

**Pratiques de la responsabilité sociale des entreprises et gouvernance
d'entreprises : Etude de cas auprès de deux types d'organisations
béninoises de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif**

**Corporate social responsibility practices and corporate governance : A case
study of two types of for-profit and non-profit health care organizations in
Benin**

NAKOU Zinsou Daniel

Doctorant en Sciences de Gestion
Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)
Ecole Supérieure Polytechnique (ESP)
Laboratoire Entreprise et Développement (LAED)
Equipe de recherche en GRH, Organisation et Stratégies
nakou.zdaniel@gmail.com/nakou82daniel@gmail.com

SIMEN Serge Francis

Professeur, Agrégé des Universités en Sciences de gestion
Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)
Ecole Supérieure Polytechnique (ESP)
Laboratoire Entreprise et Développement (LAED)
Equipe de recherche en GRH, Organisation et Stratégies
serge.simen@gmail.com/fsnana@yahoo.fr

Date de soumission : 11/02/2021

Date d'acceptation : 22/05/2021

Pour citer cet article :

NAKOU Z. D. & SIMEN S. F. (2021), « Pratiques de la responsabilité sociale des entreprises et gouvernance d'entreprises : Etude de cas auprès de deux types d'organisations béninoises de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 2 : numéro 6 » pp : 110-135.

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

Attribution License 4.0 International License



RESUME

Ce papier consiste à explorer la nature et le niveau de compréhension et d'adhésion aux meilleures pratiques de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) et de Gouvernance d'Entreprise (GE) dans les organisations béninoises de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif. Pour atteindre cet objectif, nous avons procédé à une recherche d'interprétation qualitative effectuée à partir d'entretiens approfondis basés sur un questionnaire semi-structuré auprès de vingt-et-un (21) dirigeants d'hôpitaux béninois à but lucratif et à but non lucratif. Nos résultats ont révélé qu'il y a diverses disparités essentielles de gouvernance entre les hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif en termes de structure de gestion, de propriété et de rôle du conseil d'administration, ainsi que des orientations différentes en matière de RSE. Aussi, nos résultats ont-ils indiqué qu'il y a une carence totale dans l'entendement et la circonspection des pratiques de GE dans les hôpitaux à but lucratif, tandis que les hôpitaux à but non lucratif sont davantage bien-séants aux meilleures pratiques de GE et plus sensibles à la RSE. L'application des principes de meilleure gouvernance et de responsabilité sociale est cruciale dans l'espérance de progrès significatifs des hôpitaux.

Mots-clés : RSE ; GE ; hôpitaux à but lucratif ; hôpitaux à but non lucratif ; organisation.

ABSTRACT

This paper is to explore the nature and level of understanding and adherence to the best practices of Corporate Social Responsibility (CSR) and Corporate Governance (CG) in Benin's for-profit and non-profit healthcare organizations. To achieve this objective, we carried out a qualitative interpretive research carried out on the basis of in-depth interviews based on a semi-structured questionnaire with twenty-one (21) managers of Beninese for-profit and for-profit hospitals non-profit. Our results revealed that there are various key governance disparities between for-profit and non-profit hospitals in terms of management structure, ownership, and board role, as well as different directions in the matter of CSR. Also, our results indicated that there is a complete lack of understanding and circumspection of CG practices in for-profit hospitals, while nonprofit hospitals are more adept at CG best practices and more sensitive to CSR. The application of the principles of better governance and social responsibility is crucial in the hope of significant progress for hospitals.

Keywords : CSR ; CG ; for-profit hospitals ; non-profit hospitals ; organization.

INTRODUCTION

La responsabilité sociale des entreprises (RSE) consiste à ce qu'une organisation intègre volontairement dans ses activités les préoccupations sociales et environnementales qui émanent de ses diverses parties prenantes (salariés, actionnaires, clients, fournisseurs et société civile) et les oriente selon des critères extra-financiers touchant à la gestion des ressources humaines, à la gouvernance d'entreprise, à l'environnement et à l'impact local (PRI Nations Unies, 2006). Bien qu'une définition exacte de la RSE demeure difficile à atteindre (Cadbury, 2020), le terme est généralement utilisé pour désigner un mode d'engagement commercial et de création de valeur qui répond aux attentes légales, éthiques et de la société publique (Luetkenhorst, 2014).

La RSE peut être donc perçue comme une obligation pour une organisation d'utiliser ses ressources de manière à bénéficier à la société (Snider et al, 2013). La prise de conscience croissante de l'importance des organisations, quelle que soit leur nature, dans le développement des sociétés modernes, a donné une plus grande visibilité à la responsabilité sociale de ces organisations pour la transformation et le développement des environnements sociaux dans lesquels elles agissent (Turyakira et al, 2014 ; Cadbury, 2020).

La gouvernance d'entreprise (GE), quant à elle, est le système ayant trait à la direction et au contrôle des entreprises (Nakou et Simen, 2021 ; OCDE, 2015). Cette définition intègre également à la GE les variantes de la RSE. L'importance de la GE réside dans son rôle d'élaborer/d'affiner en permanence les lois, réglementations et contrats qui régissent les opérations des entreprises, et de garantir que les droits des actionnaires sont protégés, les intérêts des parties prenantes et des gestionnaires sont réconciliés et qu'un environnement transparent est maintenu, dans lequel chaque partie est en mesure d'assumer ses responsabilités et de contribuer à la croissance et à la création de valeur de la société (Page, 2015). Par conséquent, la GE et la RSE sont étroitement liées. Force est de constater que cet engagement fait défaut dans des organisations sanitaires publiques et privées au Bénin. Ce constat est d'autant plus amer qu'il a motivé notre recherche afin d'examiner la nature, les faiblesses, le niveau de compréhension et d'adhésion aux meilleures pratiques de RSE et de gouvernance instaurée au sein de ces organisations béninoises de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif. La présente recherche se propose donc d'apporter un éclairage supplémentaire sur un sujet non encore exploré au Bénin. Malgré son importance fondamentale dans le monde entier et le fait qu'il se compose invariablement d'organisations à

but lucratif et à but non lucratif, le secteur de la santé n'a reçu jusqu'à présent aucune discussion judicieuse sur les bonnes pratiques de RSE et de GE au Bénin. Cette communication a pour ambition de combler cette lacune importante dans la littérature. Dans cette perspective, la question est de savoir : Quel serait la nature et le niveau de compréhension et d'adhésion aux meilleures pratiques de RSE et de GE dans le secteur béninois de la santé à but lucratif et à but non lucratif ?

Nous espérons révéler des disparités dans les pratiques de RSE et de gouvernance de ces organisations sanitaires afin de mettre en lumière le manque de satisfaction des patients, la circonspection des pratiques de RSE et de GE dans les hôpitaux à but lucratif en comparaison avec les hôpitaux à but non lucratif qui sont plus bienveillants aux meilleures pratiques de GE et plus sensibles à la RSE.

Pour répondre à notre interrogation, nous présentons dans un premier temps la littérature mobilisée pour expliquer la relation entre les différentes variables de la recherche et le développement des hypothèses (1). Dans un deuxième temps, nous justifions nos choix méthodologiques (2). Dans un troisième temps, les résultats sont présentés (3) et discutés (4) pour déboucher sur les implications de notre recherche.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans cette partie, nous présentons les clarifications liées aux concepts retenus dans cette recherche ainsi que les différentes variables relationnelles. Aussi, convient-il ici de passer en revue l'essentiel des connaissances ayant rapport avec ce champ de recherche afin d'expliquer la relation entre les différentes variables de cette recherche.

