reconnaissance des efforts des acteurs, quel que soit le corps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le leadership qu'on recherche chez les médecins devrait pouvoir les positionner dans une structure transversale au service de tous. Celle chargée d'un contrôle qui augmente les libertés individuelle, au sens du contrôle de croyance et contrôle interactif d'un part, et d'un contrôle qui réduit ces libertés dans la limite de l'acceptable et du contrôle diagnostic. L'enjeu des recherches futures sera de configurer l'apport des leviers de contrôle à la nouvelle dynamique impulsée par la Politique Nationale Sanitaire.

REFERENCES

- Abernethy, M., J. Bouwens, et L. van Lent (2010), Leadership and control system design. *Management Accounting Research*, 21: 1, 2-16.
- Abernethy, M., et J. Stoelwinder (1991), Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: A test of the 'fit' hypothesis in not-for-profit hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 16: 2, 105-120.
- Angelé-Halgand, N., et T. Garrot (2014), Les biens communs à l'hôpital: De la «T2A» à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 20: 3, 15-41.
- Aranda, C., J. Arellano, et A. Davila (2018), Subjective bonuses and target setting in budget-based incentive contracts. *Management Accounting Research*, <https://doi.org/10.1016/j.mar.2018.07.003>.
- Asiedu, G., K. Enyonam, S. Aminu, et B. Nathaniel (2017), Linking transformational leadership to turnover intention in the public sector: The influences of engagement, affective commitment and psychological climate. *African Journal of Economic and Management Studies*, 8: 3, 314-337.
- Assefa, M., H. Annie, et T. Steve (2017), Administrative leadership: Understanding the preferred leadership roles of the Ethiopian civil service managers. *African Journal of Economic and Management Studies*, 8: 3, 366-394.
- Baltacı, A., et A. Balcı (2017), Complexity leadership: A theoretical perspective. *International Journal of Educational Leadership and Management*, 5: 1, 30-58.
- Bérard, É. (2013), Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique: une analyse en termes de contrôle de gestion. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31: 4, 187-205.
- Bouquin, H. (2005), *Les fondements du contrôle de gestion*, Paris: Presses Universitaires de France "Que-sais-je ?".
- Burkert, M., M. Fischer, et U. Schäffer (2011), Application of the controllability principle and managerial performance: The role of role perceptions. *Management Accounting Research*, 22: 3, 143-159.
- Byrkjeflot, H., et P. Kragh (2014), Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27: 5, 441-458.
- Cardinaels, E., et N. Soderstrom (2013), Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals. *European Accounting Review*, 22: 4, 647-684.
- Collins, K., S. Muthusamy, et A. Carr (2014), Toyota production system for healthcare organisations: prospects and implementation challenges. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26: 7-8, 905-918.
- Danish, R., et A. Usman (2010), Impact of reward and recognition on job satisfaction and motivation: An empirical study from Pakistan. *International journal of business and management*, 5: 2, 159-167.
- Davila, A., G. Foster, et D. Oyon (2009), Accounting and control, entrepreneurship and innovation: venturing into new research opportunities. *European Accounting Review*, 18: 2, 281-311.
- Dittman, D., J. Hesford, et G. Potter. (2008), Managerial Accounting in the Hospitality Industry, in C. Chapman, A. Hopwood, et S. Michael (dir.), *Handbooks of Management Accounting Research*: Elsevier, 1353-1369.
- Eve, A., et P.-A. Sprimont (2016), Perceptions et attitudes liées à la norme ISO 9001 : une analyse auprès de salariés opérationnels. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 22: 1, 27-52.

- Fehrenbacher, D., S. Kaplan, et B. Pedell (2017), The relation between individual characteristics and compensation contract selection. *Management Accounting Research*, 34: 1-18.
- Fiondella, C., R. Macchioni, M. Maffei, et R. Spanò (2016), Successful changes in management accounting systems: A healthcare case study. *Accounting Forum*, 40: 3, 186-204.
- Flachère, I. (2014), Management accounting tools as mediators of a new organisational construction: A study of the interaction between tools and 'physician-managers' in a French public hospital, in M. Epstein, et A. M. Farrell (dir.), *Performance Measurement and Management Control: Behavioral Implications and Human Actions*, 81-103.
- Georgescu, I., et G. Naro (2012), Pressions budgétaires à l'hôpital: Une étude qualitative du concept de «rapm» auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 18: 3, 67-95.
- Godener, A., et M. Fornerino (2017), Participation du manager au contrôle de gestion et performance managériale, une nouvelle approche. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 23: 2, 110.
- Grafton, J., A. Lillis, et S. Widener (2010), The role of performance measurement and evaluation in building organizational capabilities and performance. *Accounting, Organizations and Society*, 35: 7, 689-706.
- Groen, B., M. Wouters, et C. Wilderom (2017), Employee participation, performance metrics, and job performance: A survey study based on self-determination theory. *Management Accounting Research*, 36: 51-66.
- Hahm, D., K. Jung, et J. Moon (2013), Shaping Public Corporation Leadership in a Turbulent Environment. *Public Administration Review*, 73: 1, 178-187.
- Hair, J., T. Hult, C. Ringle, et M. Sarstedt (2016), *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*, United States of America: Sage Publications.
- Hall, M. (2008), The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance. *Accounting, Organizations and Society*, 33: 2, 141-163.
- Hall, M. (2011), Do comprehensive performance measurement systems help or hinder managers' mental model development? *Management Accounting Research*, 22: 2, 68-83.
- Jacobs, K. (2005), Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21: 2, 135-162.
- Kammoun, R., et B. Aouni (2012), ISO 9000 adoption in Tunisia: experiences of certified companies. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24: 3-4, 259-274.
- Kantola, H. (2014), Harmonization of management accounting in health care. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 10: 3, 338-354.
- Kraus, K., C. Kennergren, et A. von Unge (2017), The interplay between ideological control and formal management control systems—A case study of a non-governmental organisation. *Accounting, Organizations and Society*, 63: 42-59.
- Kurunmäki, L. (2004), A hybrid profession-the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29: 3-4, 327-347.
- Lane, D., et M. Down (2010), The art of managing for the future: leadership of turbulence. *Management Decision*, 48: 4, 512-527.
- Lartigau, J. (2009), L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 27: 7, 371-391.
- Locke, E., et G. Latham (2013), *New developments in goal setting and task performance*, UK: Routledge.

