



Université Mouloud Mammeri De Tizi-Ouzou



Faculté Des Sciences Economiques, commerciales et des sciences de gestion

Département Des Sciences Financières et Comptabilité

Mémoire :

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Financières et comptabilité

Option : Audit et contrôle de gestion

Thème

La mise en place de l'audit interne et la gestion d'une structure hospitalière publique Cas : L'EPH AZAZGA

Présenté par :

HALICHE Ghenima
ZERROUKI Meriem

Dirigé par :

M^r FELFOUL Saadi

Membres de jury

Président : MADOUCHE Yacine, M.A.A, UMMTO.
Examineur : ARHAB Samir, M.A.A, UMMTO.
Rapporteur: FELFOUL Saadi, M.A.A, UMMTO.

Promotion 2018

Remerciements

Tout d'abord nous tenons à remercier le bon Dieu de nous avoir donné du courage et de la patience afin de réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à notre promoteur FELFOUL Saadi. Merci à vous de nous avoir encadrés, orientés, aidés et conseillés. Sans oublier son adorable femme.

Nous adressons notre sincère remerciement à tous les professeurs, Mr AMIAR, Mr ARAHB Samir, Mr MADOUCHE Yacine, Mr CHALANE Smail, KACER Omar pour leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidés nos réflexions et ont accepté de nous rencontrer et répondre à nos questions durant nos recherches.

Nous remercions également tout le personnel de L'EPH, en particulier la direction, et les bureaux de DFM, madame DANNONE, ARKAM Samia, BELKESSAM Nacira, MESSAOUI Samia, Flora, qui nous ont accueillis chaleureusement au cours de notre stage, pour leurs immenses aides et leurs conseils qui nous ont étaient précieux.

Nous manifestons également notre grande reconnaissance aux membres de jury qui m'ont fait l'honneur de participer à l'évaluation de ce travail.

Nos profonds remerciement à nos familles HALICHE et ZERROUKI et les proches, les ami(e)s qui nous ont soutenu et ont contribué la réalisation de ce travail.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de près ou de loin à son accomplissement.

Je dédie ce travail, à tous ceux que je porte

Dans mon cœur :

À ma chère maman ;

A toi qui joue le rôle d'une mère et d'un père, de mon respect, aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour que je porte pour toi.

Je t'offre mon travail pour te remercier sur tous ce que tu m'as fait.

Que dieux te protège et te garde pour nous.

À mon cher papa ;

Papa ! Oui, je suis arrivée à travers le chemin que tu m'as tracé Le destin m'a pas donné la chance de t'offrir quelque chose pour te remercier sur tes sacrifices,

Aujourd'hui, je t'offre ce travail.

Tu es toujours dans mon cœur.

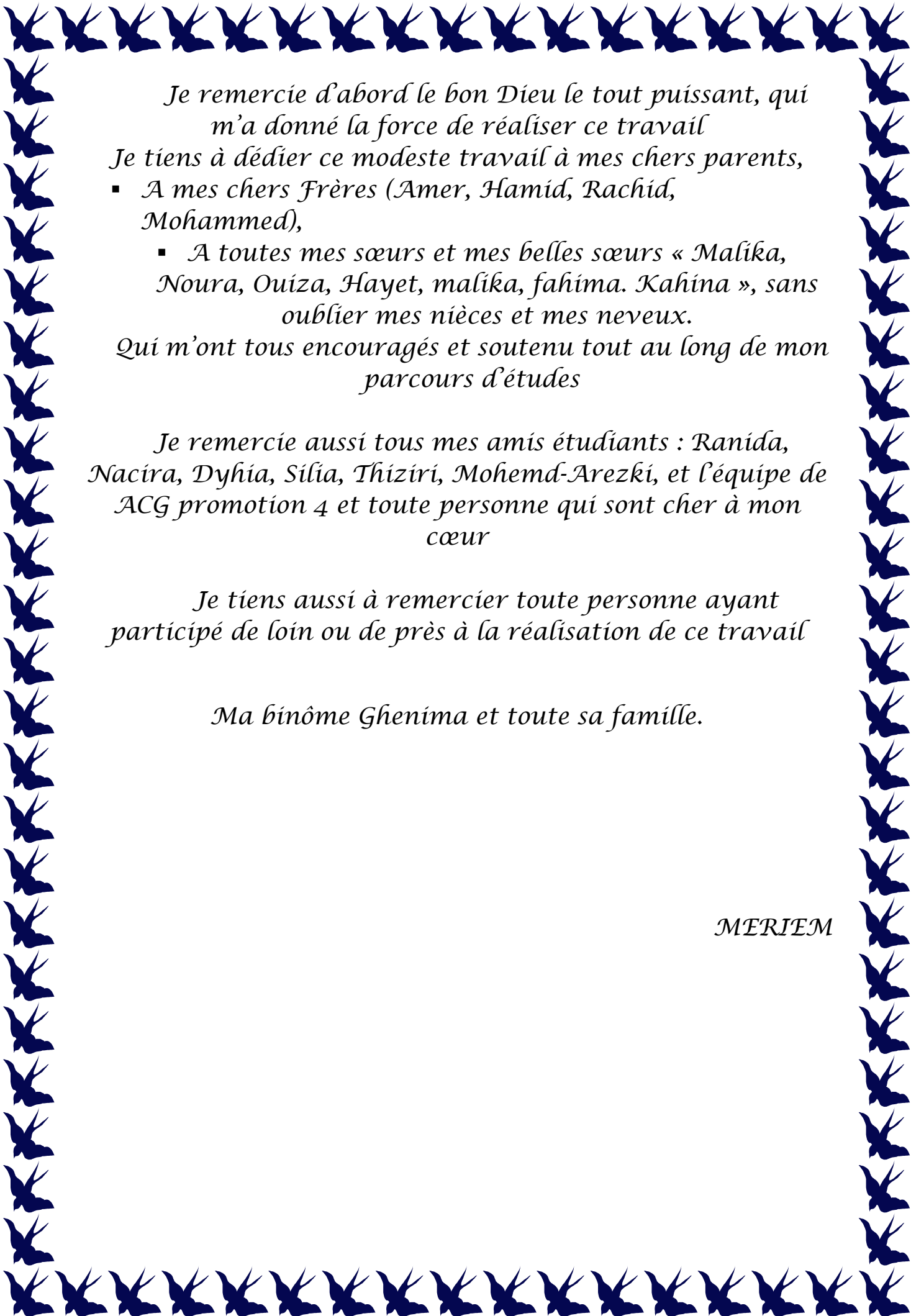
Que dieux t'accueille dans son vaste paradis.

- *À mes chères sœurs « Cherifa, Lynda, Maya, et leurs maris » ;*
- *À mes chères frères « Hacene, Sami, Ghilas et leurs femmes »*
- *À mon chère fiancé « Abdou et sa famille »*
- *À mes petits neveux et nièces*
- *À mes très chères amis « Lyna, Hadjer, Karima, Cici,... »*

Aux personnes qui m'ont toujours aidée et encouragée, qui étaient toujours à mes côtés, et qui m'ont accompagné.

A ma binôme Meriem et toute sa famille.

Ghenima



*Je remercie d'abord le bon Dieu le tout puissant, qui
m'a donné la force de réaliser ce travail
Je tiens à dédier ce modeste travail à mes chers parents,*
▪ *A mes chers Frères (Amer, Hamid, Rachid,
Mohammed),*
▪ *A toutes mes sœurs et mes belles sœurs « Malika,
Noura, Ouiza, Hayet, malika, fahima. Kahina », sans
oublier mes nièces et mes neveux.*
*Qui m'ont tous encouragés et soutenu tout au long de mon
parcours d'études*

*Je remercie aussi tous mes amis étudiants : Ranida,
Nacira, Dyhia, Silia, Thiziri, Mohamed-Arezki, et l'équipe de
ACG promotion 4 et toute personne qui sont cher à mon
cœur*

*Je tiens aussi à remercier toute personne ayant
participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail*

Ma binôme Ghenima et toute sa famille.

MERTEM

LISTE DES ABREVIATIONS

AH : Audit Hospitalière
AI : Audit Interne
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDRS : Agence Nationale de Développement de la Recherche en Santé
ANDS : l'Agence Nationale de Développement de la Santé
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CA : Conseil d'Administration
CHU : Centres Hospitalo-universitaires
CG : Contrôle de gestion
CM : Conseil Médical
COSO : Committee Of Sponsoring Organizations
DFM : Direction des Finances et des Moyens
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSS : Direction des Services de Santé
DSP : Direction de la Santé Publique
EHS : Etablissements Hospitaliers Spécialisés ;
ENMAS : Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé
ENA : Ecole Nationale d'Administration
EPH : Etablissements Publics Hospitaliers ;
EPSP : Etablissements Publics de Santé de Proximité.
IFACI : l'Institut Française de l'Audit et du Contrôle Interne
IGF : Inspection Générale des Finances
INVS : l'Institut National de Veille Sanitaire
ISO : Organisme International Chargé de Standardiser la Qualité
JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Health care Organisation
OMS : Organisation Mondiale de Santé
ORS : Observatoires Régionaux de la Santé
OPS : Organisation de Production de Soins
PIB : Produit Intérieur Brut
PRNS : Programme National de Recherche en Santé
SIH : Système d'Information Hospitalière
QQOQCCP : Qui, Quoi, Ou, Quand, Comment, Combien, Pourquoi.
3 COH : Système de Triple Comptabilité Hospitalière

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : REFLEXION SURGESTION HOSPITALIERE	6
Section 01 : particularité de la gestion hospitalière.....	8
Section 02 : la mise en place du contrôle de gestion et système comptable hospitalier	22
Section 03 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie	30
Chapitre II : Cadre conceptuel d’audit interne et de l’audit hospitalier	43
Section 01 : Généralité sur l’audit interne.....	45
Section 02 : Audit hospitalier, sa relation avec la gouvernance et les motivations de sa mise en œuvre	54
Section 03 : L’implantation d’audit interne au sein des hôpitaux Algérien.....	67
CHAPITRE III : LA MISE EN PLACE DE L’AUDIT INTERNE DANS UNE STRUCTURE HOSPITALIERE PUBLIQUE CAS : EPH AZAZGA	80
Section 01 : Présentation de l’organisme d’accueil	82
Section 02 : les résultats d’enquête et la proposition d’architecture du service d’audit interne	93
Section 03 : Plan d’action et outils de travail du service d’audit interne	107
CONCLUSION GENERALE	112
BIBLIOGRAPHIE	
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	

Introduction générale

Introduction générale

Avec l'apparition de nouvelles maladies qui n'étaient pas fréquentes il y a quelques années dans notre société, le recours aux structures publiques de soins est de plus en plus fréquent, cela fait que, la population demande plus de soins. Le secteur de la santé se voit donc forcément contraint à une plus grande maîtrise de ses moyens et de ses budgets. L'hôpital doit s'interroger sur la pertinence de ses activités, sur son mode d'organisation interne, ses outils de gestion, ses règles et procédures pour être efficace et performant.

Toutefois, les statistiques mondiales affirment une réalité majeure qui inquiète l'ensemble des instances dirigeantes des différents pays du monde : les dépenses de santé prennent une part de plus en plus importante dans le produit intérieur brut (PIB) et croissent plus rapidement que ce dernier. Les économistes tentent alors d'analyser les problèmes de santé tout en s'interrogeant sur les causes de la croissance des coûts sanitaires en essayant d'apporter quelques solutions adéquates.

Le système de santé en Algérie souffre de plusieurs contraintes et dysfonctionnements. Ces derniers font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion et mauvaise répartition des tâches) et externes (liées aux problèmes d'environnement, de financement, de relation avec la tutelle, etc.). Pour cela, l'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers et mis en place des procédures modernes de gestion hospitalière, qui visent notamment à rendre la gestion des hôpitaux plus rationnelle et à permettre ainsi une amélioration de la performance et l'efficacité de la réforme du contrôle et de la gestion des hôpitaux. Les établissements publics de santé doivent pouvoir davantage s'adapter à leur environnement pour mieux répondre aux besoins de la population.

L'autonomie de gestion d'une entreprise publique nécessite une bonne maîtrise des performances de gestion. En effet, la bonne maîtrise des performances de gestion nécessite de disposer d'un système de contrôle efficace, comprenant l'audit interne, le contrôle de gestion, le suivi, l'évaluation et l'amélioration continue de la performance.

L'hôpital public n'a pas pour but de dégager un profit en fin d'année. Dès lors, il faut améliorer son mode de fonctionnement et sa performance. Pour cela, il est nécessaire de développer la culture d'audit qui est l'un des outils de modernisation des pratiques et de rectification des erreurs. Il constitue un des instruments dont nous disposons en management public pour renforcer le niveau de performance de l'hôpital public.

Introduction générale

Selon Raymond, BÉTHOUX. & al, l'audit interne est « une fonction indépendante d'appréciation, mise en place dans une organisation et fonctionnant comme un service de l'organisation, pour examiner et évaluer ses activités. L'objectif de l'audit interne est d'assister les membres de l'organisation dans l'exercice de leurs responsabilités. A cette fin, l'audit interne leur fournit des analyses, des appréciations, des recommandations, des consultations et informations concernant les activités examinées ».¹

Pour cela l'audit interne est un dispositif nécessaire au bon fonctionnement de tous les services pour la satisfaction des exigences de la bonne gouvernance et la maîtrise des risques liés à la gestion des établissements publics de santé.

En outre, les hôpitaux publics algériens comme nous l'avons dit précédemment souffrent de plusieurs problèmes et dysfonctionnements, dont il est important de connaître les origines et les facteurs qui les causent afin d'agir sur eux. Le développement d'un système d'audit hospitalier apporte une réponse à cette dernière. Il permet de donner une vision claire sur les facteurs qui causent les dysfonctionnements. Donc, il fournit plus d'informations aux dirigeants, ce qui réduit l'incertitude des connaissances et les aide dans leur prise de décision. En d'autre terme, il contribue à l'amélioration de la gouvernance hospitalière.

Malheureusement l'audit interne ne connaît pas encore une application dans nos établissements publics de santé. Cependant, un intérêt a été manifesté par la plus haute autorité du ministère de la santé pour sa création dans les établissements publics autonomes de santé.

L'Etat est devenu exigeant vis-à-vis des hôpitaux. Ainsi, pour respecter ces impératifs de résultats, un bon fonctionnement est nécessaire et exige des dispositifs administratifs, de bonnes organisations et exécutions des tâches dont la mise en place des services d'audit interne.

Les hôpitaux sont donc tenus de revoir leur structuration pour y tenir compte de ce service. Il leur faut donc créer ces structures. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude sous la thématique : **la mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique.**

L'objectif général de notre étude consiste en la mise en place de l'audit interne dans une structure hospitalière publique,

¹BETHOUX.R, KREMPER.F, POISON. MI'audit dans le secteur public Méthodes et pratique, série « secteur public », Clet Paris, 1986, P 280.

Introduction générale

A partir de là. Nous avons choisi de formuler notre problématique de la façon suivante :

Comment mettre en place une pratique d'audit interne au sein de l'EPH AZAZGA ?

De cette question centrale découle les questions spécifiques suivantes :

- C'est quoi l'objet de la gestion hospitalière ?
- Quelle contribution peut apporter l'audit hospitalier à la gouvernance au fonctionnement et à la performance des hôpitaux publics ?
- Comment mettre en place un plan d'audit interne au sein de L'EPH AZAZGA ?

L'objectif général que nous visions à travers ce thème consiste à mettre en place un service d'audit interne qui sera adapté à la structure hospitalière de L' EPH AZAZGA.

De cet objectif général, nous en déduisons les objectifs spécifiques suivants :

- Faire comprendre le fonctionnement de l'audit interne au sein de l'établissement hospitalier public ;
- Définir la structure du service d'audit interne ;
- Formuler des recommandations afin de mettre en place un service d'audit interne et fournir un plan d'action.

L'intérêt de notre travail

- Pour l'EPH AZAZGA, il lui permettra d'avoir une base sur les formalités à accomplir, dans le but de rendre opérationnel un service d'audit interne aussi bien que les missions, le pourvoir, la responsabilité et l'importance dudit service ;
- Pour le stagiaire, cette étude permettra d'abord de maîtriser les contours de l'audit en général et de l'audit interne en particulier. Elle permettra également d'apporter notre modeste contribution à l'amélioration du système de gestion à l'EPH AZAZGA ;
- Pour le lecteur, ce document lui permettra d'acquérir une connaissance théorique et pratique sur le thème.

Notre méthodologie de travail découle d'une méthode descriptive et d'analyse, dans laquelle nous nous sommes basé sur la collecte des données en relation avec notre thème de recherche :

- La recherche bibliographique (mémoires, thèses, ouvrages, articles, rapports, décrets).
- La consultation des différents sites web.

Introduction générale

- La collecte d'information des différentes administrations et une étude pratique au sien de l'EPH AZAZGA.

Pour parvenir à notre objectif, nous avons réparti notre travail en trois chapitres :

Dans le premier chapitre, nous avons commencé à expliquer la réflexion de la gestion hospitalière, la première section portera sur la particularité de la gestion hospitalière, la deuxième section la mise en place du contrôle de gestion et système comptable hospitalier, enfin la dernière section s'illustrera sur les établissements publics hospitaliers en Algérie,

Le deuxième chapitre nous conduira à présenter le cadre conceptuel de l'audit interne au niveau hospitalier, la première section se focalisera sur les missions de l'audit interne, la deuxième section audit hospitalier et sa relation avec la gouvernance et la motivation des demandeurs, et la troisième section verra l'implantation d'audit interne au sein des hôpitaux Algérien ;

Le troisième chapitre constitue une mise en place de l'audit interne au sien de l'EPH AZAZGA : en premier lieu nous allons présenter de manière synthétique l'organisme d'accueil, en deuxième lieu, les propositions pratiques de l'architecture du service d'audit interne et l'interprétation des résultats de l'enquête menée au sien de l'EPH AZAZGA, et en dernier lieu mettre en place un plan d'action et les outils de travail du service proposé.

Chapitre I : Réflexion sur la gestion hospitalière

Introduction

Le domaine de l'hôpital, fait référence à toutes les activités entreprises dans le cadre de l'hôpital, sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce d'habitude plus de contrôle.

Les établissements hospitaliers accomplissent une mission spécifique par rapport aux autres organisations. Il s'agit d'une mission d'intérêt général consistant à la préservation et à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Suite aux spécificités qui caractérisent les organisations hospitalières, notamment publiques, et la complexité de leur mission, il est nécessaire de veiller à son fonctionnement et sa performance. Donc, il est très important de trouver un outil qui va permettre aux organisations hospitalières de s'améliorer en permanence.

L'hôpital comme toute autre organisation est soumise à des contraintes qui lui imposent de développer sa gestion, il est confronté à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui lui imposent de veiller à son fonctionnement et sa performance.

Dans ce contexte, le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

Ce premier chapitre va s'étaler sur les concepts de la gestion hospitalière ; le contrôle et système comptable hospitalier et enfin la présentation des établissements publics hospitaliers en Algérie.

Section 01 : particularité de la gestion hospitalière

Par rapport aux autres types d'organisations, l'organisation hospitalière est généralement plus complexe à analyser à l'égard des particularités qui marquent ce système.

Dans cette section nous allons prendre connaissance de l'hôpital en se focalisant sur les dimensions suivantes : l'hôpital une organisation à part ; l'hôpital entre la logique du service public et la logique d'entreprise.