1.1. Responsabilité sociale dans les organisations sanitaires

Depuis son apparition dans les années 1950, plusieurs chercheurs et institutions ont proposé des définitions de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) parmi lesquelles celles de Carroll (1979, 1991) restent les plus exploitées avec celles du Livre Vert de la Commission Européenne (2001, 2011). Face à l'absence d'une définition consensuelle du concept de la RSE, une volonté d'harmoniser cette définition au niveau international a eu lieu ces dernières années. La preuve est que cette volonté d'harmonisation est mise en évidence à travers la norme ISO 26000 de l'Organisation Internationale de Normalisation qui donne une définition de la RSE en vue de satisfaire à la fois les Etats-Unis et l'Europe. Cette Norme internationale fournit « des lignes directrices aux utilisateurs et n'est ni destinée, ni appropriée à des fins de

certification, en présentant une liste non exhaustive des initiatives volontaires et des outils en rapport avec la responsabilité sociétale » (Afnor, 2010). Pour s'acquitter et assurer pleinement de leur responsabilité sociale, il faut au préalable que les organisations sanitaires béninoises s'engagent et honorent les droits de l'homme, des consommateurs, etc., en collaboration étroite avec leurs parties prenantes, dans leurs activités commerciales et leurs stratégies de base. Ceci visera : a) à optimiser la création d'une communauté hospitalière de valeurs pour leurs propriétaires/actionnaires, ainsi que pour les autres parties prenantes et l'ensemble de la société ; b) à recenser, prévenir et atténuer les effets négatifs potentiels que les organisations sanitaires béninoises peuvent exercer.

Même si l'ensemble de ces clarifications mettent l'accent sur la nécessité des organisations sanitaires béninoises à avoir une obligation envers la communauté et un engagement social et environnemental en plus de celui économique, l'absence du caractère obligatoire et même l'inexistence d'une contrainte légale oblige les organisations sanitaires à adhérer à un esprit de bonne gouvernance.

1.2. Gouvernance des entreprises dans le secteur de la santé

Diverses définitions de la Gouvernance des Entreprises (GE) sont proposées dans la littérature commerciale actuelle. Garvey et Swan (2012) suggèrent que la gouvernance détermine comment les principaux décideurs (dirigeants) d'une entreprise administrent et contrôlent réellement les relations contractuelles.

La demande de services améliorés, de produits pharmaceutiques et de percées médicales, d'une part, est contrebalancée par un bassin de capitaux d'investissement en diminution et la pénurie de soignants volontaires et qualifiés d'autre part. Dans un marché de consommation très concurrentiel, la concurrence pousse les prestataires de soins de santé à chercher à fournir les meilleurs soins possibles, et pourtant des préoccupations persistantes s'observent sur la transparence et la responsabilité de ces organisations. La manière dont les organisations de santé publique, en particulier, utilisent les précieuses recettes fiscales est très préoccupante.

Eeckloo et al (2014) soulèvent la question de savoir si, et dans quelle mesure, les modèles de gouvernance évolués dans le monde de l'entreprise peuvent fournir des comparaisons utiles dans le domaine de la bonne gouvernance hospitalière. Ils parviennent à la conclusion que, si une simple traduction et synthèse des pratiques existantes est susceptible d'être insatisfaisante, en particulier en ce qui concerne la gouvernance des hôpitaux à but non lucratif, la GE peut fournir un cadre de référence complet auquel le secteur hospitalier doit donner sa propre

interprétation. À cet égard, il est important d'établir une distinction entre deux types différents d'établissements de santé : les organisations à but lucratif et les organisations à but non lucratif. Brickley et al (2013) définissent l'institution à but non lucratif comme celle dont les principales entités dirigeantes, par exemple les dirigeants/membres du conseil d'administration, ne reçoivent pas les bénéfices résiduels. Ces organisations à but non lucratif bénéficient d'importantes réductions d'impôt. Cependant, la réglementation exige que leur excédent net soit consacré aux activités sociales. Ils soulignent que ces organisations ont un avantage potentiel par rapport aux organisations à but lucratif car elles bénéficient de la réduction des conflits d'actionnaires. Toutefois, l'absence de propriété claire crée un problème dans le mécanisme de contrôle de gestion, car les gestionnaires ne sont pas disciplinés par leur propre performance sur le marché ou par les actionnaires intéressés. Cela sert à son tour à accentuer le rôle du conseil d'administration, car les incitations au *free-riding* et la faible disponibilité des informations limitent l'efficacité des mécanismes de suivi des donateurs et des clients dans les organisations à but non lucratif. D'autres distinctions importantes entre les secteurs à but lucratif et sans but lucratif peuvent être filtrées dans la littérature. La clé à cet égard est le fait que les considérations financières ne constituent qu'une dimension de l'énoncé de mission des hôpitaux à but non lucratif. Une autre variable cruciale est le service qu'une organisation à but non lucratif offre à ses divers groupes d'intérêt (McFarlan, 2019). Eeckloo et al (2014) soulignent également que les organisations à but non lucratif ne disposent pas du principe de la maximisation du profit, l'attention se déplaçant invariablement vers un éventail plus large de parties prenantes. Ces différences deviennent prononcées par rapport aux structures de leurs conseils respectifs, les conseils à but non lucratif ayant tendance à être beaucoup plus importants en raison de la nécessité de représenter les nombreuses circonscriptions qui ont un intérêt dans l'organisation (McFarlan, 2019). Les conseils à but non lucratif devraient également évaluer la manière dont leurs organisations réalisent les aspects qualitatifs de leurs missions (McFarlan, 2019) en termes d'amélioration de l'accès, de la qualité, de l'équité sociale, de réduction des coûts et d'identification de services de soins aux patients fondés sur la valeur (Weil, 2013).

La différence la plus importante entre les deux types d'hôpitaux peut être liée à la question de la propriété et du contrôle ultimes (Eeckloo et al, 2014). Dans le contexte à but lucratif, il existe invariablement une relation bien définie entre la propriété et le contrôle, généralement appelée responsabilité de la direction et du conseil d'administration envers les actionnaires. La gouvernance des hôpitaux à but non lucratif est cependant différente, car il n'y a pas de

véritables propriétaires, l'attention étant portée sur un large éventail de parties prenantes (Eeckloo et al, 2014). Cette différence a des implications importantes pour le processus décisionnel. Dans les hôpitaux à but lucratif, tous les processus décisionnels sont influencés par un critère majeur, qui est le meilleur intérêt économique de l'hôpital. Néanmoins, dans les hôpitaux à but non lucratif, les décisions sont plus compliquées, impliquant l'intégration et l'équilibre de multiples critères relatifs à l'accès, à la qualité, à l'équité, aux soins accordés aux patients et aux coûts. Malgré ces complications, certains soutiennent que les conseils à but non lucratif ont adopté des processus décisionnels solides qui méritent d'être imités par leurs homologues à but lucratif (Drucker, 1989). Cela dit, il est important de souligner que les conseils d'administration des sociétés et des organismes à but non lucratif partagent également de nombreuses responsabilités similaires et font face à de nombreux défis parallèles, en particulier dans l'environnement de santé hautement concurrentiel d'aujourd'hui. Wilson (2012) met en évidence la tension fréquemment créée entre la mission d'un hôpital et la nécessité de réaliser un profit. Pour cet auteur, les membres du conseil d'administration à but non lucratif font généralement du bénévolat par désir de servir la communauté et non de surveiller la prise de décisions et les performances managériales. Cela suggère que les membres du conseil d'administration ne sont peut-être pas suffisamment préparés pour gérer les pressions financières incessantes auxquelles de nombreux organismes de soins de santé ont été confrontés.