- Long, C. (2018), To control and build trust: How managers use organizational controls and trust-building activities to motivate subordinate cooperation. *Accounting, Organizations and Society*, 70: 69-91.
- Löfstål, E., et A.-M. Jontoft (2017), Tensions at the intersection of management control and innovation: a literature review. *Journal of Management Control*, 28: 1, 41-79.
- Malmi, T., et D. Brown (2008), Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19: 4, 287-300.
- Manzoni, J.-F. (2015), Motivation through incentives: A cross-disciplinary review of the evidence, in M. J. Epstein, J.-F. Manzoni, et A. Davila (dir.), *Performance Measurement and Management Control: Innovative Concepts and Practices*: Emerald Group Publishing Limited, 19-63.
- Matthias, W., et K. Jochen (2018), From entity to process: toward more process-based theorizing in the field of organizational change. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 14: 1, 80-98.
- Mouritsen, J., et K. Kreiner (2016), Accounting, decisions and promises. *Accounting, Organizations and Society*, 49: 21-31.
- MSHP (2017), Rapport annuel sur la situation d'activité sanitaire 2016, Abidjan: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- Muchiri, M. (2011), Leadership in context: A review and research agenda for sub-Saharan Africa. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84: 3, 440-452.
- Munehika, M., M. Sano, H. Jin, et C. Kajihara (2014), Quality management system for health care and its effectiveness. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25: 7-8, 889-896.
- Nitzl, C., et W. Chin (2017), The case of partial least squares (PLS) path modeling in managerial accounting. *Journal of Management Control*, 2: 28, 137–156.
- Presslee, A., T. Vance, et R. A. Webb (2013), The effects of reward type on employee goal setting, goal commitment, and performance. *The Accounting Review*, 88: 5, 1805-1831.
- Ragaine, A. (2011), Les fonctions de l'évaluation des services publics par la satisfaction des usagers, entre discipline et apprentissage *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 17: 2, 113-136.
- Ragaine, A., E. Oiry, et A. Grimand (2014), Contraindre et habiliter : la double dimension des outils de contrôle. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 20: 2, 9 - 37.
- Seah, M., M.-H. Hsieh, et H.-Y. Huang (2014), Leader driven organizational adaptation. *Management Decision*, 52: 8, 1410-1432.
- Snell, S. (1992), Control theory in strategic human resource management: The mediating effect of administrative information. *Academy of management Journal*, 35: 2, 292-327.
- Uhl-Bien, M., et M. Arena (2018), Leadership for organizational adaptability: A theoretical synthesis and integrative framework. *The Leadership Quarterly*, 29: 1, 89-104.
- Uhl-Bien, M., et R. Marion (2009), Complexity leadership in bureaucratic forms of organizing: A meso model. *The Leadership Quarterly*, 20: 4, 631-650.
- Uhl-Bien, M., R. Marion, et B. McKelvey (2007), Complexity leadership theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The leadership quarterly*, 18: 4, 298-318.
- Uyar, A., et C. Kuzey (2016), Does management accounting mediate the relationship between cost system design and performance? *Advances in Accounting*, 35: 170-176.
- van der Voet, J., S. Groeneveld, et B. S. Kuipers (2013), Talking the Talk or Walking the Walk? The Leadership of Planned and Emergent Change in a Public Organization. *Journal of Change Management*, 14: 2, 171-191.

Venkatesh, R., et J. Blaskovich (2012), The mediating effect of psychological capital on the budget participation-job performance relationship. *Journal of Management Accounting Research*, 24: 1, 159-175.

Wu, I.-L., et P.-J. Hsieh (2013), Hospital innovation and its impact on customer-perceived quality of care: a process-based evaluation approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26: 1-2, 46-61.

Yaya, L., H. Petnji, F. Marimon, et M. Casadesus (2014), The revitalising effect of ISO 9001 on dissatisfied customers. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25: 7-8, 856-864.