1. Définition et typologie de l'hôpital

Avant de présenter la typologie de l'hôpital, nous allons d'abord le définir.

1.1 Définition

L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés qui exigent des plateaux techniques plus au moins sophistiqués. Il fonctionne comme un élément du système national de soins¹.

Par rapport au domicile et au cabinet du médecin, le centre hospitalier présente l'avantage d'avoir :

- Une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- Une surveillance 24 heures sur 24 et sept jours sur sept par le personnel médical et paramédical (infirmiers ou infirmières, aides-soignants(e)s, etc.) ;
- Des compétences (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) pour effectuer les examens et les soins, bloc opératoire, plateau technique.

Par l'importance et la diversité des ressources qu'il mobilise, l'hôpital assure également une fonction d'agent économique. C'est un grand consommateur de ressources et de technologies. Il est la cible d'un grand marché d'industrie pharmaceutique et de technologies médicales.

L'hôpital ne peut s'empêcher d'être également un acteur social en raison des effets externes (la nature de son activité est spécifique et elle a des effets externes, par exemple

¹BELGHITI. A et al : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », RABAT, Royaume-Uni, 2005.p 16. Cit in KADI. M. Thèse de mémoire« Essai d'analyse du rôle de l'audit hospitalier dans la performance des hôpitaux publics : Une illustration à travers l'audit des procédures de prévision budgétaire au niveau du CHU de Béjaïa, » UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA,2012, P32.

: la qualité des soins fournis a des effets sur la vie des personnes soignées) de ses activités et de la notion de service public qu'il cherche à maintenir.

1.2 Typologie de l'hôpital

On peut distinguer les hôpitaux :

- **Les hôpitaux généraux**

Le type le plus connu des hôpitaux est l'hôpital général, qui est mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures. Il a généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé et la capacité d'envoyer dans d'autres services médicaux d'urgence. Un hôpital général est souvent le principal établissement de soins de santé dans sa région, avec un grand nombre de lits pour soins de courte ou de longue durée, il a des installations spécialisées pour la chirurgie, la médecine interne, la pédiatrie et la gynécologie.

- **Les hôpitaux spécialisés**

Les hôpitaux spécialisés sont les centres de traumatologie, des hôpitaux réhabilités pour personnes âgées (gériatrie),... Ils ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques, tels que des problèmes psychiatriques. L'Algérie dispose d'hôpitaux spécialisés en psychiatrie, gynécologie, chirurgie cardiaque.

- **Les cliniques**

Un service médical plus petit qu'un hôpital est appelé clinique. Les cliniques ne fournissent généralement que des services ambulatoires. (Le terme ambulatoire désigne une prise en charge médicale ou dans un service de santé d'un patient sans hospitalisation ou pour une durée de quelques heures.)

2. l'hôpital, une organisation à part

En premier lieu, pour répondre la classification d'un spécialiste du management, en l'occurrence Henry Mintzberg, l'hôpital fait partie, selon lui, d'une structure complexe qui doit répondre à des fonctions diverses: soins, enseignement, recherches, prévention, éducation sanitaire, etc.... cette structure a un caractère médical et social dont la mission consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont ses services extérieurs iraient jusqu'à la cellule familiale; considérée dans son milieu, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche scientifique et sociale².

²Mintzberg. H: « Le pouvoir dans les organisations », Paris, édition d'organisation, 1986, P53.

Au-delà de sa véritable vocation, l'hôpital gère une série d'autres missions obligatoirement liées à la première en vue d'en assurer la bonne fin. Ses tâches à caractère hôtelier, ménages ou techniques sont devenues d'une complexité croissante, ainsi font-elles de l'hôpital une machine dans laquelle l'accessoire risque de prendre le pas sur l'essentiel.

On considère alors l'hôpital comme un système complexe de production multiple, il offre pour chaque malade des produits divers en quantité et de types spécifiques, ces produits qu'ils soient des diagnostics ou thérapeutiques, constituent ce qu'on appelle l'acte médical, ceci se distingue fondamentalement de biens dont traite la théorie économique, sa consommation ne suppose pas toujours un comportement rationnel, il est affecté de multiples incertitudes, incertitude qui pèse d'abord sur la nature même de la maladie, incertitude quant au coût des traitements médicaux que les malades ne peuvent pas prévoir, demeure enfin une grande incertitude individuelle sur la compétence du médecin et l'efficacité aléatoire de ses actes qu'il paraît exclus de rémunérer selon leurs résultats³.

Il n'y a pas d'autres moyens de réduire ces types d'incertitudes que de faire confiance à l'ensemble des praticiens exerçant dans le système de santé, puisque le patient n'est pas en mesure d'évaluer la nature de sa demande, ni son volume, donc la décision du patient seul, mais celle du couple patient/médecin, il s'agit donc d'une décision jointe.

2.1 La structure organisationnelle de l'hôpital

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Cremadez a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle avec.⁴

2.1.1 Le sommet stratégique

Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (direction de santé ...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins ou coordonnateur général des soins.

On évoque que le sommet stratégique dans un hôpital se caractérise par une certaine ambiguïté expliqué Mintzberg par le fait que le directeur d'un hôpital est supposé empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins, ainsi qu'il est nommé par la direction de santé mais responsable de gestion devant un conseil d'administration.

³Colli J-C : « économie et pouvoir médical » édition economica, 1998, P142.

⁴Cremadez. M et Grateau. F : « le management stratégique hospitalier » édition Inter éditions, 1992, P21.

2.1.2 Le centre opérationnel

Il est constitué par les unités de soins et les services médico-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement : client dont il est le patient.

Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

2.1.3 La ligne hiérarchique

Elle assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels. La notion de hiérarchie sous-entend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les médecins et les infirmiers rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs qui sont les chefs de service qui participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général.

Au sein de l'organisation hospitalière la ligne hiérarchique se caractérise par interruption entre le directeur général et les chefs de services médicaux à cause des objectifs contradictoires dont ce point il sera développé par la suite. Cela mène les chefs de services à contester la non intervention directe des directeurs sur l'objectif de base qui est la satisfaction de la clientèle.

2.1.4 La technostructure

La technostructure sert à assurer la coordination par des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie.

A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostructure est réduite. Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

2.1.5 Les personnels de support logistique

Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : transport, nettoyage, restaurant... .Puisque la logistique sert à la collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

2.2 Une dynamique peu axée sur la stratégie

Il est important d'étudier les conséquences sur la dynamique de l'organisation interne de l'hôpital⁵.

2.2.1 Des décisions et une stratégie réactives

A l'hôpital, les décisions prises ne sont que le résultat d'une coalition précaire. Les différences entre acteurs et en particulier entre directeur et médecins ne permettent pas d'élaborer des décisions en fonction d'une stratégie établie, la décision n'est que le produit d'un équilibre momentané des forces en présence. Le directeur général, qui a ce pouvoir de décision, recherche avant tout un consensus à court terme afin de satisfaire les tutelles et le centre opérationnel.

La manipulation est le maître mot dans cette pratique décisionnelle : il s'agit de faire pression de manière assez forte et convaincante afin d'obtenir une décision favorable à son unité. C'est une attitude réactive et non réflexive qui met en péril la cohésion globale de l'hôpital.

2.2.2 Un processus stratégique de type « émergent »

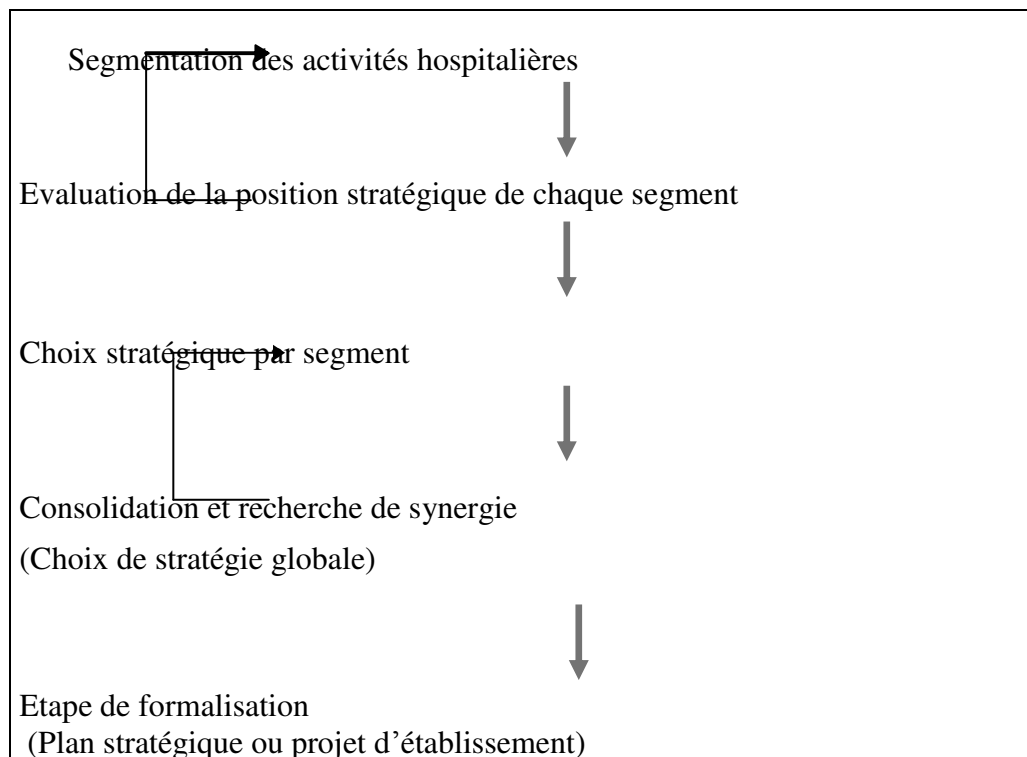
La stratégie de l'organisation hospitalière n'est pas voulue, elle est le fruit de décisions, d'allocations de ressources qui ont un but plus opérationnel que stratégique. La stratégie est dépréciée au profit d'une politique faite d'ajustements quotidiens et non de prospections sur le long terme.

2.2.3 Les choix stratégiques hospitaliers

Les choix stratégiques de l'hôpital s'appuient sur une modélisation désormais considérée comme universelle.

Elle cède à la démarche logique présentée dans la figure suivante

⁵Mintzberg. H, Op cit, p53

Figure 01 : Démarche de choix stratégique

Source : Cremadez.M et Gateau. F : « le management stratégique hospitalier » édition Inter éditions, 1992.

• La segmentation des établissements hospitaliers

La démarche de segmentation des activités est fondamentale pour l'hôpital qui est un lieu où, traditionnellement, l'organisation en départements et en services amène à regrouper artificiellement plusieurs domaines d'activité différents (consultation de médecine interne à orientations très différentes) ou, au contraire, à éclater un même domaine d'activité en plusieurs centres de responsabilité autonomes (lutte contre le sida, cancérologie...).

▪ Les critères de segmentation stratégique :

Comme évoquent Cremadez. M et Gateau. F, la segmentation des activités hospitalières peut se faire selon les critères suivants :⁶

- Les pathologies présentées par les patients : degré de complexité, intrications.
- Les caractéristiques des technologies mises en œuvre : nécessité de disposer d'un plateau technique spécifique, taille de l'investissement compétitif, recours au plateau technique général.
- Les compétences requises : degré de sophistication dans la spécialité,

⁶Cremadez. M et Gateau. F. Optcit, P 132.

pluridisciplinarité (recours aux compétences de divers spécialistes).

- La structure des coûts variables spécifiques par acte technique ou par patient, les coûts fixes spécifiques et les coûts fixes partagés.
- L'analyse de la concurrence rencontrée : type de concurrent, attractivité pour les acteurs de santé (notation Sécurité sociale).
- le type (ou le circuit) de prescription : généraliste libéral, spécialiste libéral, médecin appartenant à une structure hospitalière publique ou privée.
- le type de patient concerné : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle- spécifique, actif ou non actif.
- le besoin satisfait : urgence, diagnostic, soin, suivi, éducation sanitaire, prévention.

Il est ici préconisé une approche stratégique par la pathologie qui reste l'offre de soins primaires, les autres critères permettant d'amorcer une évaluation de la position stratégique par segment.

- **L'évaluation de la position stratégique de chaque segment**

La seconde étape de la démarche de choix stratégique permet d'analyser la position concurrentielle du segment d'activité identifié.

Elle mobilise toutes les informations détenues sur l'environnement externe et interne du domaine d'activité considéré.

- **Le choix stratégique par segment et consolidation**

Le recours au tableau d'analyse concurrentielle permet de visualiser les avantages et les handicaps concurrentiels. Le croisement des critères permet d'affiner la comparaison.

Ainsi, par exemple, une satisfaction forte des clients, croisée avec une notoriété faible, permet de conclure qu'une action marketing ciblée pourra permettre d'accroître la part de marché. De même, une part de marché qui reposerait sur un praticien qui, seul, garantit la compétence dans le segment d'activité reconnue et attractive fait peser un risque sur la domination sur le segment.

Enfin, un segment fortement concurrencé peut s'avérer essentiel en termes de synergie avec d'autres segments ou un segment peu rentable être déterminant pour l'activité d'un autre segment (obstétrique et réanimation néonatale).

C'est de plus à cette étape de la réflexion que l'hôpital, d'ailleurs fortement influencé par les orientations législatives, doit aborder la question des alliances.

Celles-ci peuvent permettre à l'hôpital d'accéder à une nouvelle technologie ou à une

technologie de pointe qu'il ne peut acquérir seul (partage de plateaux techniques), à une capacité de production moins coûteuse (blanchisserie inter hospitalière), à des marchés (nouveaux clients)... Outre les avantages directs que peuvent apporter les alliances (échange de ressources et de compétences entre hôpitaux), celles-ci amènent aussi ce qu'il a été possible d'appeler «Les bénéfices cachés»⁷.

L'approche morcelée par segment doit donc être complétée par une approche globale intégrative qui permet la définition d'une stratégie globale pouvant faire l'objet d'un plan stratégique ou d'un projet d'établissement.

2.2.4 Un management stratégique

Les solutions pour remédier à la complexité hospitalière passent par une évolution de la gouvernance c'est-à-dire la mise au point et le respect des règles qui guident et limitent la conduite de ceux qui agissent au nom de l'hôpital ; mais aussi par un management permettant à chacun de découvrir le domaine d'action de l'autre et de partager des problématiques est essentielle.

Il faut valoriser le fait que le directeur a un rôle stratégique de fond qui est d'accomplir les missions de santé publique dans le cadre du projet d'établissement.

Il est important que les directeurs mettent en avant la stratégie et en fassent un outil de coopération intra institutionnelle. La stratégie est avant tout l'art d'organiser les relations de la structure avec son environnement.

L'intérêt principal de la stratégie est qu'il s'agit d'une approche globale et transversale qui permet ainsi de surmonter les clivages qui séparent les acteurs de l'organisation. En effet l'appropriation de la dimension stratégique par les hospitaliers rend possible l'institution d'un management de proximité au plus proche des activités permettant de remédier à l'éclatement, l'atomisation traditionnelle de celle-ci.

Dès lors, la difficulté est de passer de l'individuel au collectif : tous les acteurs doivent apprendre à se rassembler autour d'un projet. Il revient au directeur d'instaurer cette dynamique de collaboration autour d'un projet.

Aujourd'hui, le management de l'hôpital relève de la capacité à réunir les compétences scientifiques, médicales, techniques, soignantes et managériales.

2.3 Les spécificités d'un hôpital

L'hôpital public est au cœur du système de soins, c'est autour de lui que s'organise la

⁷Innovations résultant de la présentation détaillée des compétences de l'entreprise à son partenaire ; révélation des potentiels d'amélioration grâce à l'application des compétences existantes dans un environnement nouveau et amélioration des performances sous la pression d'un partenaire exigeant

réponse aux besoins de santé de la population, il est un lieu d'excellence ouvert à tous les citoyens, il se caractérise par les spécificités suivantes :

- L'extrême spécialisation en unités indépendantes entre elles, quoique dépendantes d'une coordination et d'une coopération ;
- Coexistence conflictuelle de cultures et de logiques professionnelles différentes ;
- Résultats des actions très peu mesurables ;
- Présence du client dans l'organisation ;
- Climat émotionnel de travail dû aux sentiments d'insécurité et de culpabilité devant la maladie et la morbidité.

2.4 L'hôpital et le facteur humain

L'hôpital comme tout groupe humain, est un lieu de tensions, de conflits et de passion, mais ce qui le distingue c'est d'être partagé entre trois pouvoirs légitimes :

- Le pouvoir des soignants (médecins, infirmiers) ;
- le pouvoir de la direction ;
- pouvoir de la tutelle.

Ces pouvoirs s'affrontent chacun défendant sa logique propre rationnelle et légitime de son point de vue, ces affrontements ont souvent suscité des situations de rivalité et de blocage, créant ainsi un contexte de bataille avec des vainqueurs et des vaincus momentanés ou durables selon le cas, cet environnement conflictuel porte un grand préjudice à la qualité, au progrès, à la motivation, et même dans certain cas à la sécurité du processus du travail qui est aussi capital que dans un grand aéroport ou dans une centrale nucléaire⁸.

Dans la culture hospitalière, on trouve un type de management hyper-affectif qui a pour moteur fondamental la recherche de l'affection des subordonnés, il privilégie les valeurs affectives par rapport aux valeurs professionnelles ; bien entendu, il est évident que l'intuition, la sensibilité aux sentiments des autres, le charisme... sont nécessaires au bon management, mais ce genre de management ne peut résoudre les tensions de groupes et les conflits interpersonnels⁹.

2.5 Les missions d'un hôpital

⁸ Gonnet.F, « Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir » édition Masson, 2002, P125.

⁹ Blake et Mouton : « la 3^{ème} dimension du management » Paris, édition organisation, 1987, p61.

L'hôpital est considéré comme le pivot du système de santé, doté de mission de service public, il est chargé de responsabilités très larges en matière sanitaire.

L'hôpital est le lieu de recours traditionnel et quasi obligé pour les affections graves, mais il accueille et soigne également de façon croissante des malades présentant des pathologies bénignes.

Le service hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence des malades, des blessés. De plus, l'hôpital assure la formation d'une grande partie des professionnels de la santé et constitue un lieu privilégié de la recherche médicale.

Par l'importance et la diversité des ressources qu'il mobilise l'hôpital assure également un rôle d'agent économique, c'est un grand consommateur de ressources et de technologies, il est la cible de grands marchés commerciaux, notamment ceux liés aux produits pharmaceutiques et à la technologie biomédicale.

Ainsi, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins, au fil du temps ses missions et ses fonctions se sont étendues, alors même que le fonctionnement de l'hôpital public est soumis à des contraintes économiques et réglementaires de plus en plus fortes confronté au défi de « soigner le mieux possible et au meilleur coût »

L'hôpital public tente aujourd'hui de réconcilier sa tradition humaniste à l'approche économique qui vise à mieux gérer ses ressources financières et humaines. Le service public hospitalier a pour obligation d'assurer ou de concourir à :

2.5.1 La prévention

L'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseaux avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé, comme les centres de lutte contre le cancer. Les hôpitaux sont donc bien placés pour faire se rencontrer les logiques curatives et préventives, en contribuant à sensibiliser des publics très hétérogènes : les usagers bien sûr, les visiteurs et les professionnels qui y travaillent.

A l'hôpital, les principaux projets de promotion de la santé concernent souvent l'éducation à la santé des patients. Il accompagne le patient dans sa vie privée, familiale et sociale. L'hôpital intervient par exemple dans la prévention de l'obésité, de l'alcoolisme, du tabagisme ou encore dans la promotion de la sécurité routière.