De plus amples informations sur les pratiques de gouvernance dans les organisations de soins de santé peuvent être obtenues en examinant les littératures connexes de la gouvernance clinique et des soins de santé intégrés. Il existe des parallèles étroits entre la gouvernance d'entreprise et la gouvernance clinique : la gouvernance clinique est principalement axée sur ce qui se passe dans la clinique ou l'hôpital, tandis que la gouvernance d'entreprise est plus large, incorporant la gouvernance clinique comme l'une de ses mesures de performance les plus importantes. Les conseils des établissements de santé qui se concentrent sur la gouvernance clinique sont davantage impliqués dans « la planification et l'organisation des structures de gouvernance pour la sécurité et la qualité en parrainant une approche axée sur le patient » (Braithwaite et Travaglia, 2018, p13). Le conseil d'administration devrait être davantage impliqué dans l'audit clinique, assurer l'accès aux preuves en ligne, gérer efficacement les conflits, gérer les risques et soutenir les politiques qui encouragent la divulgation ouverte et une approche centrée sur le patient (Braithwaite et Travaglia, 2018 ; Balding, 2015; Duckett, 2017). La gouvernance clinique est apparue principalement au

Royaume-Uni, au Canada et en Australie en réaction à l'augmentation des pressions judiciaires, en raison d'une vague d'insatisfaction à l'égard des performances des établissements de santé au début des années 1990 (Braithwaite et Travaglia, 2018). L'objectif central d'un système de gouvernance clinique solide est de veiller à ce que la qualité et la sécurité des services et des procédures médicales soient les principaux moteurs des établissements de soins, des opérations et des performances, en mettant l'accent sur les résultats pour les patients (Braithwaite et Travaglia, 2018 ; Balding, 2015). Les systèmes de santé intégrés et les établissements de santé qui adoptent de bonnes directives de gouvernance clinique subiraient un changement de culture et de systèmes, améliorant la transparence, les rapports, la responsabilisation, l'apprentissage et l'amélioration continue (Braithwaite et Travaglia, 2018 ; Balding, 2015 ; Duncan-Marr et Duckett, 2015). Une saine gouvernance clinique encourage également une plus grande participation des cliniciens et des patients à la gouvernance (Duckett, 2017).

De plus, la littérature sur les systèmes de santé intégrés indique que les systèmes de santé à travers le monde sont dans un état de flux et de transition. De nombreux pays industrialisés sont passés par un certain niveau d'intégration dans leurs systèmes de santé pour éliminer les surcapacités du secteur des soins de santé, améliorer l'accès aux soins et réduire les coûts, ce qui a entraîné des structures de gouvernance de plus en plus complexes (Weil, 2013). Pour ce faire, plusieurs gouvernements ont institué une législation et des incitations pour encourager l'intégration. Aux États-Unis par exemple, le mouvement vers un système intégré a entraîné une vague de fusions et de désinvestissements, de sorte que plusieurs établissements de santé ont rejoint les systèmes de prestation intégrés (SPI) qui opéraient souvent dans plusieurs États. Malgré les preuves mitigées concernant le succès des SPI, il est clair qu'elles n'ont eu un impact significatif sur la qualité et les coûts dans aucun des États. Cela pourrait être dû à des raisons politiques, économiques ou organisationnelles, telles que le comportement oligopolistique, les problèmes de coordination et d'intégration, ou la distance qui s'est créée entre les conseils et les communautés locales (Weil, 2013).

Les enseignements qui peuvent être tirés des différentes expériences dans les réformes du secteur de la santé à travers le monde sont limités dans leur applicabilité par le contexte spécifique béninois. Néanmoins, il semble y avoir des tendances générales communes. Il est clair qu'avec une plus grande complexité, et en particulier, en l'absence d'un objectif de rentabilité unidimensionnel et d'une pression accrue pour la qualité et la sécurité, les établissements de santé devront répondre aux différentes parties prenantes et intégrer la bonne

gouvernance clinique comme une composante essentielle de saines pratiques de gouvernance d'entreprise. La composition et le rôle du conseil d'administration deviennent également plus difficiles et cruciaux.

Selon Meyers (2008), la responsabilité commence avec le chef de la direction (PDG) et les conseils d'administration. Ils sont chargés de donner le ton au sein des organisations de soins de santé et de veiller à ce que toutes les bonnes pièces soient en place, de l'équipement et des installations appropriés au personnel clinique qualifié et à l'accès aux ressources et services hospitaliers. Les conseils d'administration des hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif sont donc confrontés à une responsabilité monumentale, en termes d'articulation de la mission et des objectifs essentiels, d'instauration de freins et de contrepoids, de conciliation de multiples critères de performance quantitatifs et qualitatifs et de rationalisation des différentes configurations de prestations de soins, tout en favorisant la transparence et la responsabilité.

Dans des pays comme le Bénin, où la plupart des organisations sanitaires sont à but lucratif avec une représentation communautaire limitée, et où le système juridique est sous-développé en matière de faute professionnelle, les pressions pour une bonne gouvernance pourraient être moins accentuées. L'adoption de la gouvernance clinique est en effet souvent liée aux pressions du public et des acteurs externes. En général, la gouvernance des soins de santé a reçu très peu d'attention empirique dans la littérature, en particulier dans le contexte des pays en voie de développement.

1.3. Liens entre l'engagement de la RSE et la GE dans les organisations sanitaires

Les théories des parties prenantes, de l'agence, du signal et de la légitimité sont bien explicatives de la relation entre la RSE et la GE. Ainsi, la dimension gouvernance appréhende le comportement socialement responsable des organisations sanitaires à but lucratif dans leur sphère financière. Cette sphère met ces organisations sanitaires en interaction avec ses financeurs (les créanciers financiers et les actionnaires) : ceux-ci délèguent la gestion de leurs avoirs au dirigeant mais veulent en retour s'assurer, par une bonne gouvernance, que leur argent ne sera pas détourné de l'usage attendu. C'est le rôle assigné à la gouvernance par la théorie de l'agence (Cadbury, 2020). Alors, la bonne gouvernance peut être considérée comme une matérialisation de la RSE. De nos jours, elle commence à devenir obligatoire dans le sens où elle est imposée par la loi. Selon l'étude de Jamali et al (2008), il existe trois modèles de relations entre la RSE et la bonne gouvernance : i) la bonne gouvernance est un pilier de la RSE, la RSE serait la responsabilité des conseils de direction de l'organisation

alors que la bonne gouvernance serait un besoin fondamental ou un pilier pour une RSE soutenable (Elkington, 2020) ; ii) la RSE est une dimension de la bonne gouvernance, Orlitzky, Siegel et Waldman (2021) considèrent que la responsabilité sociale est l'une des dimensions de la bonne gouvernance, à travers le leadership stratégique, la conformité avec les lois et politique de gouvernance, la structure du capital de l'organisation et ses relations sur les marchés notamment avec les investisseurs, et la structure du conseil d'administration et ses pratiques. Pour l'auteur, l'engagement de l'organisation dans des actions de responsabilité sociale dépend des compétences des membres de son conseil d'administration et de toutes les pratiques suscitées ; iii) la bonne gouvernance et la RSE font partie du même « continuum ». Pour Bhimani et Soonawalla (2015), la RSE et la bonne gouvernance (ainsi que la bonne représentation des états financiers) sont les deux revers d'une même médaille. Afin d'achever une bonne performance, les organisations sanitaires à but lucratif et à but non lucratif doivent en premier lieu « se conformer » aux lois et réglementations. Ensuite, il faut que celles-ci soient socialement responsables (actions volontaires) et qu'elles puissent créer de la valeur pour leurs actionnaires. De ce fait, la bonne gouvernance et la RSE sont complémentaires dans une même voie, vers une bonne performance de ces organisations sanitaires. Les changements organisationnels permanents et les nombreuses mutations socio-économiques questionnent les configurations des organisations (Kan, 2017). Alors, la prise en compte de la RSE (Rijpens, 2020) force les organisations à reconsidérer leur modèle de coordination managériale en privilégiant progressivement la dimension normalisatrice à la dimension autoritaire. En effet, la RSE, qui entend partager le contrôle des organisations sanitaires à but lucratif et à but non lucratif entre tous les preneurs de risques, c'est-à-dire les parties prenantes, suppose de revoir leur modèle de gestion (Gray, 2021). Pérez (2015) souligne que les processus de RSE exigent une vision qu'il qualifie d'« élargie » de la gouvernance. Selon Brisley et al (2021), le Développement Durable (DD) permet aux organisations d'intégrer, en plus de la maximisation de la valeur actionnariale, des objectifs des parties prenantes dans la chaîne de valeur globale des organisations. Dans ce sens, Porter et Kramer (2006) proposent de contextualiser les démarches RSE au cœur de la stratégie de l'organisation au travers du concept de création de valeur partagée. Dans ce monde caractérisé par l'échec de la gouvernance systémique et les dégâts causés à l'environnement, l'interface entre la GE et la RSE a acquis une résonance mondiale (Khan, 2017). Les réflexions actuelles conduisent à reconsidérer le modèle classique de la gouvernance (Orlitzky, Siegel et Waldman, 2021) ; Rijpens, 2020) en suggérant une vision plurielle,

intégrée et élargie de la gouvernance, articulant ses dimensions économique et humaine. A ce titre, Orlitzky, Siegel et Waldman (2021) propose de « rechercher les voies et moyens d'une gouvernance partenariale, cognitive, politique, dynamique plutôt que statique, processuelle plutôt que mécanique ». Il s'agit d'élargir la problématique de la gouvernance à des questions qui dépassent la sphère économique (McFarlan, 2019). La préservation des intérêts environnementaux, sociaux, humains (...) relève ainsi de celle-ci (Duckett, 2017). En ce sens, une « organisation durable et responsable » est « une organisation pour laquelle la responsabilité sociale et le développement durable, l'endogénéisation de l'éthique, etc. ne se réduisent pas à la rhétorique mais constituent le vecteur du produit d'une politique générale ambitieuse ». Ainsi, la RSE apparaît aujourd'hui comme une dimension essentielle de la gouvernance organisations sanitaires à but lucratif et à but non lucratif dans la mesure où elle conduit à repenser les relations entre ces organisations et leurs parties prenantes.

2. JUSTIFICATION DES CHOIX METHODOLOGIQUES

La méthodologie adoptée est une recherche primaire interprétative (Wilson, 2012), impliquant des entretiens approfondis avec des responsables clés des soins de santé, pour dénicher des cadres de référence collectifs ou des réalités interprétées qui guident l'attribution de sens et aident à rendre compte de leur compréhension et de leurs applications de divers principes de RSE et de GE. L'utilisation d'un ensemble commun de questions facilite la comparaison des appréhensions des répondants sur les questions pertinentes relatives aux pratiques de RSE et de GE. Différents hôpitaux ont été contactés pour couvrir l'ensemble du territoire béninois. Certaines questions d'entrevues ont recueilli des données factuelles tandis que d'autres ont permis une réflexion et une interprétation personnelles. Les entretiens approfondis étaient basés sur un questionnaire semi-structuré qui comprenait à la fois des questions fermées échelonnées qui étaient pré-codées et certaines questions ouvertes, pour évaluer les opinions et les perspectives des personnes interrogées sur les questions pertinentes. Au total, 35 hôpitaux au Bénin, couvrant l'ensemble des villes de Cotonou, de Porto-Novo, d'Abomey-Calavi, de Bohicon et de Parakou, ont été contactés pour des rendez-vous. Ces rendez-vous ont été pris avec les principaux dirigeants des 21 hôpitaux qui ont accepté de participer. Parmi ceux-ci, neuf (09) entretiens ont été réalisés avec le Directeur Général (DG) de l'hôpital ou le Président DG (PDG), le reste étant avec des cadres supérieurs qui avaient une connaissance approfondie de l'hôpital et des subtilités de sa gouvernance et de ses opérations.

Les questions ont été regroupées en cinq (05) sections :

- informations générales sur l'hôpital ;
- structure commerciale de l'hôpital ;
- structure du conseil d'administration et dynamique de gouvernance ;
- responsabilité envers les clients, les actionnaires et les parties prenantes ;
- responsabilité sociale des entreprises.

Les hôpitaux échantillonnés représentent ceux qui relèvent des deux orientations de profil identifiées et sont dispersés sur tout le territoire béninois. Eu égard la nature de la recherche et le nombre limité d'hôpitaux désireux de répondre, la taille d'un hôpital et ses opérations n'ont pas été considérées comme des facteurs déterminants dans la sélection de l'échantillon. Il convient de noter qu'un problème potentiel de biais de sélection peut se poser.

Les hôpitaux dotés de meilleures pratiques de gouvernance pourraient être plus disposés que d'autres à répondre à l'enquête et à accepter d'être interrogés.

3. RESULTATS

Les résultats sont divers et variés. Ils sont relatifs au profil des répondants, à la propriété et aux caractéristiques, à la responsabilité sociale et à la gouvernance qui se décline en la structure et l'efficacité du conseil, la divulgation et la transparence, les administrateurs indépendants, la fonction du conseil d'administration, l'évaluation et la rémunération du PDG puis la responsabilité envers les actionnaires et les parties prenantes. Enfin, nous analysons les liens et l'impact de l'engagement de la RSE sur la gouvernance pratiquée au sein de ces hôpitaux.

3.1. Profil des répondants

Parmi les hôpitaux à but lucratif, 86% étaient des organisations sanitaires privées non personnalisées. En revanche, 100% des hôpitaux à but non lucratif appartenaient à un groupe religieux avec des conseils d'administration composés principalement des membres indépendants non rémunérés (dans 83% des cas). Dans 36% des hôpitaux à but lucratif, le PDG était le fondateur de l'hôpital, et dans 43% de ces cas, le fondateur était également un membre de la famille. D'un autre côté, dans 100% des hôpitaux à but non lucratif, le PDG était un directeur, sans lien de parenté avec le fondateur, parfois sans diplôme de gestion officiel, mais certainement avec une expérience considérable. Parmi tous les hôpitaux de l'échantillon, 33% des PDG fréquentaient des médecins.

3.2. Propriété et caractéristiques

Tous les hôpitaux interrogés étaient classés en trois (03) catégories : i) privé à but lucratif (67%) : ii) sans but lucratif, qui faisaient tous parties d'une organisation religieuse (28%) et ; iii) gouvernemental (5%).

Dans la catégorie privée, 36% avaient un PDG qui était également le fondateur ou un membre de la famille du fondateur (43%) et, dans chaque cas, un actionnaire important. Il n'y avait pas d'actionnaires diffus dans le vrai sens, ou du moins pas ce que nous pourrions rencontrer en étudiant la dynamique de la gouvernance dans une structure d'entreprise pure. La propriété des hôpitaux familiaux était généralement limitée à quelques membres de la famille. La pertinence de la bonne gouvernance dans ce cas ne concernait pas nécessairement la protection des droits des actionnaires minoritaires (car il n'y en avait pas), mais plutôt la protection des intérêts d'autres parties prenantes, telles que les employés, les patients, les médecins, les principaux fournisseurs, les créanciers et la communauté. Nos entrevues approfondies ont mis l'accent sur ces questions, avec des questions visant à étudier la dynamique des relations entre les propriétaires/gestionnaires/membres du conseil d'administration et d'autres intervenants dans les hôpitaux.

3.3. Responsabilité sociale

En termes de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), tous les hôpitaux interrogés ont partagé des comptes et des ouvertures modestes. La motivation pour la responsabilité sociale semble provenir de la préférence des propriétaires des hôpitaux privés, de la mission et des objectifs des organisations missionnaires, des croyances religieuses et de la nature de la communauté béninoise, mais aussi du mauvais état des services médicaux offerts aux citoyens. Tous les hôpitaux ont convenu qu'ils effectueraient une procédure de sauvetage pour tout patient dans une situation critique, même si cela pouvait leur causer une perte financière. Les hôpitaux à but non lucratif rencontrent de tels cas chaque jour et semblent les accepter plus facilement, car cela fait partie de leur mission. Cependant, la plupart des hôpitaux ont obtenu de faibles scores en termes de contribution au travail sociétal et de degré d'implication dans la médecine préventive, les campagnes de sensibilisation, le dépistage gratuit et les vaccinations gratuites.