Dans le cas algérien, parmi les tâches qui sont confiées à l'hôpital, se trouve celle de prévention. Et il est doté d'un service qui s'en charge de celle-ci. Mais concrètement, il n'est pas vraiment actif en matière de prévention et de promotion de la santé, il s'est développé beaucoup plus dans l'aspect curatif que préventif.

2.5.2 La qualité des soins

L'hôpital met en place un système permettant d'assurer la qualité des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

En contrepartie de son financement public, l'hôpital doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

En milieu hospitalier, la qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis.¹⁰

2.5.3 L'hôpital public : une mission de formation

Si les facultés de médecine et les différentes écoles de formation du personnel infirmier sont chargées de dispenser l'enseignement médical et paramédical, l'hôpital reste le lieu privilégié pour mettre en pratique les connaissances théoriquement acquises par la formation du personnel médical et paramédical durant le cursus de leurs études.

2.5.4 Mission de recherche médicale

La recherche menée dans les hôpitaux publics est à la fois un mode privilégié et anticipé d'accès à l'innovation pharmaceutique et aux dispositifs médicaux pour le patient, et un vecteur de formation continue pour les personnels médicaux et soignants, elle participe à renommée, à l'évaluation et à l'excellence des soins dispensés dans les établissements hospitaliers¹¹

2.5.5 La sécurité

L'hôpital participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance (contrôle) destiné à garantir la sécurité sanitaire. La vigilance, en matière sanitaire, est devenue un objectif fondamental de l'État. En Algérie, Un certain nombre d'instances ont été créées pour assurer cette mission, on peut comme exemple : direction de prévention du ministre de la santé, institut nationale de santé publique (INSP), service de prévention des DSP par chaque wilaya.

¹⁰Daubech. L : « Le malade à l'hôpital, droits, garanties et obligation » action statères, 2000, p157

¹¹Le livre blanc de la recherche clinique dans les CHU « des ambitions pour la recherche médicale française » conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires, décembre 2004, p 5.

3. L'hôpital entre la logique de service public et la logique d'entreprise

Si l'on évoque souvent l'entreprise quand on parle de l'hôpital il n'en demeure pas moins que celui-ci est marqué par des missions de service public ¹²:

- Il ne peut choisir son marché ni être maître de ses dépenses et de ses recettes ;
- Il obéit à des règles administratives : le personnel est soumis par exemple au statut de la fonction publique ;
- Des lois et des décrets divers définissent très précisément ses modalités de fonctionnement ;
- Il est soumis à un contrôle de la tutelle.

S'il est vrai que l'hôpital jouit d'une certaine marge d'autonomie, qu'il s'ouvre un peu aux techniques de gestion qui sont celles de l'entreprise, qu'il a de plus en plus le souci de considérer les patients comme de véritables clients, il ne saurait pour autant être assimilable à celle-ci, pour une raison sociologique, à savoir, le caractère professionnel et public de l'organisation.

Pour les responsables des hôpitaux publics, qui ne semblent pas toujours prêts à adopter des modes de gestion qui exigent de considérer l'hôpital comme entreprise à la recherche d'une efficacité productive, estiment que l'hôpital devrait se préserver de toute logique de profit et de performance économique, pour eux c'est une structure dédiée aux soins pour malades et remplissant ainsi une mission de service public.¹³

Pourtant, l'exemple de l'industrie peut être une source d'enseignement pour l'hôpital, par exemple l'amélioration considérable de la productivité et de la qualité au cours de ses dernières années dans l'industrie venant d'une formalisation de l'information et d'une mise en réseau de celle-ci, et on sait que l'hôpital a accumulé du retard à ce niveau, à l'inverse l'hôpital peut être aussi une source d'enseignement pour le monde industriel car il est aujourd'hui un champ où l'on peut réaliser des expériences répondant à des questions posées

D'une approche de la qualité basée sur la promotion des techniques vers une approche visant la promotion des personnes

L'hôpital pourrait aussi être l'inventeur de ses propres règles de gestion qui auront valeur d'exemple pour l'entreprise surtout que celui-ci avait toujours souffert d'une problématique spécifique qui est maintenant posée à l'entreprise à savoir « la gestion de la singularité à grande échelle » : d'une part il faut admettre de traiter à grande échelle

¹²Stendler. F « le management hospitalier de demain : approche sociologique » la revue hospitalière de France, juillet, 2000, P23.

¹³Charignon. R : « l'hôpital réinventé » revue de gestion hospitalière, décembre, 1998, P566.

l'ensemble des processus pour assurer leur déroulement dans des délais raisonnables, d'autre part, respecter la singularité de chaque cas qui s'exprime à travers les notions de diversité et d'incertitude¹⁴.

Ce double mouvement de singularité et de production à grande échelle cerne ainsi le problème général auquel est confronté toute tentative de rationalisation, par conséquent celle-ci n'est possible qu'à condition de la considérer non strictement sous l'angle de la standardisation mais également sous celui de la coordination.

La gestion hospitalière est entrée dans une logique de résultats inspirés du management des entreprises, dont les maîtres mots sont gouvernance et performance, cette logique a eu principe de nombreux effets positifs tels que l'évaluation et le partage des décisions au sein des directions hospitalières.

3.1 La performance hospitalière

Dans un contexte plus procédurier et de restrictions budgétaires, l'hôpital est contraint de s'interroger sur sa performance.

Si la performance vise à un résultat, à une qualité de service rendu et à l'efficacité, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients sécurité et qualité des soins.¹⁵

- Les critères de performance hospitalière peuvent être définis comme suit :
 - Des soins de qualité aux moindres coûts.
 - Des ressources allouées aux soins utiles.
 - Des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin.
- La mesure de la performance hospitalière se trouve justifiée :
 - Pour le ministère car elle permet de planifier et d'allouer équitablement les ressources en fonction des besoins.
 - Pour l'hôpital car la mesure des résultats va permettre d'évaluer les actions entreprises, de les adapter si besoin et de justifier les orientations stratégiques.
 - Pour le personnel à travers de la reconnaissance du travail fourni qui devient un facteur de motivation.

Enfin pour les patients qui verront par cette évaluation continue des résultats, un facteur de crédibilité de l'hôpital.

¹⁴Charignon. R Op cit, P572.

¹⁵BENCHIKHA.F.Z, magister en management Option : Stratégie, Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew, 2012, P 24.

Les gestionnaires hospitaliers se trouvent donc face à de nouvelles problématiques, déjà connues du monde de l'entreprise celles du pilotage de la performance dans un objectif de création de valeur. Ces derniers vont donc utiliser les mêmes outils de management de la performance que ceux utilisés par le monde de l'entreprise, qu'ils vont adapter à leurs besoins spécifiques.

Section 02 : la mise en place du contrôle de gestion et système comptable hospitalier

Les hôpitaux publics sont soumis à des contraintes qui leur imposent de développer le contrôle de gestion. Il constitue un moyen pour mettre en œuvre des outils et des méthodes permettant de réaliser ces objectifs et de piloter la performance des hôpitaux.

Définir un plan d'action et mobiliser des moyens nécessaires ne garantit pas des résultats conformes aux objectifs. Elles doivent être accompagnées par un système de contrôle de gestion pour contrôler cette délégation de responsabilité. Le contrôle de gestion est indispensable à toute démarche dans l'hôpital.¹⁶

1. Les problèmes de la gestion hospitalière des hôpitaux et la nécessité du contrôle de gestion

Chaque hôpital est confronté à plusieurs problèmes voilà quelques-uns :

1.1 Le budget

Un budget doit être géré, cela semble évident par des responsables compétents, des professionnels, mais hélas ce n'est pas le cas dans les établissements hospitalier public Algérien, car quand ils gèrent le budget ils ne prennent pas en considération :

- Les modalités des fonctionnements de l'hôpital ;
- Les objectifs généraux et particuliers ;
- Les coûts des différentes prestations, ainsi que les coûts des produits, du matériel et de l'équipement qu'ils utilisent ;
- Chercher la maîtrise de leur dépense, ceci par un Feed-back¹⁷ qui est devenu classique et familier à tout économe sanitaire ou hospitalier étranger ;
- Le budget global de l'hôpital et de son propre service.

1.2 Le personnel

Les problèmes de comportement humain, de motivation, de compétence qui influence négativement sur la gestion hospitalière.

1.3 L'équipement

L'absence de personnel pour l'utilisation du matériel hospitalier, le mauvais entretien des équipements hospitaliers.

¹⁶SALHI. N, Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) : potentiel, état des lieux et perspectives : Cas de l'EPH de SIDI AICH Master en Sciences Economiques- option Economie de la santé, université de Béjaïa, 2012, P20.

¹⁷C'est l'action par laquelle le receveur d'une consigne renvoi une confirmation de compréhension ou un compte rendu d'exécution à l'émetteur initial. Il s'agit donc d'une action « retour »

2. Concept de contrôle de gestion

Depuis les années 1980, l'environnement économique des entreprises a radicalement évolué et un ensemble d'outils du contrôle de gestion innovants ont été développés pour fournir aux managers l'information pertinente en temps utile¹⁸.

2.1 Définition du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion comprend un aspect « contrôle » (maîtrise d'une situation) et « Gestion » (optimisation des moyens rares mis à disposition).

- Pour Henri Bouquin, le contrôle de gestion comprend « les dispositifs et processus qui garantissent la cohérence entre la stratégie et les actions concrètes et quotidiennes. »¹⁹
- Pour Robert Newton Anthony,
 - a. le contrôle de gestion est : «le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation ».²⁰
 - b. le contrôle de gestion est« le processus mis en œuvre au sein d'une entité économique pour s'assurer d'une mobilisation efficace et permanente des énergies et des ressources en vue d'atteindre l'objectif que vise cette entité »²¹

Le contrôle de gestion apparaît d'abord comme une forme de contrôle qui s'exerce dans une organisation, traditionnellement dans les entreprises.

Il coexiste avec d'autres types de contrôle :

- le contrôle hiérarchique : c'est la relation directe qui lie le supérieur à son subordonné ;
- le contrôle par la culture (culture d'entreprise, culture professionnelle...) ;
- le contrôle par les règlements ;
- le contrôle d'exécution : il s'agit du contrôle des tâches quotidiennes et de l'organisation de ces tâches.

2.2 Les mécanismes du contrôle de gestion

A ce stade de la réflexion, la tentation est forte de considérer le contrôle de gestion comme un processus dont le but est de suivre les résultats des actions afin de les conformer aux objectifs définis. Au fond, ce contrôle reposerait sur un ensemble de techniques de mesure des résultats. Or, les auteurs actuels tendent à reconsidérer le contrôle de gestion sous un angle sociologique. R.N. Anthony, qui avait proposé une définition très technique du

¹⁸ MESBAH. Y, « Les changements des systèmes de contrôle de gestion Cas d'un échantillon des entreprises algériennes », thèse de doctorat en science de gestion, Université Abou Bekr BELKAID – Tlemcen, 2016, p1.

¹⁹ Bouquin. H, Les fondements du contrôle de gestion, Que sais-je ?, 1994, PUF

²⁰ Anthony. R.N, (1988), "The Management Control Function", Boston, Harvard University Press, P10 C

²¹ Idem,

contrôle de gestion, a réactualisé son analyse en définissant le contrôle de gestion comme :

« Un processus destiné à motiver les responsables et à les inciter à exécuter des activités contribuant à l'atteinte des objectifs de l'organisation. »²²

On voit bien que le contrôle de gestion ne se limite pas à des mesures. Le contrôle de gestion est d'abord un processus, transverse à l'organisation.

Ce processus suppose non seulement un reporting et une analyse des résultats notamment des écarts mais aussi la définition des mesures correctrices qui devront infléchir les actions menées ce que l'on appelle la boucle de feedback.

Le fonctionnement de ce processus sollicite donc l'implication de l'ensemble des responsables opérationnels qui doivent s'approprier la démarche et contribuer à l'ensemble du processus : reporting, analyse, actions correctrices. Les dirigeants situés au niveau stratégique donc en amont du processus, ne sont souvent pas les mieux placés pour produire l'analyse et réaliser des plans d'actions opérationnels ; il semble plus intéressant de décentraliser ces fonctions au niveau opérationnel.

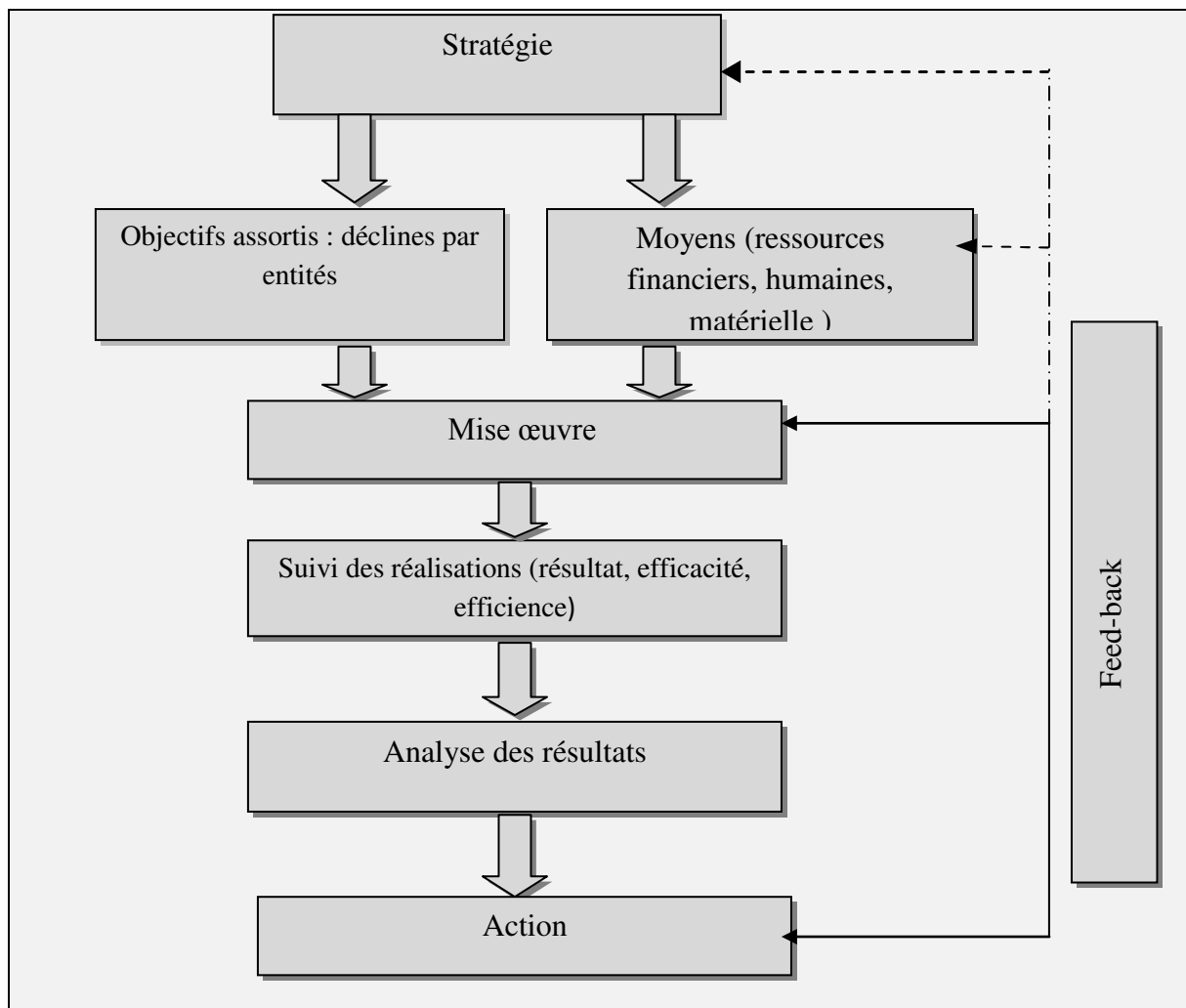
Enfin, cette définition intègre la notion de motivation et d'incitation, ce qui laisse supposer que le processus de contrôle de gestion devrait être associé à des mécanismes de motivation, de sanction et de récompense, par exemple l'intéressement aux résultats.

Le schéma suivant propose une représentation synthétique du processus de contrôle de gestion. Celui-ci se décompose en étapes successives : il commence par la définition de la stratégie et des objectifs. La réalisation de ce dernier passe par l'allocation de moyens. Ensuite vient la phase de la mise en œuvre puis du suivi des résultats des actions réalisées. Ces étapes font l'objet d'une analyse qui doit déboucher sur la prise d'actions correctrices. Ces étapes peuvent être regroupées en grandes composantes qui reprennent les 4 étapes définies par Deming dans tout processus d'amélioration de la qualité.

On peut ainsi noter que le contrôle de gestion permet de décliner la stratégie de l'organisation dont il est un moyen de clarifier les objectifs en les assortissant de moyens, et donc de mettre en cohérence les objectifs et les actions avec la stratégie.

²² Anthony.R.N, «The Management Control Function», 3^e édition, boston, 1965, P11. Cit in BENCHIKHA.F.Z, Op. cit P 33.

Schéma 01 : le processus de contrôle de gestion



Source : Inspiré de Löning. H, Pesqueux. Y : « Le contrôle de gestion ». Paris, Dunod, 1998

Alors, Il s'agit en fait de mettre en place un système performant interne et externe afin d'assurer le bon fonctionnement et l'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution :

Cela par quatre importantes catégories d'activité :

- La détermination des objectifs ;
- L'adaptation des stratégies conséquentes et l'établissement des prévisions ;
- La mesure des résultats ;
- La comparaison de ces résultats aux prévisions et la comparaison inter-établissement...

2.3 L'apport du contrôle de gestion à l'établissement hospitalier

Chaque entreprise ou organisation justifie son existence à travers la poursuite de ses objectifs, et c'est en fonction de ces objectifs qu'on peut mener un contrôle²³

Les objectifs du contrôle de gestion sont identiques pour toutes les organisations quel que soit leur secteur d'activité: aider, coordonner, suivre et contrôler les décisions de l'organisation pour qu'elle soit la plus efficace et la plus efficiente possible, pour atteindre cette finalité, le contrôle de gestion prévoit la mise en place d'un dispositif organisationnel qui consiste à définir une configuration structurelle la plus adéquate pour l'activité de l'organisation avec notamment:

- Un organigramme clair dans laquelle apparait des centres de responsabilité avec des missions et des frontières claires ;
- Des procédures de coordination et des circuits d'information ;
- Des méthodes d'animation, de motivation et d'implication du personnel avec les délégations et les délimitations prévues du pouvoir.

Bref, tous les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire la préoccupation organisationnelle du contrôle de gestion.

Tout ce dispositif est inexistant dans l'organisation hospitalière, les outils qui y ont été mis en place pour dégager des statistiques, ont été fondés sur une représentation mécaniste du fonctionnement de l'hôpital, ils font l'impasse sur l'organisation à l'intérieur de l'hôpital, ils réduisent l'hôpital à un point sans épaisseur, une boîte noire où les seules relations qui existent sont celles qui relient input et output en dehors de toute considération organisationnelle.

Un tel mode de pensée restreint le champ d'action à la périphérie des problèmes ; l'hôpital comme toute organisation ne peut se réduire à un point comme le voudrait cette analyse, à défaut, les outils en place fonctionneront à l'aveugle en contrôlant les ressources ou/et les résultats sans s'attacher à comprendre et modifier les causes profondes des dysfonctionnements de système.