Le tableau 1 rassemble certaines des principales conclusions. Bien que ce tableau ne fournisse pas de preuves concluantes, les données suggèrent que les hôpitaux à but non lucratif

semblent être plus conformes aux meilleures pratiques de gouvernance : aucun des PDG des hôpitaux à but non lucratif inclus dans l'échantillon n'a agi en tant que président du conseil subjectif et conformément aux meilleures pratiques. Par ailleurs, les conseils d'administration des hôpitaux à but non lucratif étaient plus grands, avec un pourcentage plus faible de membres exécutifs au sein du conseil, encore une fois conformément aux meilleures pratiques. Les conseils d'administration des hôpitaux sans but lucratif abritaient plus de membres indépendants que leurs homologues à but lucratif, conformément aux recommandations de bonne gouvernance. En revanche, les hôpitaux à but lucratif n'avaient pas ces attributs. Cependant, il est important de se rappeler la nature de la propriété familiale de la majorité des hôpitaux à but lucratif de l'échantillon (86%), ce qui pourrait expliquer l'écart par rapport aux meilleures pratiques de GE.

Tableau 1 : Comparaison des organisations de soins de santé à but lucratif et sans but lucratif selon les principales dimensions de la GE et de la RSE

A But Non Lucratif	%	Sans But Lucratif	%
Groupe ou religieux	100	Propriété privée	86
PDG : Fondateur	0	PDG : Fondateur	36
PDG : Membre indépendant fondateur	100	PDG : Membre fondateur de la famille	43
PDG : Président du conseil d'administration	0	PDG : Président du conseil d'administration	71
Nombre moyen de membres du conseil d'administration	16	Nombre moyen de membres du conseil d'administration	
Nombre moyen de cadres à bord	6	Nombre moyen de cadres à bord	6
Inclinaison positive envers la communauté locale	24	Inclinaison positive envers la communauté locale	3
Inclinaison positive envers le gouvernement des parties prenantes)	29	Inclinaison positive vers l'importance des intervenants gouvernementaux	19
			14

Source : Auteurs

3.4. Structure et efficacité du conseil d'administration des organisations sanitaires

Les hôpitaux privés à but lucratif avaient généralement des conseils d'administration plus petits (6 en moyenne), avec plus de cadres à bord (3 en moyenne). En revanche, les hôpitaux publics et à but non lucratif avaient des conseils d'administration assez importants (moyenne de 16), avec une majorité de membres indépendants. 71% des hôpitaux à but lucratif avaient le président agissant en tant que PDG. De plus, il était généralement le fondateur (36%) ou un membre de la famille du fondateur (43%).

3.5. Divulgaration et transparence

Les hôpitaux à but lucratif, comme d'autres entités commerciales au Bénin, sont tenus par la loi de présenter une sorte d'état financier au moins à un organisme de réglementation. Notre

impression est que c'est aussi loin que n'importe quel hôpital irait en termes de divulgation de données financières, ou de toute autre information liée au changement de propriétaire, aux transactions personnelles, à la rémunération des médecins et des administrateurs. Les hôpitaux à but non lucratif n'ont aucune obligation légale de présenter des états financiers à un organisme de réglementations, car ils sont exonérés d'impôts. Les seules entités qui reçoivent et examinent activement les états financiers des hôpitaux sans but lucratif sont leurs propres conseils d'administration, chose répandue dans 83% des hôpitaux sans but lucratif participants.

3.6. Administrateurs indépendants

Dans 52% des hôpitaux de notre échantillon, aucun membre indépendant du conseil d'administration n'y faisait partie. Dans tous les hôpitaux à but lucratif interrogés, aucun n'a satisfait à la recommandation éditée en la matière qui suggère qu'au moins un tiers du conseil d'administration soit composé de membres externes, la majorité de ceux-ci en tant que membres indépendants du conseil d'administration. Toutefois, les membres du conseil d'administration des hôpitaux à but non lucratif étaient largement indépendants. Cependant, aucun des membres indépendants du conseil d'administration n'a été élu. Dans les hôpitaux à but lucratif, le propriétaire-contrôleur a sélectionné des membres indépendants du conseil d'administration sur rendez-vous. Tandis que dans les hôpitaux à but non lucratif, tous les membres indépendants du conseil d'administration ont été nommés par un comité supérieur ou un conseil suprême.

3.7. Fonction du conseil d'administration

Tous les conseils d'administration de notre échantillon d'hôpitaux ont obtenu des scores élevés en termes de niveau d'implication dans les différentes activités et tâches de gouvernance qui relèvent de leur description de poste. Le tableau 2 illustre le niveau d'implication du conseil d'administration dans différentes tâches et activités sur une échelle préétablie.

Tableau 2 : Participation du conseil d'administration à différentes activités de gouvernance

Fonction du CA	DI	ABL	SBL	Gouv
Formule de stratégies à long terme	Souvent	11	4	1
	Parfois	1	1	0
	Rarement	1	1	0
	Jamais	1	0	0
Sélectionne, surveille et remplace le PDG	Souvent	3	3	0
	Parfois	1	1	0
	Rarement	2	2	0
	Jamais	8	0	1
Examine la rémunération des principaux dirigeants et administrateurs	Souvent	2	2	0
	Parfois	5	1	0
	Rarement	3	3	1
	Jamais	4	0	0
Supervise les conflits d'intérêts dans les transactions avec les parties prenantes	Souvent	5	2	1
	Parfois	5	1	0
	Rarement	1	1	0
	Jamais	3	2	0
Assure l'intégrité des rapports financiers de l'hôpital	Souvent	12	6	1
	Parfois	2	0	0
	Rarement	0	0	0
	Jamais	0	0	0
Assure une divulgation appropriée et communique avec les actionnaires	Souvent	2	4	0
	Parfois	2	1	0
	Rarement	10	1	0
	Jamais	0	0	1
Surveille la fonction du service médical	Souvent	9	3	0
	Parfois	2	0	0
	Rarement	2	3	0
	Jamais	1	0	1
Participe activement à la résolution des conflits entre les cadres et médecins traitants	Souvent	5	2	0
	Parfois	2	1	0
	Rarement	7	3	0
	Jamais	0	0	1
Participe activement à la fixation de la rémunération des médecins traitants	Souvent	1	0	0
	Parfois	0	0	0
	Rarement	1	2	0
	Jamais	12	4	1

Source : Résultats issus de nos enquêtes

*Fonction du CA : Fonction du Conseil d'Administration, DI : Degré d'Implication, ABL : A But Lucratif, SBL : Sans But Lucratif, Gouv : Gouvernemental.

Il convient de noter que les conseils d'administration des hôpitaux sans but lucratif participent à la fois à la vérification financière et à la vérification interne. Lorsqu'un comité d'audit existe, il est généralement bien structuré et régi par des politiques et procédures. Tous les comités d'audit comprenaient un membre possédant une expertise comptable/financière et une

expérience adéquate des transactions hospitalières. Ces comités d'audit étaient présents dans environ la moitié des hôpitaux échantillonnés. Cependant, aucun de ces comités, ou leur président, n'a eu l'autonomie de choisir l'auditeur externe, qui assume une fonction importante dans tous les hôpitaux.

Les contrats des auditeurs externes avec les hôpitaux variaient également. Certains auditeurs externes ont été nommés par le propriétaire-contrôleur, et d'autres ont été convenus après une offre. Dans les hôpitaux à but lucratif, l'auditeur externe a été nommé directement par le conseil d'administration dans 80% des cas. Dans les hôpitaux à but non lucratif, 33% des auditeurs externes ont été nommés ; les autres ont été sélectionnés après une offre. Le tableau 3 met en évidence les informations obtenues concernant les principales fonctions du comité d'audit dans les cabinets de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif.

Tableau 3 : Caractéristiques du comité d'audit

Comité d'audit	DI	ABL	SBL
Possède un membre avec une expertise comptable/financière	Oui Non	5 0	3 1
Est présidé par un véritable administrateur indépendant	Oui Non	1 4	3 1
Fournit un procès-verbal écrit de chaque réunion de comité	Oui Non	4 1	2 2
Définit les règles régissant les fonctions générales	Oui Non	4 1	2 2
Sélectionne/recommande un auditeur externe de manière autonome et le supervise	Oui Non	0 5	3 1
Possède un membre avec une expertise médicale	Oui Non	4 1	1 3

Source : Résultats issus de nos enquêtes

*Fonction du CA : Fonction du Conseil d'Administration, DI : Degré d'Implication, ABL : A But Lucratif, SBL : Sans But Lucratif.

3.8. Évaluation et rémunération du PDG

L'évaluation du rendement était une pratique courante dans la plupart des hôpitaux, mais était normalement utilisée pour le personnel et non pour les cadres ou les membres du conseil d'administration. Récemment, un nouveau système d'évaluation des performances a été introduit pour les dirigeants et le PDG, mais pas pour les membres du conseil d'administration. Dans plusieurs incidents survenus dans des hôpitaux privés à but lucratif, le PDG/actionnaire principal a dû remplir sa propre évaluation.

3.9. Responsabilité envers les apporteurs et les parties prenantes

Les hôpitaux privés à but lucratif n'ont presque jamais discipliné ou destitué un PDG, principalement parce que le PDG est généralement un actionnaire (apporteur) important, sinon un propriétaire. Les hôpitaux sans but lucratif avaient une incidence plus élevée de remplacement ou de discipline du PDG. Le directeur médical d'un hôpital à but non lucratif a déclaré qu'entre autres les critères financiers ont été une cause déterminante du remplacement de plusieurs de leurs PDG au cours des cinq (05) dernières années. Comme nous l'a confié un répondant : « *Que cela nous plaise ou non, nous devons survivre au marché pour poursuivre notre mission. Nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir des PDG qui ne sont pas pleinement impliqués et responsables de diriger cet hôpital* ».

Il y avait une propension légèrement plus positive détectée de la part des hôpitaux à but non lucratif envers les parties prenantes de la communauté et du gouvernement. Cela reflète une ouverture envers les différentes parties prenantes et une tendance à un engagement efficace avec la RSE. Le tableau 4 illustre le niveau d'implication des différents hôpitaux dans les questions liées à la responsabilité vis-à-vis des différentes parties prenantes.

Tableau 4 : Niveau d'implication des différents hôpitaux dans les questions liées à la responsabilité vis-à-vis des différentes parties prenantes

Responsabilité envers les intervenants	DI	ABL	SBL	Gouv
Discipliner ou remplacer un PDG	Souvent	0	1	0
	Parfois	1	3	0
	Rarement	2	2	0
	Jamais	11	0	1
Discipliner ou renvoyer un médecin traitant	Souvent	0	1	0
	Parfois	6	3	0
	Rarement	7	1	0
	Jamais	1	1	1
Discipliner ou destituer un cadre supérieur	Souvent	1	0	0
	Parfois	4	2	1
	Rarement	6	2	0
	Jamais	3	2	0
Résoudre un conflit médecin-patient	Souvent	4	0	0
	Parfois	7	2	0
	Rarement	2	2	0
	Jamais	1	2	0
Anticiper et organiser des rencontres proactives pour garantir des réglementations gouvernementales	Souvent	2	2	0
	Parfois	1	4	0
	Rarement	7	0	0
	Jamais	4	0	1

Communiquer avec la communauté locale pour encourager le volontariat, le partage d'informations et des services pertinents	Souvent	2	2	1
	Parfois	2	3	0
	Rarement	9	1	0
	Jamais	1	0	0

Source : Résultats issus de nos enquêtes

*Fonction du CA : Fonction du Conseil d'Administration, DI : Degré d'Implication, ABL : A But Lucratif, SBL : Sans But Lucratif, Gouv : Gouvernemental.

3.10. Liens et impact de l'engagement de la RSE sur la GE

Notre corpus des données nous a permis d'admettre que les dirigeants répondants perçoivent la RSE et la gouvernance pratiquées au sein de ces hôpitaux comme l'opportunité de préserver un avantage concurrentiel, de favoriser la croissance de leur hôpital et de renforcer son image face à ses parties prenantes. Pour certains dirigeants répondants, la potentielle relation entre ces deux concepts constitue une stratégie globale d'entreprise c'est-à-dire que l'hôpital doit avoir une cohérence entre sa stratégie, sa communication et ce qu'il entreprend pour intégrer les changements qui satisfassent à ses besoins. Pour d'autres, la RSE et la GE sont considérées comme deux représentations adjointes. Ce qui veut dire que ces conceptions débattent l'horizon et doivent être traitées simultanément, puis permettent l'appréciation de toutes les apparences de risque. Par conséquent, pour les dirigeants interviewés, les concepts de la RSE et de la GE possèdent les mêmes buts (garantir la réputation de l'hôpital, minimiser les risques de l'hôpital pour assurer son positionnement stratégique sur le long terme). Ainsi, nos résultats ont confirmé l'idée selon laquelle la gouvernance des hôpitaux fait référence au «système par lequel une entreprise est dirigée, gérée et contrôlée, dans le but d'atteindre les objectifs, financiers ou non, fixés par ses propriétaires» (Hoetker, 2018). Dans ce contexte, l'intégration d'un système de gouvernance au sein des hôpitaux consiste à déployer une stratégie par laquelle les rôles et responsabilités, les objectifs ainsi que les processus décisionnels et de contrôle sont clairement définis. Ainsi, la RSE et la GE sont deux facettes de la même médaille (Bhimani et Soonawalla, 2015) et les actions socialement responsables sont intégrées dans la GE (Orlitzky, Siegel et Waldman, 2021). Mais, un chevauchement est perceptible entre la RSE et la GE. D'ailleurs, la GE implique la responsabilité et le respect de la volonté de toutes les parties prenantes clés. Par ailleurs, les dirigeants interviewés ont mis l'accent sur l'importance pour les hôpitaux d'anticiper et d'être toujours proactifs. Ils ont mentionné également que la RSE et la GE devraient être une croyance.

Le critère de la taille de certains hôpitaux constitue les facteurs prépondérants en ce qui concerne la formalisation des principes de la GE. Les principales plus-values ressorties d'une gouvernance éclairée dans ces hôpitaux sont : la minimisation des risques, l'intégration des valeurs des dirigeants dans la gestion et la croissance favorisée par la mise en œuvre anticipée d'un système de gouvernance. En témoignent les propos d'un dirigeant-répondant : *« Je pense qu'une entreprise se doit de formaliser sa structure et ses processus si elle veut croître sereinement »*.

Entre autres, les dirigeants des hôpitaux sont à même d'entretenir avec les acteurs (médecins, les infirmiers, les sages-femmes, les aides-soignants, les patients, etc.) de leur sphère d'influence des relations cordiales qui constituent un axe majeur de la stratégie RSE qu'ils auraient mise en place. En réalité, ils ont dû passer d'un exercice de communication et d'informations à une implication le plus en amont possible des prises de décision. En ce sens, des engagements réciproques inclusifs ont nourri les réflexions non seulement pour améliorer la gouvernance des hôpitaux enquêtés, mais aussi pour prendre en compte les dimensions organisationnelle, sociologique et culturelle de ces hôpitaux. Aussi, nos résultats ont-ils indiqué que les pilotes de la RSE et de la GE proviennent principalement de l'éthique subjective et des valeurs personnelles du personnel des hôpitaux. Leurs expériences personnelles et leur respect pour la dignité humaine et l'environnement ont conduit à des bonnes pratiques et à l'engagement de toutes les parties prenantes au sein de ces hôpitaux. Par conséquent, les résultats de nos enquêtes nous ont révélés que les pratiques de la RSE sont intrinsèquement liées au choix de la gouvernance adoptée dans tous les hôpitaux sélectionnés.