L'ensemble de ces constats plaide pour l'introduction du contrôle de gestion dans nos hôpitaux pour une meilleure prise en compte du facteur « organisation » à l'hôpital, et comme le dit François Stender : la clef de la performance, du succès et de l'échec, de la crise et la sortie de crise, ne réside pas dans le capital ou le travail exclusivement, mais dans une variable cachée, le facteur d'efficacité : l'organisation²⁴.

²³MESBAH. Y, Op,cit P12.

²⁴Stendler. F : «Le management hospitalier de demain : approche sociologique» La revue

3. Le système comptable hospitalier

Le ministère de la Santé publique et de la réforme hospitalière, en collaboration avec le ministère des Finances, a élaboré un nouveau système de contrôle de gestion, dénommé « Système de triple comptabilité hospitalière », supposé remédier aux nombreux dysfonctionnements du SIH.

Le système de comptabilité de gestion qui est mis en place au sein des établissements hospitaliers en Algérie, vise à instaurer de nouveaux modes de fonctionnement en matière de comptabilité, avec pour objectifs la contribution à la valorisation du patrimoine, une meilleure compréhension de la réalité de l'activité annuelle en terme de recettes et de dépenses et une connaissance des coûts des activités. Il vise aussi à fournir des résultats fiables destinés à permettre la prise de décision à tous les niveaux et en temps réel au sein de l'établissement hospitalier.

3.1 Aperçu générale sur les systèmes de triple comptabilité hospitalière

Il existe plusieurs fonctions au sein d'un hôpital, et vu la complexité entre ces fonctions le personnel doit les maîtriser, parmi ces fonctions la maîtrise des coûts. Il se trouve que le service comptable développe les méthodes de calculs selon les besoins.

Actuellement, il existe au sein des établissements hospitaliers qu'une seule comptabilité :

La comptabilité budgétaire dite "de caisse" qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

Pour faciliter et illustrer le système comptable appliqué au sein de l'hôpital, le M.S.P.R.H a opté pour l'application d'une nouvelle méthode de calcul appelé « Le système de triple comptabilité hospitalière » sur la base d'un logiciel²⁵ : 3 COH.

3.1.1 Présentation du système de triple comptabilité hospitalière

Le système de comptabilité "de gestion" qui est mis actuellement en place dans de différents hôpitaux en Algérie permet de conjuguer comptabilité budgétaire, comptabilité générale et comptabilité d'analyse des coûts (Analytique).

- **Présentation des trois comptabilités**

hospitalière de France, juillet 2000, p 42.

²⁵Groupe PRESENCES international Sarl (2012) : «systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple comptabilité"?, Cité in www.3coh.dz. Consulté le 10 septembre 2018

Une présentation générale des comptabilités utilisées dans le système de 3COH est importante pour illustrer le but de l'adoption de ces trois modes de comptabilité.

- **La comptabilité budgétaire :** Qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

- **La comptabilité générale :** Respectant les règles d'une comptabilité d'exercice elle vise à décrire la situation patrimoniale de l'établissement, c'est-à-dire l'ensemble de ce qu'il possède (terrains, immeubles, stocks, créances) et de ce qu'il doit (emprunts, dettes). La synthèse des informations contenues dans la comptabilité générale figure dans les états financiers, dont les deux principaux sont le bilan et le compte de résultats.

- **La comptabilité d'analyse du coût des activités :** une comptabilité analytique permettant de calculer les différents coûts des prestations fournies à différents niveaux au sein de l'Etablissement public de santé²⁶.

3.1.2 L'intégration des trois comptabilités

La mise en place d'un système de comptabilité de gestion à « triple » comptabilité au sein des établissements hospitaliers est certes un défi de taille, mais elle devient une nécessité pour une gestion saine : maîtrise des budgets, suivi du patrimoine et gestion des coûts. Cette mise en place ne peut être envisagée sans le recours à l'outil informatique au moyen d'un PGI (progiciel de gestion intégrée) qui permet, à partir d'une saisie unique, d'alimenter les trois sous-systèmes de comptabilité. Tel est le sens du système 3COH²⁷.

- **Le logiciel 3COH**

La mise en œuvre du système de triple comptabilité hospitalière est basée sur l'utilisation du logiciel de gestion intégré « 3COH » (triple comptabilité hospitalière). Outre la gestion comptable, ce logiciel 3COH vise à prendre en charge la presque totalité des fonctions de gestion de l'établissement hospitalier²⁸ :

- Gestion des achats et de la relation avec les fournisseurs ;
- Gestion des stocks ;
- Gestion des immobilisations ;
- Système de facturation ;
- Gestion des consommations ;
- Suivi budgétaire et suivi des marchés ;
- Gestion de la trésorerie ;

²⁶Dubrulle. L, Jourdain.D, comptabilité analytique de gestion, 4ème édition, DUNOD, Paris, 2003

²⁷SALHI. N, OP cit, P 42.

²⁸Groupe PRESENCES international Sarl Op cit. Cité in www.3coh.dz. Op cit. Consulté le 10 septembre 2018.

- Comptabilité générale, la consommation et la facturation des prestations ;
- Comptabilité analytique, la détermination des coûts des prestations ;
- Etats financiers ;
- Tableaux de bord et la production de tableaux de synthèse et d'indicateurs de gestion

Figure 02 : Page d'accueil du logiciel de 3COH



Source : Document interne de l'EPH AZAZGA

3.2 Objectifs et conditions de mise en œuvre du système 3COH

Le projet de mise en œuvre d'un système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers vise à doter ceux-ci d'un système homogène et intégré de comptabilité, comprenant à la fois une comptabilité patrimoniale (comptabilité générale), une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique.

3.2.1 Les objectifs du système 3COH

Le système vise à ²⁹ :

- Instaurer de nouveaux modes de fonctionnement en matière de comptabilité d'un établissement public ;
- L'assemblage de toutes les informations ;
- L'accès à l'information à tout moment par les usagers ;
- Une meilleure gestion de l'hôpital ;
- La contribution à la valorisation du patrimoine ;
- Une meilleure compréhension de la réalité de l'activité annuelle en termes de recettes et de dépenses

²⁹SALHI. N, Op cit, P 43.

- Une connaissance des coûts des activités.

3.2.2 Les conditions de mise en œuvre du système de 3COH

Pour l'application du système de triple comptabilité (3COH), une formation du personnel concerné est mise en place. Un ambitieux plan de formation concernant près d'un millier de personnes (informaticiens, comptables, gestionnaires) est en cours de réalisation : comptabilité, informatique, gestion, passage d'une comptabilité publique à une comptabilité d'engagement, ... sont au menu de cette formation.

Cette formation est dispensée dans 5 sites : Alger, Batna, Sétif, Constantine et Oran. En plus des séances de formation, plusieurs regroupements régionaux ont été tenus³⁰.

Accompagnant les formateurs du groupe PRESENCES International SARL, quarante (40) formateurs issus de divers établissements de différentes régions du pays, ont assuré le suivi sur le terrain du déroulement des opérations de mise en place du système.

Section 3 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie

L'établissement de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin.

1. Présentation des établissements publics hospitaliers

L'établissement de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En Algérie, les établissements de santé sont regroupés dans trois catégories d'établissements avec une organisation et des missions différentes à savoir ³¹:

- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ;
- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) ;
- Les établissements publics hospitaliers (EPH) ;
- Les établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Le tableau ci-dessous représente l'état des infrastructures sanitaires publiques en Algérie :

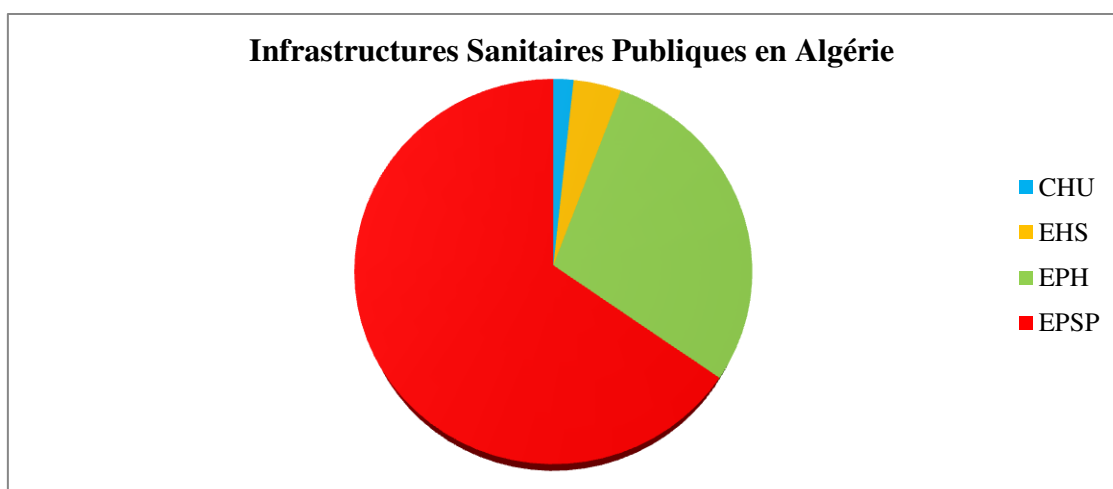
³⁰ SALHI. N, Op cit, P 44.

³¹ ARHAB. S. « Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier ». Mémoire de Magister, Option : Management des entreprises. D'UMMTO. 2015. P 67.

Tableau 01 :Infrastructures sanitaires publiques en Algérie

Structure de santé	Nombre
CHU	13
EHS	31
EPH	224
EPSP	504

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière «statistiques sanitaire», Alger, 2009. P10

Figure 03 : Infrastructures Sanitaires Publiques en Algérie

Source : Réaliser à partir des données contenues dans le tableau 01

La figure montre que les EPSP représentent les structures sanitaires les plus importantes en nombre.

Juridiquement l'hôpital est un établissement public à caractère administratif, il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par un décret exécutif et placé sous la tutelle du ministère de la santé à l'exception des CHU qui sont sous la tutelle conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Etablissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches³² :

- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- d'appliquer les programmes nationaux de santé ;

³²Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. Art 04

- d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

2. Organisation et gestion des Etablissements Publics Hospitaliers

L'hôpital est une organisation d'une grande complexité. En effet, en examinant l'organigramme type d'un établissement public hospitalier (EPH), on s'aperçoit que la structure organisationnelle de ce dernier est composée de plusieurs unités de décision et d'unités opérationnelles.

2.1 Gestion des Etablissements Publics Hospitaliers

Les établissements publics hospitaliers (EPH) sont administrés par un conseil d'administration, dirigés par un directeur et sont dotés d'un organe consultatif, à savoir, le conseil médical.

Chacun de ces organes joue un rôle dans la gestion des EPH représentant ainsi le sommet stratégique de ces établissements de santé. La définition et le fonctionnement de ces organes sont fixés par décret exécutifs³³.

2.1.1 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est un organe de délibération composé de 11 membres en plus du directeur de l'établissement qui assiste aux délibérations en tant que membre consultatif et assure le secrétariat au sein du conseil.

Le conseil d'administration est présidé par un représentant du wali qui est souvent un administrateur de la direction de la santé publique (DSP). Les autres membres du conseil d'administration sont des représentants des différentes administrations des collectivités locales et d'acteurs socio-économiques en relation avec la santé publique à savoir :³⁴

- Un représentant de l'administration des finances ;
- Un représentant des assurances économiques ;
- Un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- Un représentant de l'assemblée populaire du commun siège de l'établissement ;
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des associations des usagers ;

³³Décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, Art 10

³⁴Décret exécutif n°12-281 du 9 juillet 2012, portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, Art 8

- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- Le président du conseil médical.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelable par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

Le conseil d'administration est compétent dans la prise de décisions stratégiques qui concernent l'établissement à savoir ³⁵:

- la politique générale de l'établissement ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- les opérations d'investissements... (*voir Annexe N°01 Page VII-01*)

Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois par semestre, et en session extraordinaire sur convocation de son président ou des deux tiers de ses membres. Les délibérations du CA sont soumises à l'approbation du wali et deviennent exécutoires dans les trente jours qui suivent.

2.1.2 Le Directeur

Le directeur de l'établissement public hospitalier représente l'instance exécutive de l'organisation, il est chargé de mettre en œuvre les délibérations du conseil d'administration et représente l'établissement en justice. Il passe tout contrat, marché, convention et accord avec les différentes parties prenantes après délibération du CA.

Le directeur est ordonnateur de l'établissement et exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité. Il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception du personnel faisant partie du corps médical pour qui un autre mode de nomination est prévu par les textes juridiques.

Le directeur prépare les projets de budgets prévisionnels et le projet de l'organigramme interne ainsi que le règlement intérieur de l'établissement afin de les soumettre au CA pour délibération. Il établit les rapports annuels d'activité ainsi que les comptes de l'établissement qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du CA.

Le directeur est secondé dans l'accomplissement de ses tâches par quatre sous-directeurs pour lesquels il peut déléguer sous sa responsabilité sa signature. Les sous-directeurs nommés par arrêté du ministre de la santé sont chargés respectivement ³⁶:

- Des finances et des moyens ;
- Des ressources humaines ;

³⁵Décret exécutif 12-281 du 9 juillet 2012, Op, cit, Art 10

³⁶Décret exécutif 12-281 du 9 juillet 2012, Op, cit, Art 21.

- Des services de santé ;
- De la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

2.1.3 Le conseil médical

Le conseil médical est un organe consultatif, il est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur³⁷ :

- L'organisation et les relations conflictuelles entre les services médicaux ;
- Les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- Les programmes de santé et de population ;
- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- La création ou la suppression des structures médicales³⁸.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention. Le CM peut être saisi par le directeur de l'établissement pour toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Le conseil médical comprend :

- Les responsables des services médicaux
- Le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ;
- Un chirurgien
- Dentiste
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- Un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Le CM se réunit en session ordinaire une fois tous les deux mois et en sessions extraordinaires sur convocation de son président ou de la majorité de ses membres ou du directeur de l'établissement.

2.2 Organisation interne des établissements publics hospitaliers

L'organisation interne des établissements publics hospitaliers est fixée par arrêté interministériel. L'organisation administrative des EPH est chapotée par le directeur de l'établissement, sous son autorité à laquelle sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des EPH comprend quatre sous directions

³⁷Décret exécutif 12-281 du 9 juillet 2012, Op, cit, Art 24.

³⁸Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, Op, cit, de Art 24 à 27

Chargées respectivement :³⁹

- La sous-direction des finances et des moyens ;
- La sous-direction des ressources humaines ;
- La sous-direction des services de santé ;
- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

2.2.1 Sous-direction des finances et des moyens

La sous-direction des finances et des moyens est composée de trois bureaux, remplissant chacun une mission particulière.

- Le bureau du budget et de la comptabilité est chargé des prévisions budgétaires et de l'établissement du projet de budget pour l'EPH, ainsi que l'élaboration des comptes financiers et la tenue de tous les documents relatifs à la comptabilité hospitalière ;
- Le bureau des marchés publics est chargé de veiller sur le bon déroulement des différents processus d'approvisionnement et de sous-traitance avec les fournisseurs et partenaires sociaux de l'EPH ;
- Le bureau des moyens généraux est chargé de la mise à la disposition des différents services administratifs et médicaux des moyens généraux indispensables à leur fonctionnement, organise les services hôteliers, assure la bonne marche des magasins et des services généraux.

2.2.2 La sous-direction des ressources humaines

La sous-direction des ressources humaines est composée de deux bureaux chargés respectivement de :

- Le bureau de la gestion des ressources humaines est chargé de la gestion des carrières des personnels de l'EPH, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que de la gestion des conflits et de la commission paritaire ;
- Le bureau de la formation est chargé de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des personnels selon les besoins exprimés par les différents services et de veiller au bon fonctionnement de l'annexe de formation paramédicale.

2.2.3 La sous-direction des services de santé

³⁹ Arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007.

En plus des services d'hospitalisations qui y sont rattachés, la sous-direction des services de santé regroupe trois bureaux à savoir :

- Le bureau des entrées est chargé essentiellement de l'accomplissement de six tâches :
 - accueil et admissions des patients hospitalisés ;
 - gestion de l'état civil en collaboration avec les services concernés de l'APC ;
 - l'établissement des statistiques relatives au mouvement de la population hospitalière via le logiciel Patient⁴⁰ ;
 - la facturation ;
 - la tenue de la caisse ;
 - la gestion des archives.
- Le bureau de la contractualisation et du calcul des coûts
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé : est chargé de l'établissement du bilan d'activité annuel des services de santé ainsi que du canevas statistique pour la tutelle, d'établir des plans d'action sanitaire en collaboration avec les services de santé et le suivi ainsi que la coordination des activités médicales et paramédicales.

2.2.4 La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes comprend deux bureaux :

- Le bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- Le bureau de la maintenance des équipements connexes.

3. Les établissements publics hospitaliers en Algérie : un état des lieux

Le secteur de la santé est un secteur névralgique et sensible, du fait que la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. L'Algérie consacre depuis son Indépendance 3 à 5 % de son PIB à ce secteur. A titre d'exemple en 2010 l'Algérie a consacré 4.3 % du PIB au secteur de la santé avec plus de 200 milliards de dinars algériens

⁴⁰Logiciel de gestion du parcours du patient fonctionnant en réseau.

en budget de fonctionnement au profit des établissements sanitaires de toute catégorie confondues⁴¹.

3.1 La place des établissements publics hospitaliers dans le système de santé en Algérie

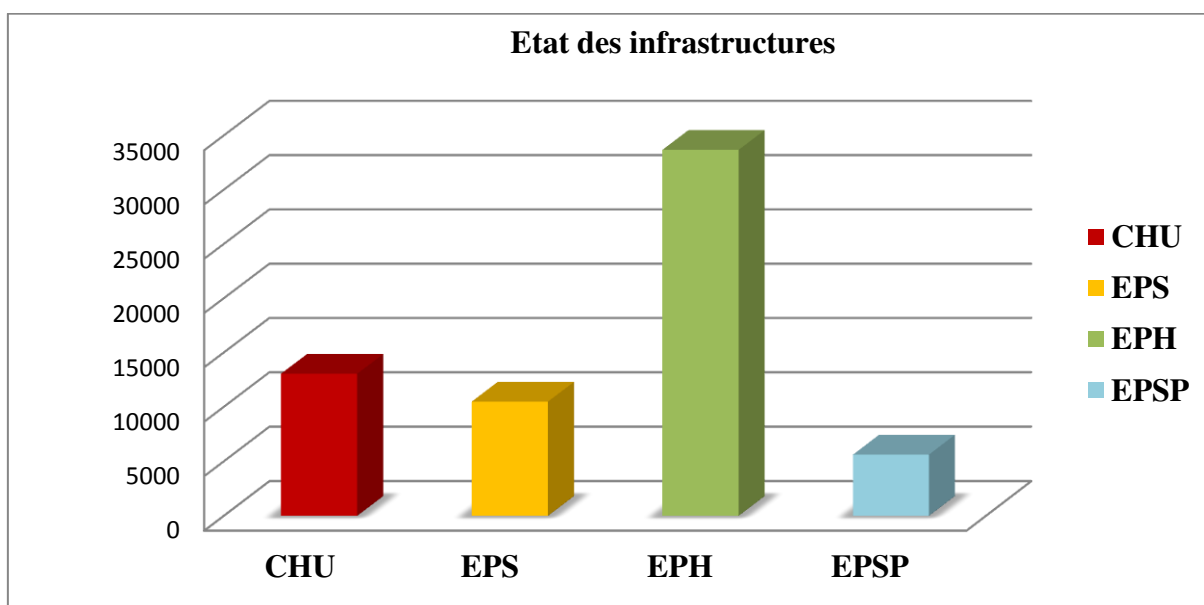
Le secteur de la santé en Algérie est le destinataire du troisième plus important budget de l'état après la défense et l'éducation. Nous présentons le secteur de la santé en Algérie à travers les tableaux suivants qui résument l'état des lieux de ce dernier en termes d'infrastructures, d'effectif et d'activité.