4. DISCUSSION

Au Bénin, nous avons pu constater tantôt avec indignation, tantôt avec réconfort que les établissements de santé sont mieux gérés et assurent des soins de qualité. A travers l'analyse de nos résultats, les hôpitaux à but lucratif ont des conseils d'administration (CA) plus petits, ce qui les rend potentiellement plus efficaces (Larson, 2015). Cependant, ces CA sont composés principalement d'initiés dont les intérêts peuvent être en conflits. Ce qui ne constitue pas un bon exemple pour la responsabilisation et l'évaluation du rendement de ces hôpitaux. Le rôle de surveillance du CA devient inefficace et se reflète dans les réponses concernant la sélection, la surveillance et la discipline des PDG/cadres supérieurs et médecins. Même si tous les CA d'hôpitaux à but lucratif ont cité l'intégrité des états financiers comme l'une de leurs principales fonctions, la sélection de l'auditeur externe et l'absence d'un

comité d'audit dans la plupart des cas a parfois soulevé des doutes quant à l'efficacité du processus. Les CA d'hôpitaux à but non lucratif ont obtenu de meilleurs résultats en termes de suivi du PDG, d'existence d'un comité d'audit et de sélection des auditeurs externes.

Nos verbatims nous ont dévoilé des différences claires en ce qui concerne la communication avec la communauté hospitalière, où les hôpitaux à but lucratif ont obtenu des résultats beaucoup plus faibles quant à la divulgation d'informations et la communication avec les différentes parties prenantes. Cela peut suggérer que les hôpitaux à but lucratif ne considèrent pas qu'elles doivent rendre des comptes à la communauté. C'est dire que les deux types d'organisations sanitaires étudiées n'ont pas des représentants directs de la communauté ou des parties prenantes au sein de leur CA. Ceci est particulièrement important pour les hôpitaux sans but lucratif, où la considération financière n'est qu'une des nombreuses préoccupations dans la prise de décision, et où l'hôpital est au service d'une communauté diversifiée. La communauté peut avoir un intérêt direct ici, en termes de surveillance de l'accès, de la qualité, de l'équité sociale et des coûts, et de la confirmation de l'existence de services de soins aux patients fondés sur des valeurs distinctives.

Parallèlement, les CA des hôpitaux à but lucratif sont davantage impliqués dans les opérations hospitalières, le service médical et le conflit patient/médecin. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le PDG est souvent le président du conseil d'administration (PCA) et possède l'expertise médicale et les connaissances opérationnelles nécessaires. D'où, la mise en évidence de l'avantage potentiel d'avoir des initiés au CA (Larson, 2015). En outre, les hôpitaux privés à but lucratif bénéficient d'une structure organisationnelle intégrée en raison de la petite taille et du fait que le PDG est souvent membre de l'équipe médicale et PCA. Cet avantage pourrait conduire à une qualité des services et l'amélioration de l'efficacité (Eeckloo et al, 2014) afin que les initiés puissent également jouer un rôle plus efficace dans la compréhension et l'impact de la gouvernance de ces hôpitaux.

Certains dirigeants répondants ont saisi un lien symétrique entre la RSE et la GE qu'ils ont logé dans la coordination des comportements, ainsi que dans la convergence des valeurs des différentes parties prenantes des hôpitaux. Cependant, la RSE étant une partie intégrante de l'image des hôpitaux et de leur légitimité, des actions RSE par la communication interne et externe sont indispensables à la démarche d'une gouvernance adéquate. L'amplification d'une telle démarche favorise l'accroissement des pratiques de RSE et de GE au sein des hôpitaux car, dans leur évolution, cette gouvernance est garantie à la fois par l'éthique et les valeurs des dirigeants et du personnel, mais également de leur structure organisationnelle. En

conséquence, selon les dirigeants répondants, une gouvernance adéquate exige l'amélioration persévérante des conditions du travail, autorise des changements et une nomenclature visible des fonctions entre le CA et la direction. Les dirigeants des hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif doivent intégrer les principes et valeurs de RSE et de gouvernance s'ils veulent résister aux externalités. La mise en place d'une gouvernance pertinente permettrait de placer leurs espérances dans une perspective plus sereine et radieuse d'autant que certains répondants sont précautionneux sur un éventuel retour sur investissement. C'est davantage un état d'esprit à faire évoluer que des normes à mettre en place, dans une recherche de relation gagnant-gagnant, en s'interrogeant sur les possibilités d'agir. La régulation de la gouvernance doit donc être pensée simultanément à des niveaux différents et doit intégrer l'articulation avec les différentes communautés qui constituent autant de parties prenantes. La GE trouve ici une articulation logique avec le concept de RSE.

En somme, les hôpitaux béninois à but lucratif et à but non lucratif semblent courir des risques. Les hôpitaux à but lucratif devraient évoluer vers un CA plus indépendant et une représentation directe des professionnels de la santé, couplée à une attention à la gestion des risques et aux préoccupations des patients. Tandis que les hôpitaux à but non lucratif devraient impliquer une représentation plus directe des parties prenantes et de la communauté puis inclure des membres du CA possédant l'expertise et les connaissances médicales requises pour diriger et surveiller une initiative de gouvernance clinique.

CONCLUSION

Cette recherche consistait à explorer la nature et le niveau de compréhension et d'adhésion aux meilleures pratiques de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) et de Gouvernance d'Entreprise (GE) dans les organisations béninoises de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif. En Afrique subsaharienne, l'une des principales raisons pour lesquelles les organisations sanitaires manquent d'une meilleure gouvernance est que les meilleures pratiques de RSE et de GE ne sont encore que des recommandations et ne sont pas hiérarchisées ou évaluées sérieusement. La dimension empirique de cette recherche a permis d'évaluer les pratiques de la RSE et la gouvernance adoptées dans les hôpitaux béninois à but lucratif et à but non lucratif puis, a mis en lumière l'impact de meilleures pratiques de la RSE sur le mode de gouvernance dans ces hôpitaux. Pour ce faire, nous avons opté pour une recherche primaire interprétative impliquant des entretiens approfondis basés sur un

questionnaire semi-structuré qui comprenait à la fois des questions fermées échelonnées qui étaient pré-codées et certaines questions ouvertes, pour évaluer les opinions et les perspectives des responsables clés des soins de santé interrogés sur des questions pertinentes. Certaines questions d'entrevues ont recueilli des données factuelles tandis que d'autres ont permis une réflexion et une interprétation personnelles.

Nos observations et résultats ont indiqué que les hôpitaux béninois ont encore du chemin à parcourir pour promouvoir ou mettre en place un système de gouvernance conforme aux recommandations des meilleures pratiques de gouvernance. D'ailleurs, il n'y a pas de transparence au sens propre du terme, ni de protection suffisante des actionnaires minoritaires et d'aucune des parties prenantes, ni de véritable séparation entre la propriété et le contrôle, ou entre le contrôle et la supervision. Même l'esprit d'une meilleure gouvernance faisait défaut dans des hôpitaux qui présentaient de meilleures structures de gouvernance, ou qui manquaient de détails qui garantiraient l'objectivité et la responsabilité à divers niveaux.