Tableau 02 : Etat des infrastructures de la santé

	Nombre de lit
CHU	13042
EHS	10475
EPH	33665
EPSP	5618
TOTALES	62800

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière «statistiques sanitaire», Alger, 2009. P10-15.

Figure 04 : Etat des infrastructures de la santé



Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau 02.

⁴¹Organisation Mondiale de la Santé, «Statistique sanitaire mondiale 2013», bibliothèque de l'OMS, Suisse 2013. P132. Cit in ARHAB. S. P76.

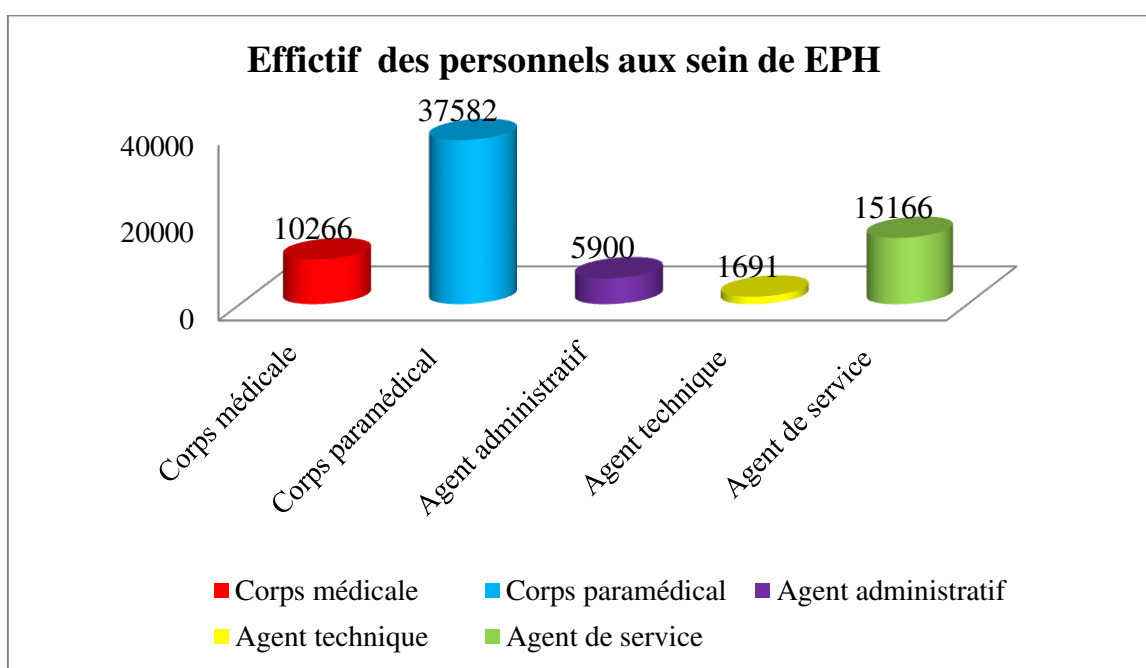
La figure ci-dessus nous démontre à nouveau l'importance des Etablissements Publics Hospitaliers dans le système de santé en Algérie. En effet, les EPH représentent plus de 50 % de la capacité en lits d'hospitalisation du pays.

Tableau03 : Effectif des personnels aux sien de EPH

	Corps médicale	Corps paramédical	Agent administratif	Agent technique	Agent de service
Effectif	10266	37582	5900	1691	15166

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière «statistiques sanitaire», Alger, 2009. P10.

Figure 05 :Effectifs des personnels au sein des EPH



Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau 03.

La figure ci-dessus représente l'importance des effectifs par catégorie. Nous constatons que le corps paramédical représente plus de 50 % de l'effectif global, cela démontre que l'efficacité des EPH dépend en majeure partie du corps paramédical.

Tableau 04 : Activités hospitalières des EPH pour l'année 2009

	Nombre de lits	hospitalisation	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation des lits	Taux de rotation des lits
Spécialités médicales	16600	2810939	4.6J	45.68%	34.5
Spécialités chirurgicales	9952	1234036	4.03J	34%	28.88
Spécialités de gynéco-obstétrique	5326	1044829	1.95J	53.75%	100.8

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière «sanitaire», Alger, 2009. P10.

- **Les formules des calculs de tableau 04**

- $\text{Durée moyenne de séjour} = \frac{\text{Jour d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admission}}$

- $\text{T'aux d'occupation des lits} = \frac{\text{Nbr de jour d'hospitalisation}}{\text{Nbr jour réel}}$

Nbr jour réel= Nbr lits d'hospitalisation × Nbr de jour

- $\text{Taux de rotation de lit} = \frac{\text{Nombre d'admission}}{\text{Nombre lit hospitalisation}}$

Après avoir présenté un état des lieux des EPH en Algérie, à travers les données quantitatives du ministère de la santé, nous avons relevé lors de notre enquête de terrain un certain nombre de dysfonctionnements relatifs à l'activité des EPH notamment à la qualité des soins dispensés au sein de ces établissements.

3.2 Contraintes et dysfonctionnements au sein des hôpitaux publics

Les hôpitaux du secteur public en Algérie présentent des contraintes et dysfonctionnement communs aux différentes catégories d'établissements « CHU, EHS, EPH, EPSP », certains sont spécifiques aux EPH. Ces contraintes et dysfonctionnements font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes « mauvaise gestion, absence de choix des priorités des actions, etc, » et externe « liées aux problèmes

d'environnement, de financements, de relation avec la tutelle, etc. ». Les contraintes et dysfonctionnements cités ci-dessous ont été tirés du rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière⁴².

3.2.1 Contrainte et dysfonctionnement liés au financement

Le système de santé en Algérie souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. Cela entraîne que la couverture sanitaire en termes d'infrastructures, de moyens humains et matériels, est assurée de manière inégale. En effet, Les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé.

De plus, l'hôpital doit permettre la mise en place d'un modèle d'organisation capable de répondre à la demande en soins en assurant des prestations de qualité et accessible à toute la population. Pour cela, le financement de ce système doit être basé sur les principes de solidarité et d'équité⁴³.

Les dysfonctionnements et les contraintes subies en conséquence de cette situation peuvent être résumés comme suit :

- Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisantes ;
- Budgets des hôpitaux non négociés, ces derniers sont fixés proportionnellement aux budgets des années précédentes ;
- Endettement important ;
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses.

3.2.2 Contraintes et dysfonctionnements liés à l'information

L'information sanitaire passe d'un mode traditionnel de collecte de l'information vers un mode qui introduit les nouvelles technologies de l'information.

Ce passage a fait perdre aux professionnels de la santé toute l'expérience et la maîtrise accumulée en termes de collecte et de gestion manuelle de l'information sans intégrer totalement les nouvelles technologies.

Le système actuel d'information ne nous renseigne que partiellement sur l'ampleur de la réalité de la demande en soins et sur la qualité des prestations sanitaires fournies à la population. Cela engendre de multiples contraintes et dysfonctionnements⁴⁴:

⁴²Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, «Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes», www.santé.dz consulté le 10 septembre 2018.

⁴³Idem

⁴⁴Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,

- Bureau des entrées pas encore totalement opérationnel ;
- Registres et supports d'enregistrement défaillants ;
- Personnels peu formés à la codification et à la classification internationale des maladies ;
- mauvaise tenue du dossier médical et des comptes rendus médicaux ;
- Inadaptation de certains registres administratifs.

3.2.3 Contraintes et dysfonctionnements liés à la formation

Ces contraintes et dysfonctionnements ont été identifiés comme suit ⁴⁵:

- Le système d'éducation et de formation ne tient pas compte des besoins exprimés par le secteur de la santé.
- Le secteur lui-même n'est, dans certains cas, pas en mesure d'exprimer une demande fine et précise en quantité et en qualité en matière de formation, ajouté la connaissance insuffisante des demandes réelles en soins de la population.
- La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain.
- L'inadéquation totale, dans certains cas, entre la qualification académique et la compétence professionnelle, aboutit à un manque sérieux, sinon à la disparition, de certaines spécialités médicales et paramédicales.
- Certaines filières à l'exemple des médecins médicaux, des chefs de centres informatiques et des agents en hygiène et entretien sanitaire ne figurent pas dans le plan de gestion des ressources humaines.
- La demande en formation continue de tous le personnel n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation paramédicale.
- La formation des gestionnaires au niveau des établissements de l'enseignement supérieur (ENMAS et ENA) ne répond pas au profil de la gestion hospitalière.

Conclusion

Pour conclure, l'hôpital est avant tout un producteur de services. Il assure une prise en charge globale des patients : soins physiques ou psychologiques, suivi social..., donc pour

⁴⁵Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,

assurer le passage de l'administration à la gestion, poussant ainsi les hôpitaux à promouvoir la performance par des outils de pilotage interne, ce dernier doit être réalisé par l'adoption d'une vision de contrôle de gestion large et communicante et une bonne maîtrise du système de triple comptabilité hospitalière, cependant ces deux dernières impliquent d'ajuster les modes de fonctionnement de l'organisation à plusieurs niveaux.

Dans le deuxième chapitre nous parlerons de l'audit hospitalier ou nous élargirons notre recherche à la généralité de l'audit interne, en suite l'audit hospitalière et sa relation avec la gouvernance et la motivation des demandeurs, et enfin l'implantation de l'audit interne au sein des hôpitaux Algérien.

*Chapitre II. Le cadre
conceptuel de l'audit interne et
l'audit hospitalier*

Introduction

L'existence d'un service d'audit dans une organisation publique ou privée a une importance fondamentale pour le gouvernement d'entreprise, car l'audit est devenu un outil d'amélioration qui contribue à la création de la valeur ajoutée. Par cet instrument, les décideurs disposent des informations nécessaires pour des décisions pertinentes.

Cet outil ne connaît pas encore une application dans beaucoup d'établissements publics de santé. Cependant, un intérêt a été manifesté par la plus haute autorité du ministère pour sa création dans les établissements publics autonomes de santé.

Les établissements hospitaliers accomplissent une mission spécifique par rapport aux autres organisations. Il s'agit d'une mission d'intérêt général consistant à la préservation et à l'amélioration de l'état de santé de la population.

En vue des spécificités qui caractérisent les organisations hospitalières, notamment publiques, et la complexité de leur mission, il est nécessaire de veiller à son fonctionnement et sa performance. Donc, il est très important de trouver un outil qui va permettre aux organisations hospitalières de s'améliorer en permanence et d'assurer la bonne gouvernance de celles-ci. En ce sens, l'audit peut apporter une contribution décisive dans ce domaine.

La forme d'audit hospitalier la plus répandue dans le monde est l'accréditation hospitalière. Cette forme est centrée sur l'évaluation de la qualité des soins. Elle sert à améliorer cette dernière.

Ce chapitre est composé de trois sections : La première est consacrée à la compréhension de la mission d'audit interne, la deuxième traite de la gouvernance hospitalière et l'audit hospitalier enfin, la dernière section est réservée à l'audit hospitalier en Algérie et l'accréditation hospitalière comme moyen de maîtrise de la qualité dans les établissements de santé.

Section 01 : Généralité sur l'audit interne

Les généralités sur l'audit ont pour objectif de dégager ses éléments clés. L'audit interne est un dispositif nécessaire au bon fonctionnement de tous les services pour la satisfaction des exigences de la bonne gouvernance et la maîtrise des risques liés à la gestion des établissements publics de santé.

L'audit interne servira de référence pour porter un jugement sur la pratique de l'audit à l'hôpital. Cette section sera l'occasion d'approfondir nos connaissances théoriques et à mieux s'imprégner des nouvelles méthodes et pratiques de la fonction. Il nous permettra ainsi de comprendre le concept de l'audit interne à travers ses aspects théoriques et pratiques.

1. Définition, l'objectif et le rôle de l'audit interne

De nos jours, l'évolution rapide du concept de l'audit interne a vu se succéder plusieurs définitions avant que la notion ne soit stabilisée.

1.1 Définition de l'audit interne

Notre perception de l'audit interne va nous permettre d'en retenir que la définition de l'Institut Française de l'Audit et du Contrôle Interne (IFACI) de 2015 qui est la suivante :

« L'audit Interne est une activité indépendante et objective qui donne à une organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations, lui apporte ses conseils pour les améliorer, et contribue à créer de la valeur ajoutée. Il aide cette organisation à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des risques, de contrôle, et de gouvernement d'entreprise, et en faisant des propositions pour renforcer leur efficacité »¹.

Dans cette partie nous passerons en revue les objectifs et le rôle de l'audit interne dans une organisation

1.2 Les objectifs de l'audit interne

L'objectif général d'un audit interne est de donner à l'organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations en vue de lui apporter des conseils pour les améliorer. L'audit interne, quel que soit le référentiel d'audit, permet de répondre à 5 objectifs :

- Vérifier la conformité aux exigences du(es) référentiel (s) de l'entreprise (normes, textes réglementaires, cahiers des charges, spécifications clients...).

¹ IFACI, 2015, P15.

- Vérifier que les dispositions organisationnelles (processus) et opérationnelles (procédures, instructions, etc.) sont établies, connues, comprises et appliquées.
- Vérifier l'efficacité du domaine audité, c'est-à-dire son aptitude à atteindre les objectifs.
- Identifier des pistes d'amélioration et des recommandations pour conduire l'entreprise vers le progrès.
- Conforter les bonnes pratiques observées pour encourager les équipes et capitaliser ces pratiques dans l'entreprise.

En effet, au-delà de ces cinq (05) objectifs généraux, il est possible de définir des objectifs de vérification de l'efficience, de la rentabilité, des bonnes pratiques sociales et sociétales, du respect de l'environnement, etc. Pour atteindre ces objectifs, quelques règles de base doivent être observées durant l'audit :

- adopter une attitude objective, sans extrapolation personnelle.
- Éviter d'être influencé par ses propres origines techniques ;
- rester naturel et attentif ;
- questionner exhaustivement (utiliser le QQQQCCP peut se révéler utile).
- Discerner les faits exceptionnels et habituels ;
- observer le fonctionnement de l'entité auditée.
- Réfléchir en termes de résultats et non de moyens ;
- écouter l'interlocuteur, ne pas le devancer.
- Bien observer l'interlocuteur (ton, émotion, gestes).

1.3 Le rôle de l'audit interne

D'après Olivier LEMANT « l'audit interne joue un rôle de médecin dans une entreprise, car il a pour objectif de vérifier si tout est exécuté comme il le faut conformément aux procédures et aider l'entreprise à atteindre les objectifs fixés notamment à travers les recommandations qu'il fait à l'entreprise , car d'après lui le but du médecin n'est pas de produire des ordonnances, mais d'aider le patient a retrouver la santé, même si cela passe le plus souvent par la rédaction d'une ordonnance comportant des prescriptions ».²

Si le premier rôle de l'audit interne est de donner à une entreprise, une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations. Ce rôle peut se manifester à plusieurs niveaux :

² Olivier LEMANT (2002), l'audit interne, bibliographie numérique E-theque p 76. www.numilog.com. Consulté le 22 Octobre 2018.

- Assurer que tous les risques sont identifiés et maîtrisés et les directives appliquées garant auprès de la Direction Générale et du Comité d'Audit ;
- Il développe un programme d'audit complet portant sur l'ensemble de l'entreprise pour approbation par le conseil d'administration, y compris un calendrier et des budgets ;
- Il exécute le plan d'audit annuel qui couvre toutes les opérations de l'entreprise et qui répond aux standards d'audit ;
- Faire le diagnostic de l'organisation sur le terrain et le bilan de la situation et rapporter ses conclusion (un outil au service de la Direction) ;
- Il participe au travail sur le terrain afin d'assurer la qualité du travail et des procédures ;
- Il suit les résultats des audits précédents afin de s'assurer que les actions correctrices ont été menées ;
- Il établit et maintien des relations professionnelles avec les groupes professionnels avec lesquels il est en relation.

2 Mission de l'audit

« Les missions de l'audit interne sont de deux natures une mission d'assurance et une mission de conseil qui diffèrent par leur finalité, leur champ, leur nature et les parties prenantes concernées »³.

«La mission d'audit interne répond à la mise en œuvre de 3 phases clés : la phase de préparation, la phase de réalisation et la phase de conclusion ». Jacques RENARD⁴.

2.1 La phase préparation

C'est une phase qui ouvre la mission d'audit, exige des auditeurs une capacité importante de lecture, d'attention et d'apprentissage. En dehors de toute routine, elle sollicite l'aptitude à apprendre et à comprendre, elle exige également une bonne connaissance de l'entreprise, car il faut savoir où trouver la bonne information et à qui la demander. C'est au cours de cette phase que l'auditeur doit faire preuve de qualités de synthèse et d'imagination. Elle peut se définir comme la période au cours de laquelle vont être réalisés tous les travaux préparatoires avant de passer à l'action. C'est tout à la fois le défrichage, les labours et les semailles de la mission d'audit.

³ KURT F. & al, Manuel d'audit interne : Améliorer L'efficacité de la gouvernance, du contrôle interne et du management des risques, IFACI, 2^{ème} édition, 2011. P 1-6.

⁴ Jacques RENARD " théorie et pratique de l'audit interne", 7^{ème} édition d'organisation, Paris. 2010, P 214.

2.2 La phase de réalisation

C'est une phase d'intermédiaire qui fait beaucoup plus appel aux capacités d'observation, de dialogue et de communication. Se faire accepter est le premier impératif de l'auditeur, se faire désirer est le critère d'une intégration réussie. C'est à ce stade que l'on fait le plus appel aux capacités d'analyse et au sens de la déduction. C'est, en effet, à ce moment que l'auditeur va procéder aux observations et constats qui vont lui permettre d'élaborer la thérapeutique. Poursuivant notre image bucolique, nous pouvons dire que se réalise alors la moisson de la mission d'audit.

2.3 La phase de conclusion

C'est la phase de clôture de la mission. Cette phase exige également et avant tout une grande faculté de synthèse et une aptitude certaine à la rédaction, encore que le dialogue ne soit pas absent de cette dernière période. L'auditeur va cette fois si élaborer et présenter son produit après avoir rassemblé les éléments de sa récolte c'est le temps des engrangements et de la panification.⁵

Pour accomplir la mission d'audit interne, le service concerné doit disposer les moyens nécessaires afin d'effectuer une meilleure mission.

3 Les normes de l'audit interne

Selon les normes IFACI (2013), l'audit interne est exercé dans différents environnements juridiques et culturels ainsi que dans des organisations dont l'objet, la taille, la complexité et la structure sont divers. Il peut-être en outre exercé par des professionnels de l'audit, internes ou externes à l'organisation⁶.

Les Normes ont pour objet de :

- Définir les principes fondamentaux de la pratique de l'audit interne ;
- Fournir un cadre de référence pour la réalisation et la promotion d'un large champ d'intervention d'audit interne à valeur ajoutée ;
- Etablir les critères d'appréciation du fonctionnement de l'audit interne ;
- Favoriser l'amélioration des processus organisationnels et des opérations⁷.