Bien qu'il soit préférable de disposer de lignes directrices générales pour une pratique de gouvernance saine, large et complète, certains détails devraient rester spécifiques à l'hôpital, au moins dans un avenir prévisible, et la propriété et le contrôle ne devraient pas subir de changements radicaux. Le véritable moteur d'une meilleure gouvernance devrait résulter de la conviction des décideurs hospitaliers qu'une meilleure gouvernance améliorerait les performances des hôpitaux publics, même privés, simplement parce qu'une meilleure gouvernance aiderait à réduire les coûts et à optimiser les opérations, sans parler de l'effet favorable qu'elle entraînerait. À une époque où les résultats en matière de qualité et de sécurité des établissements de soins de santé sont sous les projecteurs, et compte tenu de la nature sensible des services fournis dans ce secteur, les appels à une meilleure gouvernance et à une responsabilité accrue ne risquent pas de décliner. Bien au contraire, nous attendons un examen plus approfondi et des attentes croissantes auxquelles toutes les organisations de soins de santé à but lucratif et sans but lucratif devront participer dans tous les pays sans exception. Les principes de RSE et de GE développés dans le monde de l'entreprise fournissent un cadre de référence complet auquel le secteur hospitalier doit donner sa propre interprétation. L'imputabilité, la transparence et la responsabilité sont clairement les maîtres mots de ce système, le conseil d'administration étant le moteur ou l'agent clé du changement. Comme le disent succinctement Braithwaite et Travaglia (2018), « (...) au bout du compte, il s'agit de travailler vers l'excellence clinique et organisationnelle. Aucun conseil d'administration ou groupe de direction ne devrait vouloir se contenter de rien de moins ». Une bonne stabilité qui

découle d'une meilleure gouvernance et d'un bon comportement responsable à l'égard des parties prenantes confère un meilleur positionnement stratégique de toutes les organisations sanitaires béninoises à long terme.

Il est essentiel que l'approche d'une meilleure gouvernance ne paralyse pas une entreprise quelle qu'elle soit, mais joue plutôt un rôle de soutien. Des recherches plus poussées aideront à affiner les meilleures pratiques pour le système de gouvernance des hôpitaux béninois en général. Tout meilleur système de gouvernance introduit dans les milieux hospitaliers ravive l'éthique et les valeurs sociales liées au serment d'Hippocrate qui ne devraient jamais être perdues de vue dans la recherche de profits économiques tout en recommandant l'objectif humaniste permanent de la qualité des prestations de soins de santé. Toutes les entreprises contemporaines sont censées contribuer d'une manière ou d'une autre à la communauté. Il ne suffit pas d'être une organisation à but non lucratif pour qu'un hôpital à but non lucratif soit considéré comme remplissant un rôle social, ni pour être responsable de manière réactive. Les hôpitaux devraient être des modèles proactifs, se concentrant sur l'augmentation de la sensibilisation, la promotion de la prévention et l'organisation d'événements communautaires pertinents aux problèmes médicaux. Par conséquent, l'application des principes de meilleure gouvernance et de responsabilité sociale est cruciale dans l'espérance de progrès significatifs des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Balding C. (2015). Strengthening clinical governance through cultivating the line management role. Australian Health Review. Vol. 29 N°3, pp. 353-9.

Bhimani A. et Soonawalla K. (2005). De la conformité à la performance: le continuum des responsabilités de l'entreprise. J. Compte. Public Policy, 24, pp. 165-174.

Braithwaite J. et Travaglia J. F. (2018). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. Australian Health Review. Vol. 32 N°1, pp. 10-22.

Brickley J., Van Horn L. et Wedig, G. (2013). Board structure and executive compensation in non-profit organizations : evidence from hospitals'. Paper presented at Organizational Economics of Health Care Conference. Simon Graduate School of Business Administration Rochester. NY.

Cadbury A. (2020). The corporate governance agenda. Corporate Governance. Vol 8 N°1, pp. 7-15.

Carroll A. B. (1979). A Three Dimensional Conceptual Model of Corporate Performance. Academy of Management Review. Vol 4, n°4, pp. 497-505.

Drucker P. (1989). What business can learn from non-profits. Harvard Business Review, July/August, pp. 88-93.

Duckett S. J. (2017). A new approach to clinical governance in Queensland. Australian Health Review, Vol. 31, pp. S16-S19.

Duncan-Marr A. & Duckett S. J. (2015). Board self-evaluation: the Bayside Health experience. Australian Health Review. Vol. 29 No3, pp. 340-4.

Eeckloo K., Van Herck G., Van Hulle C. et Vleugels, A. (2014). From corporate governance to hospital governance : authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. Health Policy. Vol. 68, pp. 1-15.

Elkington, J. (1998). Cannibales avec fourches : le triple résultat des affaires du 21^{ème} siècle. Gabriola Island : New Society Publishers.

Garvey G. et Swan P. (1992). The interaction between financial and employment contracts : a model of Japanese corporate governance. Journal of the Japanese and International Economics. Vol. 6, pp. 247-74.

Gray R., Javad M., Power D. M. et Sinclair C. D. (2021). Social and environmental disclosure and corporate characteristics : A research note and extension », Journal of Business Finance & Accounting. Vol 28, n°3-4, pp. 327-356.

Hoetker G. (2014). Choice and Performance of Governance Mechanisms: Matching Contractual and Relational Governance to Sources of Asset Specificity. Working Paper University of Illinois at Urbana-Champaign. College of Business, November.

Jamali, D., Safieddine, A. and Rabbath, M. (2008). Corporate governance and corporate social responsibility : synergies and inter-relationships. Corporate Governance: An International Review, Vol. 16 No. 5, pp. 443-59.

Khan M. D. Halabi, H.U.Z. (2017). The effect of corporate governance elements on corporate social responsibility (CSR) reporting. International Journal of Law and Management, 52(2), pp. 82-109.

Larson L. (2015). Who does it better ? The corporate versus the non-profit governance model. Trustee, May, pp. 12-16.

Livre vert de la Commission des Communautés européennes (2011) : promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises. Office des publications officielles des Communautés européennes.

Luetkenhorst W. (2014). Corporate social responsibility and the development agenda. *Intereconomics*, Vol. 39 No. 3, pp. 157-68.

McFarlan F.W. (2019). Working on non-profit boards. Don't assume the shoe fits. *Harvard Business Review*, November/December, pp. 65-80.

Meyers S. (2008). Cultivating trust : the board medical staff relationship'. *Trustee*, December, pp. 8-12.

Nakou Z. D. et Simen S. F. (2021). La gouvernance, levier de la performance des entreprises publiques béninoises. *Revue Française d'Economie et de Gestion*. Volume 2 : numéro 3, pp : 13-38.

OCDE (2015). Lignes directrices de l'OCDE sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques.

Orlitzky M., Siegel D. S. et Waldman D. A. (2021). Strategic corporate social responsibility and environmental sustainability. *Bus. Soc.* 50 (1), pp. 6-27.

Page J. (2015). Corporate governance and value creation. Research Foundation of CFA Institute. University of Sherbrooke. Québec.

Pérez A., del Mar Garcia de los Salmones M. et Lopez C. (2015). Corporate Reputation in The Spanish Context : An Interaction Between Reporting to Stakeholders and Industry. *J. Bus. Ethics*, 129, pp. 733-746.

Porter M. E. et Kramer, M. R. (2006). Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*, 84, pp78-92.

Rijpens J. (2020). La gouvernance des entreprises sociales. In : Mertens S. (éd.). *La gestion des entreprises sociales*. Edipro. Liège, pp. 219-285.

Snider J., Hill R.P. et Martin, D. (2013). Corporate social responsibility in the 21st century : a view from the world's most successful firms. *Journal of Business Ethics*, vol. 48, pp. 175-87.

Turyakira P., Venter E. et Smith, E., (2014). The impact of corporate social responsibility factors on the competitiveness of small and medium-sized enterprises. *S. Afr. J. Econ. Manage. Sci.* 17 (1), pp. 157-172.

Weil T. P. (2013), "Governance in a period of strategic change in US healthcare", *International Journal of Health Planning and Management*, vol 18, pp. 247-65.

Wilson R. (2012). Leadership and governance : what's Enron got to do with it ? *Trustee*, available at : www.hospitalconnect.com/jsp (accessed February 12, 2004).