3.1 Normes de qualification

Les normes de qualification énoncent les caractéristiques que doivent présenter les organisations et les personnes accomplissant des missions d'audit interne et comprennent :

⁵ Jacques RENARD, Op. cit. P215

⁶ IFACI octobre 2013, « Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne » 22p.

⁷ Idem, P106.

3.1.1 1000 – Mission, pouvoirs et responsabilités

La mission, les pouvoirs et les responsabilités de l'audit interne doivent être formellement définis dans une charte d'audit interne, être cohérents avec la définition de l'audit interne, le Code de déontologie ainsi qu'avec les normes. Le responsable de l'audit interne doit revoir périodiquement la charte d'audit interne et la soumettre à l'approbation de la direction générale et du Conseil⁸.

3.1.2 1100 –Indépendance et objectivité : L'audit interne doit être indépendant et les auditeurs internes doivent effectuer leurs travaux avec objectivité.

3.1.3 1200 –Compétence et conscience professionnelle : Les missions doivent être conduites avec compétence et conscience professionnelle.

3.1.4 1300 –Programme d'assurance et d'amélioration qualité : Le responsable de l'audit interne doit élaborer et tenir à jour un programme d'assurance et d'amélioration qualité portant sur tous les aspects de l'audit interne.

3.2 Les normes de fonctionnement

Les normes de fonctionnement décrivent la nature des missions d'audit interne et définissent des critères de qualité permettant de mesurer la performance des services fournis et comprennent⁹ :

3.2.1 2000 –Gestion de l'audit interne : Le responsable de l'audit interne doit gérer efficacement cette activité de façon à garantir qu'elle apporte une valeur ajoutée à l'organisation¹⁰.

3.2.2 2100 –Nature du travail : L'audit interne doit évaluer les processus de gouvernement d'entreprise, de management des risques et de contrôle, et contribuer à leur amélioration sur la base d'une approche systématique et méthodique¹¹.

3.2.3 2200 –Planification de la mission : Les auditeurs internes doivent concevoir et documenter un plan pour chaque mission. Ce plan de mission précise les objectifs, le champ d'intervention, la date et la durée de la mission, ainsi que les ressources allouées¹².

3.2.4 2300 –Accomplissement de la mission : Les auditeurs internes doivent identifier, analyser, évaluer et documenter les informations nécessaires pour atteindre les objectifs de la mission¹³.

⁸ Idem, P110.

⁹ IFACI octobre 2013. Op. cit, P22.

¹⁰ Jacques RENARD, Op. cit. P114.

¹¹ Idem, P115.

¹² Idem, P117.

3.2.5 2400 –Communication des résultats : Les auditeurs internes doivent communiquer les résultats des missions¹⁴.

3.2.6 2500 –Surveillance des actions de progrès : Le responsable de l'audit interne doit mettre en place et tenir à jour un système permettant de surveiller la suite donnée aux résultats communiqués au management.

3.2.7 2600 –Communication relative à l'acceptation des risques : Lorsque le responsable de l'audit interne conclut que le management a accepté un niveau de risque qui pourrait s'avérer inacceptable pour l'organisation, il doit examiner la question avec la direction générale. Si le responsable de l'audit interne estime que le problème n'a pas été résolu, il doit soumettre la question au Conseil¹⁵.

3.3 Les normes de mise en œuvre

Les normes de mise en œuvre précisent, les normes de qualification et les normes de fonctionnement en indiquant les exigences applicables dans les activités d'assurance ou de conseil.

Dans le cadre des missions d'assurance, l'auditeur interne procède à une évaluation objective en vue de formuler en toute indépendance une opinion ou des conclusions sur une entité, une opération, une fonction, un processus, un système ou tout autre sujet. L'auditeur interne détermine la nature et l'étendue des missions d'assurance.

Elles comportent généralement trois types d'intervenants :

- la personne ou le groupe directement impliqué dans l'entité, l'opération, la fonction, le processus, le système ou le sujet examiné, autrement dit le propriétaire du processus,
- la personne ou le groupe réalisant l'évaluation, l'auditeur interne,
- la personne ou le groupe qui utilise les résultats de l'évaluation, l'utilisateur¹⁶.

¹³ Idem, P118.

¹⁴ Idem, P119.

¹⁵ Jacques RENARD, Op. cit. P120.

¹⁶ IFACI octobre 2013. Op, cit, P22.

3.4 Audit interne et contrôle de gestion

Pour Henry BOUQUIN« Le contrôle de gestion est un des éléments du contrôle organisationnel. Son rôle fondamental est de permettre aux dirigeants de la hiérarchie d’être assurés de la cohérence entre les actions quotidiennes et les stratégies définies dans le long terme »¹⁷.

Il y a encore peu de temps, nombreux étaient ceux qui discernaient mal la frontière entre les deux fonctions, une des causes tient sans doute au fait qu'elles ont suivies des évolutions comparables. De même que l'audit interne est passé du simple contrôle, comptable à l'assistance du management dans la maîtrise des opérations, de même le contrôle de gestion est passé de la simple analyse des coûts au contrôle budgétaire puis peu à un véritable pilotage de l'entreprise.

La distinction avec le contrôle de gestion est la plus nécessaire, car ces deux fonctions interviennent dans le même domaine, la gestion de l’entreprise et son amélioration, en fonctionnels et non en opérationnels et en toute indépendance. Elles se distinguent par leurs modes opératoires.

¹⁷ Henri BOUQUIN (1998), le contrôle de gestion, 4e éd., PUF, Paris. Cit in Abdou-Kérin BANLA, thèse de mémoire « Mise en place d’un service d’audit interne dans un CHU : Cas du CHU KARA au TOGO, du CAESG, 2015, p 14

Tableau 05 : Comparaison entre l'audit interne et le contrôle de gestion

	Audit interne Comment fonctionne ce qui existe ? Comment l'améliorer ?	Contrôle de gestion Où voulons-nous aller ? Par où passer ?
Objectif	Photo périodique et détaillée.	Cinéma continu et global.
Démarche	Des problèmes rencontrés en pratique à leurs causes et conséquences.	Des indicateurs généraux aux paramètres particuliers.
Rôle	Contrôle l'application des directives, la fiabilité des informations et l'adéquation des méthodes : les processus , les conditions d'obtention des résultats. Audit de la fonction contrôle de gestion.	Planifie et suit les opérations et leurs résultats . Conçois et mets en place le système d'information pour ce faire. Analyse le budget du service d'audit interne.
Horizon	Investigue le passé – seule réalité – pour trouver ce qu'on aurait pu faire de mieux et l'appliquer à l'avenir : semble vouloir changer le passé !	Pour maîtriser l' avenir (plan), analyse pourquoi le présent ne lui ressemble pas (écarts) : semble croire que le réel se trompe et que le plan a raison !
Mode d'intervention	Découvre les moyens organisationnels pour atteindre les objectifs. Valide les objectifs (mode de détermination et fiabilité).	Élabore (mais ne décide pas) les objectifs en s'appuyant sur des hypothèses explicites. Analyse coûts – bénéfices.
Différences	Mécanicien de chaque secteur.	Navigateur de l'ensemble des secteurs.

Source : Pierre SCHICK, & al. (2010)

3.5 Management des risques (Risk management) et audit interne

Le management des risques est aujourd'hui un élément important au sien de l'entreprise. Cependant, cette fonction n'est pas présente dans toutes les organisations ; seules les grandes organisations disposent de cette fonction.

L'audit interne et le risque management sont deux fonctions relativement voisines. La définition d'une stratégie est la proposition de solutions, sans autant de préoccupations en vue d'améliorer le contrôle interne : en cela le management des risques prépare le terrain pour l'auditeur interne. Les deux fonctions vont même parfois jusqu'à se confondre lorsque le

risque de management n'existe pas, c'est dans ce type de cas que l'audit interne devrait jouer un rôle de conseil et participer à la mise en place d'une fonction proprement dite dans la gestion globale des risques¹⁸.

Il est important de souligner que l'objectif principal de l'audit interne reste l'évaluation des processus de management des risques, et de ce fait l'évaluation du contrôle interne qui en est le produit fini. Il est très largement mis en avant que :

- le rôle de l'audit interne ne saurait se confondre avec celui du Risk manager ;
- que c'est au management qu'incombe la responsabilité majeure de la gestion des risques, laquelle ne peut être déléguée.

Cette forte complémentarité et cette frontière tenue entre les deux fonctions, apparaissent de manière significative dans l'analyse faite par le COSO, qui part du principe que sans une gestion globale des risques on ne saurait maîtriser ses activités et atteindre ses objectifs. Par conséquent nous ne serions pas capables d'être en mesure d'élaborer un contrôle interne satisfaisant, ce qui implique que la gestion des risques est un préalable nécessaire à un bon contrôle interne, qui représente la matière même de travail de l'audit interne. Ceci dit, il incombe à la direction générale, de définir et de coordonner les responsabilités de chacun pour éviter toute confusion.¹⁹

Enfin, on peut dire qu'entre la fonction d'audit interne et management des risques il y a une relation très forte. L'auditeur interne doit participer à la mise en place d'un processus de management des risques, ce que précise la norme 2100, son l'objectif reste l'évaluation de ce processus. Néanmoins, c'est au management qu'incombe la responsabilité majeure de la gestion des risques.

Le service d'audit interne doit améliorer le système de fonctionnement de l'organisation en mettant en place des systèmes de contrôle efficaces et ceci dans tous les domaines d'activité de l'entreprise. Toute entreprise a donc l'obligation d'avoir en son sein un service en mesure de limiter au maximum les risques.

¹⁸ JACQUES Renard, Op. cit, P100.

¹⁹ JACQUES Renard, Op. cit, P102.

Section 02 : Audit hospitalier, sa relation avec la gouvernance et les motivations de mise en œuvre

Les établissements hospitaliers accomplissent une mission spécifique par rapport aux autres organisations. Il s'agit d'une mission d'intérêt général consistant à la préservation et à l'amélioration de l'état de santé de la population

L'hôpital public, pour qu'il soit performant et qu'il arrive à atteindre ses objectifs, doit avoir une bonne gouvernance.

1. Gouvernance hospitalière et développement d'une culture d'audit hospitalier

La gouvernance désigne l'ensemble des mesures, et des mécanismes qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer des décisions des dirigeants, qui permettent d'assurer le bon fonctionnement d'une institution ou d'une organisation qu'elle soit publique ou privée, régionale, nationale ou internationale²⁰.

1.1 Le système de gouvernance hospitalière et ses spécificités

Par rapport à la gouvernance de l'entreprise, la modélisation de la gouvernance hospitalière devrait avoir pour objectif d'expliquer les différences de performance entre hôpitaux, à partir de la capacité de leurs systèmes de gouvernance respectifs à encadrer les décisions de leurs dirigeants de façon à réduire les coûts d'agence avec leurs « principaux ».

Les dirigeants des hôpitaux sont censés être des « entrepreneurs publics » ayant le statut d'agent d'un ensemble de parties prenantes qui leur confient des ressources avec la mission d'assurer au mieux la préservation du capitale santé de la population dans le ressort territorial dont ils ont la responsabilité²¹.

Notre étude de la gouvernance hospitalière prend appui sur l'approche partenariale et mobilisent la théorie des parties prenantes, car comme l'expliquent Marie Bonnafous-Boucher et Yvon Pesqueux « elle prend en compte tous ceux (individus et groupes) qui ne sont pas des actionnaires et qui pourtant subissent ou influencent l'activité des organisations »²².

²⁰ CHRREAUX. G WIRTZ. P. « Gouvernances des entreprises nouvelles perspectives ». Edition economica. Paris. 2006. P 7.

²¹ Est partie prenante tout groupe ou individu qui peut affecter ou qui est affecté par la réalisation des objectifs de l'organisation, cit in KADI.M. Thèse de mémoire « Essai d'analyse du rôle de l'audit hospitalier dans la performance des hôpitaux publics : Une illustration à travers l'audit des procédures de prévision budgétaire au niveau du CHU de Béjaïa », UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA, 2012, P40.

²² M. BONNAFOUS-BOUCHER, Y. PESQUEUX : « Décider avec les parties prenantes, Approches d'une nouvelle société civile », La Découverte, Paris, 2006, 268p. In M.MBOUNA:« Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes », thèse de doctorat en sciences de gestion, l'Université Jean Moulin Lyon 3, 28 juin 2010. Cit in KADI.M. Op, cit P 40.

De plus, la gouvernance hospitalière doit obéir à une seule logique : c'est garantir l'intérêt général. La théorie des parties prenantes semble tout à fait opportune pour le champ de la santé et il est très bénéfique d'appuyer la gouvernance hospitalière sur cette théorie.

1.1.1 La théorie des parties prenantes et la gouvernance hospitalière

La théorie des parties prenantes repose sur différents postulats notamment la valeur partenariale intrinsèque à l'ensemble des parties dont aucun intérêt ne peut dominer les autres.

De ce fait, Samuel Mercier nous explique que « au-delà de la maximisation du profit (minimisation des coûts en santé), il convient d'inclure dans la gouvernance de l'entreprise les intérêts et les droits des non actionnaires »²³.

Patrick Mordelet, à son tour, défend l'hypothèse d'une applicabilité exclusive du modèle Stakeholder à l'hôpital. Il relève cependant une primauté de la Stakeholder²⁴ Theory, dans le cadre de l'analyse de la gouvernance hospitalière²⁵.

Le modèle Stakeholder, par la prise en compte de toutes les parties prenantes, semble également pouvoir s'articuler autour des problématiques hospitalières de mise en cohérence des activités des différents corps professionnels présents dans l'organisation.

Donc, la théorie des parties prenantes est fondée sur le principe d'implication de tous les acteurs ou individus qui peuvent affecter ou qui sont affectés par la réalisation des objectifs de l'organisation, à la gestion et à la gouvernance de celle-ci. Son applicabilité dans le domaine de santé revient à celui-ci avec des conséquences positives. Prenant l'exemple de la gouvernance hospitalière, s'il y aura une applicabilité de la théorie des parties prenantes à cette dernière, les différentes parties prenantes présentent à l'hôpital vont contribuer à sa gouvernance et chacune d'eux va défendre ses intérêts et donc il y aura en conséquence la non marginalisation de certaines parties prenantes.

1.1.2 Les différentes parties prenantes et la gouvernance hospitalière

Quel que soit leur statut, public ou privé, les établissements de santé dits d'intérêt collectif sont chargés d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients.

Dans une première analyse, les principales parties prenantes sont les usagers, les personnels médicaux et non médicaux (dont les managers) et les financeurs publics ou non

²³ Mercier S. « La théorie des parties prenantes : une synthèse de la littérature » 2006, in Bonnaïfous-Boucher M., Pesqueux Y., Op.cit. In M. MBOUNA (2010), p 115. Op cit.

²⁴ Une partie prenante est un acteur, individuel ou collectif, activement ou passivement concerné par une décision ou un projet ; c'est-à-dire dans les intérêts peuvent être affectés positivement ou négativement à la suite de son exécution.

²⁵ P.MORDELET:«Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé», éditions ENSP, Rennes, 2006, 368p. In M.N.MBOUNA (2010), p 114. Cit in KADI. M. Op cit. P40.

(État et collectivités locales, compagnies d'assurances). Une analyse plus large conduit à inclure d'autres acteurs, tels que les entreprises privées qui ont tout intérêt à ce que le capital santé de leurs salariés soit préservé et concourent au financement de la sécurité sociale. Une analyse sommaire des objectifs de ces différents stakeholders montre que les conflits d'intérêts sont potentiellement nombreux et importants, surtout dans un domaine aussi sensible que la santé.

Les usagers ont intérêt à recevoir les meilleurs soins dans les meilleurs délais sachant qu'ils contribuent également au financement, soit de façon directe, soit de façon indirecte (comme contribuables ou assurés), qu'il peut y avoir des décalages temporels importants entre les contributions financières et le moment où ils bénéficient des soins et, enfin, qu'ils peuvent choisir entre prestataires de soins publics ou privés.

Pour les personnels médicaux, au-delà des rémunérations, et des conditions de travail, les objectifs peuvent également se traduire en termes de préservation et d'accroissement des compétences et du capital humain.

Les objectifs des financeurs sont également particuliers. Ceux des assureurs varient en fonction de leur forme juridique (mutuelles ou assurances économiques). Quant aux financeurs publics, leurs objectifs, notamment d'équilibre financier, sont fortement contraints par les préoccupations électorales nationales ou locales des élus politiques.

Une catégorie non évoquée est celle des dirigeants qui, dans la perspective de la gouvernance d'une entreprise, sont censés constituer une variable centrale pour expliquer la performance de la firme. Transposée dans un cadre partenarial et appliquée à l'hôpital, cette problématique implique que l'origine d'une moindre performance hospitalière est à rechercher dans les conflits d'intérêts entre les dirigeants et les différentes parties prenantes et, en élargissant, dans une capacité insuffisante des dirigeants à arbitrer entre les conflits d'intérêts entre différentes parties prenantes, voire à profiter de ces conflits, pour satisfaire leurs propres objectifs (rémunération, carrière, enracinement, avantages non pécuniaires...).

Le système de gouvernance hospitalière est alors à examiner dans sa capacité à réduire les coûts d'agence nés de ces conflits d'intérêts.

1.1.3 Spécificités de la gouvernance hospitalière

La gouvernance de l'hôpital, pose autant de défis que d'enjeux en termes de management. En effet, nous aborderons dans nos sous-développements quelques spécificités qui font de l'hôpital cet établissement public administratif dont la pérennité tient, aujourd'hui,

à l'introduction d'une gestion moins administrative et plus entrepreneuriale. Car, comme le dit François Steudler,

« Toute approche de l'établissement de soins en termes managériaux doit tenir compte du fait qu'il n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité »²⁶.

Nombreuses sont ces spécificités à l'hôpital, juridiques et managériales, fonctionnelles et structurelles, statutaires et réglementaires...

Nous pouvons les résumer en deux aspects : Contextuels et structurels

A. Les spécificités structurelles de la gouvernance à l'hôpital

L'hôpital remplit des missions de service public, c'est-à-dire des activités « d'intérêt général que l'administration entend assumer »²⁷.

Le statut d'établissement public administratif lui vaut ainsi d'être régi par « un droit dérogatoire au droit commun »²⁸.

Une spécificité du régime juridique qui entraîne de ce fait une spécificité statutaire de ses agents. Ainsi, l'hôpital et ses agents sont soumis au principe de « service public » et sont également acteurs du management.

B. Les spécificités organisationnelles de la gouvernance à l'hôpital

L'hôpital est « une organisation composite » où coexistent plusieurs mondes. Cette coexistence, entre les mondes de l'inspiration (l'innovation médicale), industriel (la recherche de la performance, notamment scientifique), domestique (prise en charge des patients) et civique (garant de l'accès de tous aux bienfaits de la médecine), est à la fois un défi et une difficulté pour le management²⁹.

La gestion hospitalière constitue un défi par la complexité de l'organisation. Cette complexité tient à « la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle »³⁰.

²⁶ Steudler F. (2004), « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », in C. Amourous, Que faire de l'hôpital ?, Le Harmattan, pp.259-275. In M.N. MBOUNA: « Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes », Thèse de doctorat en sciences de gestion, l'Université Jean Moulin Lyon 3, 28 juin 2010. Cit in KADI. M. Op cit. P43

²⁷ J. Rivéro, J. Waline, (2002), Droit administratif, Dalloz 2002, p. 450, In M.N. MBOUNA, (2010), Op.cit, P116 Cit in KADI. M. Op cit. P43.

²⁸ Idem

²⁹ Pierru F. 1999, « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophcty avortée » p.8. Cit in MBOUNA M, 2010, Op.cit P118 Cit in KADI. M. Op cit. P44.

³⁰ Kervasdoué J. 2004, L'hôpital, Qu'est -sais-je ? PUF, P63. Op.cit, p. 4. Cit in MBOUNAM. , 2010, Op.cit.P119. Cit in KADI. M. Op cit. P45.

La gestion hospitalière constitue une difficulté, pour le manager, par la complexité de l'institution. En effet, l'hôpital est à la fois une entreprise, une entreprise publique et un établissement public de santé. C'est ce que Jean Kervasdoué appelle l'emboîtement institutionnel de l'hôpital »³¹.

C. Les spécificités pratiques de la gouvernance à l'hôpital

Si la gouvernance est un « concept-valise », elle impose une organisation du système de management, des institutions du « siège » avec des instances spécifiques.

Ces instances sont le conseil d'administration et différents comités du conseil. Ces dernières ont en effet le rôle de conseiller les administrateurs par leur action.

L'organisation des instances de gouvernance à l'hôpital répond à une structuration similaire avec le conseil d'administration, dans ce dernier est composé de six (6) catégories de membres (acteurs) représentant les collectivités, les personnels hospitaliers, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers. En outre, le directeur d'établissement et les organismes de tutelle peuvent être admis à titre consultatif.

2. L'audit hospitalier

Les établissements hospitaliers publics rencontrent aujourd'hui plusieurs dysfonctionnements et bouleversements. Pour agir sur ces problèmes et leurs origines, ainsi que pour améliorer la performance des hôpitaux publics, il est nécessaire de trouver un moyen, un outil efficace qui va permettre, d'un côté, de déceler les éventuels dysfonctionnements net en même temps de proposer des solutions, de l'autre côté, qui peut inciter et sensibiliser les gestionnaires hospitaliers à ce comporter mieux et à prendre les bonnes décisions. Ce n'est que l'audit hospitalier qui peut répondre à ces besoins.

2.1 Définition de l'audit hospitalier

L'audit ce n'est que vers 1970 qu'il a été appliqué dans le domaine de la santé. Selon l'OMS il s'agit d'une « procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés »³².

Par rapport à la définition de l'audit hospitalier d'une manière générale, on ne trouve pas une définition bien précise et claire.

³¹ Kervasdoué J. 2004, L'hôpital, Qu'est -sais-je ? PUF, P63. Op.cit, p. 4. Cit in MBOUNAM. , 2010, Op.cit.P119. Cit in KADI. M. Op cit. P45.

³²M. DUPANLOUP, M. COSTE : «Guide méthodologique : l'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation », Paris, 1997, p 9. Cit in KADI. M. Op cit. P53.

L'audit appliqué à l'hygiène hospitalière est défini comme un examen méthodique et indépendant, qui analyse une situation relative à l'hygiène hospitalière « une structure, une organisation, une technique de soins, ... ». Il peut être un audit global ou spécifique, qui doit obéir à une objectivité et à une méthodologie rigoureuse. Il permet d'évaluer la qualité d'un processus de soins et l'application des bonnes pratiques en hygiène hospitalière selon les objectifs prédéterminés par rapport à un référentiel. Il participe à une démarche d'assurance qualité, qui est « un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfait aux exigences données relatives à la qualité »³³.

En résumé, on peut dire que l'audit hospitalier est un audit d'une ou plusieurs fonctions assurées par les différents services d'une organisation hospitalière.

2.2 Typologie, instruments de mesure et objectifs de l'audit hospitalier

Au cours de ce point, nous allons cerner la typologie de l'audit hospitalier puis nous allons signaler ses objectifs.

2.2.1 Typologie de l'audit hospitalier

En fonction du réalisateur de l'audit, les audits mis en œuvre dans les établissements hospitaliers peuvent être de deux ordres.

A. Audit « externe » à l'hôpital

C'est un audit effectué par des professionnels extérieurs à la structure. Conduit par des sociétés de conseil ou des experts, il est orienté sur l'organisation et les procédures.

B. Audit « interne » à l'hôpital

C'est un audit effectué à la demande d'un établissement ou d'un service. C'est donc un audit à usage interne, effectué pour améliorer le fonctionnement interne de l'hôpital. L'audit est effectué par des professionnels appartenant à la structure, mais n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité³⁴.

En fonction de l'orientation de l'audit, on peut y trouver les types suivants :

- **Les audits de structure**

Analysent les structures organisationnelles, ressources,... qui existent à l'hôpital. Ils sont chargés de l'audit des ressources humaines, matérielles et financières (architecture, locaux), ainsi que de l'audit de ressources (mobilier, matériel, consommables).

- **Les audits de procédures**

³³ ANDEM « Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale » France, 1996

³⁴ M. DUPANLOUP, M. COSTE, 1997, Op. Cit, P10. Cit in KADI. M. Op cit. P54.

Dont l'objectif est de vérifier que les procédures sont bien décrites, qu'elles sont systématiquement mises en œuvre et que les résultats escomptés sont bien atteints, mais aussi de mesurer les écarts par rapport aux objectifs et de proposer des corrections pour les améliorer. Les auditeurs analysent ici le cœur du métier et doivent donc être des professionnels du champ expertisé.

▪ **Les audits de résultats**

Qui ne s'intéressent qu'à la performance. Ces audits sont souvent assez proches de certains travaux scientifiques évaluant les résultats d'un travail donné. Il s'agit de l'évaluation, a posteriori, des retombées observables d'une telle activité, programme sur l'organisation.

Ces résultats sont appréciés en fonction des objectifs de l'action, objectifs préalablement établis ou corrigés en cours de route. Il s'agit là de résultats attendus, conformes aux objectifs de départ. Mais une action peut se solder par une série de résultats inattendus, dépassant le cadre des objectifs.

2.2.2 L'instrument de mesure utilisé dans l'audit hospitalier

Plusieurs types d'instruments de mesure peuvent être utilisés :

A. La grille d'observation

Elle est complétée lors d'une observation directe par l'auditeur, sans interaction avec les personnes auditées. Cette technique a des avantages et des limites. Parmi ses avantages, on peut citer : la fiabilité, les réponses sont instantanées, ...

Parmi ses limites, on peut signaler : activité particulièrement chronophage (nécessite beaucoup du temps) et la difficulté de mener des observations sur de larges échantillons.³⁵

B. La grille d'entretien

Complétée au cours d'une interview directe avec la (ou les) personne(s) auditée(s). Parmi les avantages de cet instrument de mesure, on peut trouver : la fiabilité, la rapidité, le contact humain, la disponibilité de l'audité...etc

Elle comporte des inconvénients : cette technique consomme du temps, nécessite une grande disponibilité de l'auditeur et comporte un biais important si la technique n'est pas maîtrisée. La personne interviewée peut être influencée par l'auditeur qui peut lui même induire des réponses au cours des reformulations.

C. Le questionnaire auto-administré

³⁵ M. DUPANLOUP, M. COSTE, 1997, Op. Cit, P12. Cit in KADI. M. Op cit. P55.

Il est complété par la personne auditée. Cet instrument permet de questionner un grand nombre de personne. Il est plus au moins fiable et les réponses sont différentes.

En utilisant cet instrument, il peut y avoir une sous-estimation, comme il peut arriver qu'il n'y ait pas de réponses.

Bien entendu, chacun de ces instruments a ses avantages et ses inconvénients. Quelque soit le type d'instrument utilisé, il est essentiel de le tester avant la conduite de l'audit.

2.2.3 Objectifs de l'audit hospitalier

Chaque audit effectué a ses propres objectifs qui sont déterminés bien avant la mise en œuvre de celui-ci. D'une manière générale, les principaux objectifs visés par l'audit hospitalier sont :

- Informer et sensibiliser le personnel ;
- Déterminer la conformité du système hospitalier : Il permet de mesurer d'éventuels écarts et de déterminer son efficacité ;
- Donner à l'audit (hôpital ou service hospitalier) l'occasion d'améliorer son système, de déterminer les progrès accomplis et le chemin qu'il reste à parcourir ;
- Evaluer et comparer quantitativement (nombre d'acte) ou qualitativement les pratiques professionnelles dans des intervalles régulières ou dans un processus continu ;
- Mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue ;
- Améliorer les pratiques de soins³⁶.

2.3 La relation existante entre la gouvernance et l'audit hospitalier

Ici, nous allons essayer de déterminer le lien qui existe, en général, entre la gouvernance hospitalière et l'audit hospitalier. En d'autre terme, Dans quelles conditions le système de gouvernance hospitalière peut-il favoriser l'implantation et le développement d'une culture d'audit ? Et vice-versa : l'implantation d'une culture d'audit peut-elle contribuer à améliorer le régime de gouvernance de l'hôpital public ?

Différentes parties prenantes participent à la gouvernance hospitalière. Comme nous l'avons déjà signalé, il y a l'implication du financeur (public ou non) et des usagers dans la gouvernance hospitalière par leur représentation dans le conseil d'administration de l'hôpital.

Ces deux acteurs demandent à être informés sur la gestion de l'hôpital ; ils veulent disposer de toutes les informations qui circule au sein de celui-ci. Ils veulent aussi avoir plus de pouvoir pour contribuer à la prise de décision. Pour le financeur, l'information lui permet

³⁶ KADI.M. Op cit. P55

de vérifier si les ressources qu'il met à la disposition de cet hôpital sont utilisées efficacement et qu'il n'y a une forme ou une autre de gaspillage. Pour les usagers, l'information leur permet de garantir la qualité des services qui leurs sont fournis au sein de l'hôpital.³⁷

Dans ce contexte, ces acteurs ont un intérêt à développer la demande d'audit de l'hôpital qui va leur permettre d'être mieux informés, ainsi que d'évaluer et de contrôler les décisions prises par les dirigeants au sein de celui-ci. Pour y arriver, ils doivent avoir assez de poids dans le régime de gouvernance hospitalière.

Enfin, on peut conclure que le système de gouvernance hospitalière peut favoriser ou non l'implantation et le développement de la culture d'audit hospitalier. Cela est conditionné par la représentativité des différentes parties prenantes dans cette gouvernance. S'il y a une prise en compte d'un nombre d'acteurs d'importance comparables (les usagers et les financeurs, y compris), cela peut favoriser davantage la demande d'audit hospitalier.

En ce qui concerne l'effet du développement d'une culture d'audit sur la gouvernance hospitalière, on peut dire que l'implantation de l'audit et sa mise en œuvre au sein de l'hôpital public va aider largement les dirigeants et les gestionnaires hospitaliers à la prise de décision, tout en les responsabilisant. L'audit leur fournit des informations sur d'éventuels problèmes ou dysfonctionnement et des recommandations pour les dépasser. Cela c'est au niveau de la direction de l'hôpital. C'est également la même chose au niveau du conseil d'administration.

L'audit hospitalier aide les membres du conseil d'administration de l'hôpital à prendre de bonnes décisions concernant toutes les délibérations qu'il mène. En conclusion, on peut dire que l'audit hospitalier contribue à la bonne gouvernance des hôpitaux publics.

2.3.1 L'actuel régime de gouvernance hospitalière est-il favorable à l'implantation et au développement d'une culture d'audit ?

La gouvernance hospitalière s'articule autour de trois échelons : la tutelle (ministère de la santé), le CA et la direction. Une bonne gouvernance hospitalière sera atteinte si une meilleure répartition des rôles entre ces échelons est conçue.

Comme nous avons déjà vu dans la troisième section du premier chapitre l'organisation et la gestion des établissements publics hospitaliers, le CA est le meilleur représentant des différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière³⁸.

Certes le CA de l'hôpital délibère sur tous les points cités plus haut, mais l'aval de la tutelle reste toujours de mise, on est encore loin d'une réelle autonomie administrative. Ainsi,

³⁷KADI. M. Op cit. P48.

³⁸ Idem, P48.

la quasi-totalité des décisions du CA doivent être avalisées par la tutelle. C'est pour cela qu'on peut dire que le champ des délibérations du CA est assez restreint. Ce qui n'est pas favorable à l'implantation et au développement de la culture de l'audit hospitalier.

On constate qu'un certain nombre de spécificités caractérisent le système de gouvernance hospitalier, notamment sa mission de garantir l'intérêt général. Si les différents acteurs impliqués dans la gouvernance hospitalière, notamment les usagers et les financeurs, sont d'importance comparable, c'est-à-dire ils ont tous le même poids dans cette gouvernance, cela peut favoriser d'avantage la demande d'audit de l'organisation hospitalière.

On peut signaler qu'afin de garantir la bonne gouvernance des organisations hospitalières, qui à son tour favorise la demande d'audit, il est nécessaire d'assurer une bonne représentativité des différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière. De même, l'implantation de l'audit hospitalier va servir davantage à la responsabilisation des différents acteurs impliqués dans la gouvernance hospitalière, donc en quelque sorte, il contribue à l'amélioration de cette dernière.

2.4 Motivations des demandes d'audit et les facteurs de réussite

Ce point traite des facteurs qui motivent la demande d'audit hospitalier, ainsi que les facteurs qui contribuent à la réussite de ce dernier³⁹.

2.4.1 Motivation des demandes d'audit hospitalier

Les motivations de l'audit diffèrent selon le demandeur d'audit et/ou la fonction/service audité.

Selon le service audité, la motivation de la demande d'audit hospitalier est différente d'un service à l'autre :

- Le désir de savoir où se situer par rapport aux autres services et comment progresser ;
- L'audit peut être demandé pour valider une politique de qualité pour en objectiver les résultats par rapport à l'administration ou à la communauté hospitalière ;
- Des services en cours de restructuration recours à l'audit des conseils pour cette restructuration ;
- Des services confrontés à un nouveau projet hospitalier cherchent à travers l'audit des justifications aux nouvelles orientations.

³⁹ KADI. M. Op cit. P56.

Selon le demandeur de l'audit, celui-ci peut être motivé par :

- S'il est demandé par les financeurs, l'audit est demandé pour savoir si les ressources mobilisées sont utilisées efficacement et de s'assurer qu'il n'y a pas de gaspillages. Ainsi que pour inciter les gestionnaires à la maîtrise des coûts ;
- S'il est demandé par les usagers, l'audit est motivé par le désir des usagers de s'assurer de la qualité des soins qui leurs sont fournies ;
- L'audit demandé par la tutelle peut être motivé par le fait des dysfonctionnements qui sont observés au sein des hôpitaux et par le désir de la tutelle de disposer des informations sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital audité,...

L'audit peut être aussi déclenché après identification de certains facteurs, dont :

- Problèmes à répétition : dans le cas où il y a une reproduction au cours du temps des problèmes au sein de l'hôpital, il aura recours à l'audit pour détecter les origines de ces problèmes pour ensuite agir sur eux. Par exemple : une pénurie « chronique » de produits pharmaceutiques, il est nécessaire d'effectuer un audit de la gestion des stocks de médicaments
- Gravité d'une situation : on peut citer comme exemple la propagation des infections nosocomiales. Un audit clinique peut contribuer à résoudre ce problème.

2.4.1 Les facteurs de réussite de l'audit hospitalier

Il existe trois facteurs qui peuvent contribuer d'avantage à la réussite de l'audit hospitalier, qui sont ⁴⁰ :

A. L'implication

Si le directeur de l'établissement n'est pas le demandeur, il est nécessaire de solliciter son accord et d'obtenir son soutien. L'audit est un instrument majeur d'aide à la décision, car il constitue un des moyens d'information qui permet de réduire l'incertitude des connaissances, à un moment donné. Il doit donc répondre à un besoin réel.

Au cours du déroulement de l'audit, il est nécessaire que le personnel de l'établissement audité soit impliqué dans cet audit, et cela va faciliter l'accomplissement de la mission d'audit.

⁴⁰ KADI. M. Op cit. P57.

B. Organisation

La bonne réalisation de l'audit sera en fonction du temps de réflexion des différents acteurs motivés, ainsi que de la préparation rigoureuse et stratégique. La phase préparatoire de l'audit est très importante ; l'auditeur doit donc effectuer au préalable un travail d'organisation.

Il est nécessaire que les étapes préparatoires soient organisées, planifiées, gérées et financées.

L'auditeur au cours de la phase de préparation de l'audit prépare sa mission en prenant connaissance du référentiel applicable (procédures, réglementation, bonnes pratiques,...) relatif au thème de sa mission. Il élabore un guide d'audit : points à vérifier, questions à poser. Puis il décrit les tests d'audit qu'il devra déployer pour mener à bien sa mission.

C. Communication

La réalisation de l'audit, qui exige des qualités relationnelles et professionnelles des auditeurs, ne peut se faire que si cette étape est correctement pensée. L'audit doit être conduit suivant une méthodologie rigoureuse. Une communication sans faille entre tous les acteurs est indispensable (décideurs, demandeurs, auditeurs et audités)

2.5 Culture d'audit et performances des structures hospitalières publiques

L'implantation de la culture d'audit des organisations hospitalières va aider largement les différents dirigeants à la prise de décision.

L'auditeur peut être amené à vérifier l'application des procédures, la bonne utilisation des moyens, la pertinence des objectifs, la compréhension de la politique du service, le degré de mobilisation du personnel... c'est-à-dire l'ensemble des préoccupations des différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière.

Dans ce contexte, l'audit signale les écarts et leurs origines. Il permet aussi de détecter les problèmes. En bref, l'audit permet de vérifier la bonne marche d'un service ou d'un établissement⁴¹.

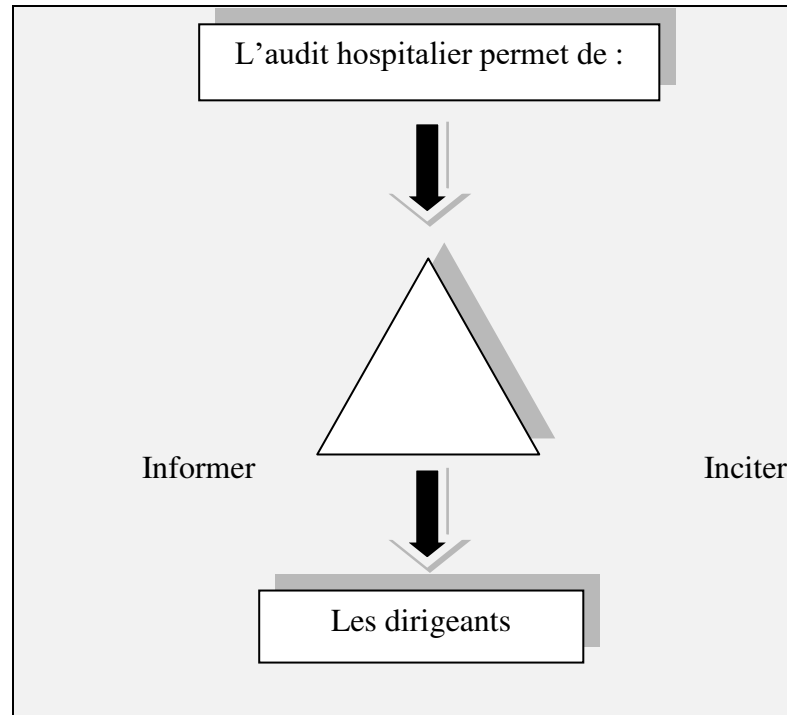
La mission de l'audit ne s'arrête pas à la seule vérification et au contrôle. En plus de ceux-ci, l'audit effectué fournit des informations aux gestionnaires et aux dirigeants hospitaliers, ce qui les aide dans leur prise de décisions et leur permet d'agir sur les problèmes détectés. L'audit permet aussi d'inciter et de sensibiliser les gestionnaires hospitaliers. D'un autre côté, il permet à la tutelle d'avoir un aperçu sur la situation de

⁴¹ KADI. M. Op cit. P58.

l'établissement public hospitalier audité et il permet de dégager les responsabilités sur d'éventuels dysfonctionnements.

Le triangle suivant synthétise l'influence de l'audit sur les gestionnaires hospitaliers

Figure 06 : influences de l'audit sur les gestionnaires hospitaliers



Source : Réalisé par nos soins

De là, on peut dire que l'audit incite et aide les gestionnaires à la prise de décision et à une meilleure utilisation des ressources disponibles. Il contribue donc à une utilisation efficace et efficiente de l'ensemble des ressources fournies par les financeurs de l'hôpital (public ou non). C'est aussi un outil indispensable au suivi et à l'amélioration de la performance des hôpitaux publics.

Enfin, nous pouvons conclure que quelque soit le type d'audit hospitalier effectué, celui-ci participe d'avantage à l'amélioration de la performance de l'hôpital. Et cela par sa capacité à découvrir les différents problèmes, dysfonctionnements et insuffisances dans le système de gestion de l'hôpital, ce qui permet de trouver des solutions pour les corriger.

L'audit hospitalier sert, également, à mesurer et à améliorer l'efficacité managériale de la direction de l'hôpital. Autrement dit : il sert à améliorer le « management » de l'hôpital, à savoir l'utilisation efficiente des ressources pour accomplir convenablement la mission de l'hôpital public, cela à travers sa participation dans l'incitation et à la sensibilisation des dirigeants et des gestionnaires hospitaliers.

Nous pouvons dire que l'audit joue un rôle déterminant dans le fonctionnement et l'amélioration de la performance des organisations hospitalières publiques. Vu l'intérêt de l'audit hospitalier, l'objet de la section suivante sera consacré à l'audit hospitalier dans les hôpitaux Algériens.

Section 03 : L'implantation d'audit interne au sein des hôpitaux Algérien

Au cours de cette section, nous allons traiter au premier lieu les raisons qui poussent à développer la culture de l'audit hospitalier en Algérie, puis nous allons énumérer les différents facteurs entravant l'implantation et le développement de cette culture et des recommandations pour en dépasser ces facteurs, ainsi que nous allons essayer de déterminer quel système d'audit hospitalier (utiliser, adapter) en Algérie, en terminant par les systèmes d'accréditation hospitalière.

1. L'audit hospitalier en Algérie : Etat des lieux

Depuis longtemps, les hôpitaux algériens sont soumis à des contrôles externes effectués par la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances (IGF), mais trop souvent axés sur l'aspect comptable et financier.

Aussi, une question se pose : Qu'est-ce qui explique les faiblesses de la culture de l'audit au niveau des hôpitaux algériens ? Et quel est l'intérêt de développer une telle pratique en Algérie ?

1.1 La nécessité de développer un système d'audit hospitalier en Algérie

La culture de l'audit hospitalier reste jusqu'à maintenant très embryonnaire en Algérie.

Dans le contexte algérien, la pratique de l'audit est d'une importance vitale. Il y a urgence à moderniser la manière de faire de l'hôpital public. Mais pour quelles raisons ?

D'abord, multiples dysfonctionnements et problèmes sont rencontrés par les hôpitaux publics algériens tels que : Mauvaise gestion de l'activité et des équipements, mauvaise répartition des moyens humains et matériels, rupture des stocks de médicaments et pannes répétées du matériel médical⁴².

Afin de détecter les origines de ces dysfonctionnements ainsi que pour agir sur eux, il est nécessaire d'implanter une culture de l'audit dans les établissements hospitaliers.

De même, l'implantation de l'audit hospitalier au sein des hôpitaux algériens permettra de responsabiliser davantage les gestionnaires hospitaliers. Il permettra aussi aux

⁴² CHALAN. S : « L'hôpital algérien malade de sa gestion », Polycopié du cours : « Organisation et Gestion des structures de santé », Licence en Economie de la Santé, 2010-2011, p 24. Cit in KADI. M. Op cit. P60.

assurés sociaux et à l'État d'agir en « propriétaires responsables », c'est-à-dire de veiller à leurs intérêts propres.

L'audit hospitalier améliore également la communication interne. C'est un processus de concertation où la mission de l'hôpital public est placée au premier rang des priorités. Il améliore la transparence et tend à situer l'institution hospitalière par rapport à des normes.

Dans un hôpital, on mesure la performance de tous les services, par ailleurs, on doit établir une grille de comparaison entre hôpitaux similaire. On peut alors mesurer les améliorations : Quel hôpital s'améliore le plus et dans quel service ? Il y aurait comme une compétition inter-hospitalière qui s'établirait pour le bien de tous. La probabilité de s'améliorer sans développer la culture des audits hospitaliers est si faible qu'il devient urgent d'entreprendre son introduction, son élargissement et sa modernisation⁴³.

1.2 Les facteurs entravant le développement de la culture de l'audit hospitalier en Algérie

La culture de l'audit hospitalier est sous-développée en Algérie. Plusieurs facteurs entravent son implantation et son développement. Parmi eux, on peut citer :

1.2.1 Le mode de financement

Des hôpitaux publics algériens, tel qu'il est aujourd'hui, ne favorise pas le développement de la culture d'audit hospitalier. Le financement par budget global alloué par la tutelle n'incite pas les gestionnaires hospitaliers à maîtriser leurs coûts et les rendent désintéresser concernant l'évaluation de leurs activités afin de s'améliorer. De là, on peut évoquer qu'il n'y aura pas assez de demande d'audit interne.

De même, le fait que la tutelle ne rencontre pas des contraintes financières (avec l'envolée du prix des hydrocarbures), cela ne va pas favoriser le développement de la culture d'audit hospitalier, qui va servir à la maîtrise des dépenses et des coûts hospitaliers et à l'amélioration permanente de la performance de l'hôpital.

En définitive, il est indispensable d'agir sur ce facteur mode de financement afin d'implanter et de développer la culture de l'audit hospitalier.

1.2.2 L'Absence d'autonomie de gestion

Au sein des hôpitaux algériens, les décisions sont trop centralisées. Il n'y a pas une « autonomie de gestion » et cela ne favorise pas la demande d'audit. S'il y a une autonomie de gestion, les dirigeants hospitaliers ont intérêt de demander des audits - interne ou externe - qui les aident dans leur prise de décision et leur permet ainsi de s'améliorer.

⁴³CHALAN. S. Op.cit., p 22. Cit in KADI. M. Op cit. P61.

Malheureusement, on constate en Algérie l'absence d'autonomie de gestion, ce qui fait que la culture de l'audit reste très embryonnaire.

1.2.3 Un système de gouvernance hospitalière déficient

La gouvernance hospitalière doit garantir l'intérêt de toutes les parties prenantes, et ce en assurant leur représentativité au sein des instances décisionnelles. Cela suppose entre autres une meilleure répartition des rôles entre tutelle, CA et direction de l'hôpital.

Quand nous avons étudié la gouvernance hospitalière en Algérie, nous avons soulevé des insuffisances remarquables qui la caractérisent. La tutelle, qui est le principal décideur en matière de santé, le CA, qui ne représente pas efficacement toutes les parties prenantes (marginalisation de certaines parties), les directeurs, qui ne bénéficient pas d'assez de marge de manœuvre... En définitive, on peut dire d'une manière plus générale qu'il n'y a pas une répartition efficace des rôles entre les trois échelons de pouvoirs à l'hôpital algérien.

Cette déficience qui caractérise la gouvernance hospitalière ne favorise pas l'implantation et le développement d'une culture de l'audit hospitalier.

La sécurité sociale, si elle était mieux représentée dans le CA, va favoriser davantage la demande d'audit. L'explication est simple. Il est dans son intérêt de savoir où comment sont utilisées les ressources qu'elle débourse pour l'hôpital. Le but est d'inciter les gestionnaires hospitaliers à la maîtrise des coûts et une affectation optimale des ressources allouées.

De même, si les usagers sont bien représentés dans le CA de l'hôpital, cela peut favoriser l'implantation et le développement de l'audit hospitalier, car les usagers veulent disposer d'informations sur l'hôpital et sur la qualité des services qui leur sont fournis. Ce qui permettra d'inciter les gestionnaires hospitaliers à améliorer la qualité des services fournis à la population.

En résumé, on peut dire qu'en Algérie les différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière ne sont pas bien représentées. Il y a aussi un déséquilibre en matière de répartition de rôles et des pouvoirs entre les trois échelons intervenants à la gouvernance hospitalière (tutelle, CA et direction).

2. Mise en place de l'audit hospitalier en Algérie

L'audit hospitalier est un outil qui ne connaît pas encore une application dans beaucoup d'établissements publics de santé. Cependant, un intérêt a été manifesté par la plus haute autorité du ministère pour sa création dans les établissements publics autonomes de santé.

2.1 Les institutions susceptibles d'effectuer un audit hospitalier en Algérie

Enraciner dans l'institution hospitalière une culture de l'audit n'est pas chose aisée. En

Algérie, seules quelques grandes entreprises la pratiquent, mais souvent sans aller au fond des choses. Les auditeurs internes n'ont pas l'indépendance et les prérogatives essentielles pour effectuer convenablement leurs missions. En matière d'audit hospitalier, l'Algérie a déjà des institutions qui pourraient jouer un rôle de machine : Cour des Comptes, Inspection Générale des Finances, ANDRS etc., à condition de leur donner les moyens et l'autorité qu'il faut. L'hôpital public a aujourd'hui besoin d'aller dans cette direction pour améliorer son fonctionnement.

En dehors de la Cour des Comptes et de l'Inspection Générale des Finances, on peut créer des institutions particulièrement spécialisées en audit hospitalier. Elles doivent être autonomes et doter de l'autorité et de tous les moyens nécessaires pour qu'elles accomplissent convenablement leurs missions.

2.2 La favorisation de l'implantation et le développment d'une culture d'audit dans les établissements de santé

Pour solutionner tous ces facteurs entravant le développement de la culture de l'audit hospitalier en Algérie, nous proposons les recommandations suivantes ⁴⁴:

2.2.1 On peut agir sur le mode de financement

Cela en remplaçant le financement par budget global par le mode de tarification à l'activité. Ce dernier est plus apte à favoriser le développement de la culture d'audit. Et cela par l'instauration d'une tarification à l'activité, les dirigeants hospitaliers seront incités à maîtriser leurs coûts et à utiliser efficacement leurs ressources, améliorant par-là les performances de l'hôpital public. Le recours à l'audit peut être un outil très important d'aide à la décision. L'audit permet de contrôler et d'évaluer les activités de l'hôpital et fournir des jugements sur celles-ci et des recommandations pour les améliorer. Il permet aussi d'aider les dirigeants hospitaliers lors de la planification de leurs activités futures.

De même, avec un éventuel passage à une tarification à l'activité, le payeur collectif (sécurité sociale) est d'avantage incité à suivre l'utilisation des ressources qu'il fournit à l'hôpital. Ainsi, le recours à l'audit est le moyen le plus efficace de lui fournir les informations dont il a besoin.

En définitive, un éventuel passage à une tarification à l'activité est de nature à favoriser l'implantation et le développment d'une culture de l'audit hospitalier.

⁴⁴ CHALAN. S. Op.cit., p 24. Cit in KADI. M. Op cit. P62.

2.2.2 Donner plus d'autonomie de gestion aux dirigeants des hôpitaux

Quand les directeurs se trouvent dans une situation où ils sont obligés de prendre des décisions qu'ils doivent assumer, ils sont davantage incités à recourir à des outils d'aide à la décision, notamment à l'audit.

Donc, le développement de la culture de l'audit hospitalier est intimement lié au degré d'autonomie et de responsabilisation des dirigeants hospitaliers.

2.2.3 Ajuster le système de gouvernance hospitalière

D'abord, il faut redéfinir la répartition des rôles entre la tutelle, le CA et la direction. La tutelle doit donner une certaine autonomie au CA et aux directeurs, mais elle doit les responsabiliser afin de les inciter à suivre et à évaluer le fonctionnement et la performance des hôpitaux, notamment par le recours à l'audit.

Afin de favoriser l'implantation et le développement de la culture d'audit, il est nécessaire de passer d'un modèle administré, qui caractérise jusqu'à maintenant la gouvernance hospitalière, à un modèle partenarial. Celui-ci postule que le management de l'organisation ne doit pas seulement tenir compte de l'intérêt de ses propriétaires (Etat), mais plus largement des différents partenaires impliqués dans son fonctionnement (usagers, financeurs, personnel).

Cela veut dire que toutes les parties prenantes à la gouvernance hospitalière ont un certain pouvoir d'agir et qui leurs permettent de contribuer à la prise de décision.

Un éventuel passage à un modèle partenarial est de nature à favoriser la demande d'audit, car chacune des parties prenantes va le demander pour des raisons qui lui sont propres.

En outre, il est nécessaire de redéfinir la composition du conseil d'administration de l'hôpital. Le CA doit assurer une meilleure représentation de toutes les parties prenantes à la gouvernance hospitalière.

Les usagers et la sécurité sociale (le financeur principal des soins hospitaliers en Algérie) sont aujourd'hui mal représentés dans le CA de l'hôpital ; il faut leur donner plus de sièges dans le CA, parce qu'une meilleure représentativité des usagers et des organismes de sécurité sociale peut favoriser d'avantage la demande d'audit hospitalier.

2.2.4 Créer de nouvelles institutions spécialisées en audit hospitalier

Cependant elles doivent être autonome des pouvoirs publics et doté de tous les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions (audit). L'audit qui sera conduit par ces institutions va être pertinent et les recommandations fournies seront bien précises et elles vont servir largement à l'amélioration de la fonction et/ou l'activité auditée. Cette situation va

encourager les différentes parties prenantes à demander des audits qui seront effectués par ces institutions puisque, elles auront plus confiance dans les recommandations fournies par celles-ci. Donc, nous constatons que l'existence d'organismes autonomes et spécialisés en audit hospitalier peut favoriser l'implantation et le développement d'une culture d'audit.

2.3 Le système d'audit hospitalier pour l'Algérie

Afin que l'audit hospitalier soit actif et pour qu'il contribue à l'amélioration du fonctionnement et de la performance des hôpitaux algériens, il est nécessaire d'être bien organisé et que les conditions préalables à sa mise en œuvre soient satisfaites. Il faut qu'il y ait un changement dans le régime de gouvernance hospitalière afin de favoriser la demande d'audit. Il faut également renforcer le dispositif institutionnel chargé de la mise en œuvre de l'audit hospitalier. L'AH peut être effectué soit par des institutions déjà existantes (Cour des Comptes, IGF, ANDRS...), à condition de les rendre autonomes et de les doter en moyens nécessaires, soit par de nouvelles institutions (indépendantes et autonomes) éventuellement créer à cette occasion⁴⁵.

En ce qui concerne l'organisation du système d'audit hospitalier, il est nécessaire de codifier les pratiques d'audit hospitalier par la conception d'un cadre méthodologique. Comme il doit suivre une méthodologie unifiée bien claire et précise (préparation, réalisation, rapport et suivi). Avant la mise en œuvre de tout audit, les objectifs de celui-ci doivent être bien définis.

La phase préparatoire de l'audit hospitalier doit être bien structurée et bien déterminée : choix du thème, choix de référentiel, choix des instruments de mesure...L'implication du personnel hospitalier à la démarche d'audit est très nécessaire. La participation de ce personnel s'avère donc indispensable à la réussite du projet d'implantation d'une culture d'audit dans l'institution hospitalière. Aussi, les personnes désignées à effectuer l'audit doivent avoir de bonnes qualités relationnelles et professionnelles. En d'autre terme, une bonne communication doit exister entre tous les acteurs (décideurs, demandeurs, auditeurs et audités).

Enfin, pour que le système d'audit hospitalier algérien atteigne ses objectifs et arrive à améliorer le fonctionnement, la performance des hôpitaux publics, il est nécessaire de minimiser l'intervention de la tutelle et il faut également définir un cadre méthodologique qui régit cette procédure.

⁴⁵ KADI. M. Op cit. P64.

3. L'accréditation hospitalière

En Algérie, comme nous l'avons déjà signalé précédemment, l'audit hospitalier reste très embryonnaire. Il y a toutefois une petite expérience d'évaluation de la qualité des soins (accréditation hospitalière), qui est l'une des formes de l'audit hospitalier initié par l'ANDRS.

L'évaluation de la qualité des soins dans un hôpital semble l'une des formes les plus importantes d'audit hospitalier, car elle fait ressortir les éléments d'amélioration de la qualité.

Au cours de cette sous-section, nous allons d'abord traiter de l'accréditation⁴⁶ hospitalière, ses, objectifs, sa procédure, puis nous allons procéder à une étude comparative de quelques systèmes d'accréditation hospitalière. Enfin, nous allons étudier l'accréditation hospitalière en Algérie⁴⁷.

3.1 L'accréditation hospitalière comme outil de maîtrise de la qualité dans les établissements de santé

Elle est un outil indispensable pour l'amélioration de la qualité de soins. L'accréditation est, certes une preuve et une garantie supplémentaire pour les malades séjournant dans les établissements de santé. En effet, les malades sont rassurés quant au bon fonctionnement de ces établissements selon un certain nombre de standards et de normes bien établies et que les pratiques exercées (médicales, paramédicales et gestionnaires) sont régulièrement contrôlées.

La qualité des soins est l'une des préoccupations majeures des structures de soins. Avant de parler de l'accréditation hospitalière, il est très important de cerner ce qu'est la qualité des soins.

3.1.1 La qualité des soins

La qualité des soins est appréciée différemment selon les acteurs et les logiques qui animent les innombrables acteurs du système de soins (perception des professionnels de santé, des malades, des gestionnaires des établissements des soins, de la sécurité sociale et des pouvoirs publics)⁴⁸.

Suite à la diversité des perceptions de la notion de qualité, nous retiendrons une définition qui est universellement acceptée, c'est celle proposée par un panel international sous

⁴⁶ Aux Etats-Unis d'Amérique l'accréditation des établissements de soins est un préalable à l'octroi des financements pour ces établissements.

⁴⁷ KADI. M. Op cit. P78.

⁴⁸ A. Giraud « évaluation médicale des soins hospitaliers » ; édition Economica, Paris, 1992. In M. SALMI : « L'accréditation des établissements de soins en Algérie : outil de la reconnaissance, de la mise en œuvre et de l'incitation de la qualité des soins », in F.Z. OUFRIHA : « Transition et système de santé en Algérie », CREAD, Alger, 2009.

la conduite de l'ISO (organisme international chargé de standardiser la qualité) qui considère la qualité comme : « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites »⁴⁹.

D'après cette définition, la qualité des soins doit répondre simultanément à des besoins explicites, c'est-à-dire à ceux exprimés et attendus par leurs auteurs, et à des besoins implicites comme ne pas être exposé à des erreurs médicales ou être victime d'une infection nosocomiale (attraper une maladie à l'occasion d'un séjour passé dans un hôpital).

3.1.2 l'accréditation des établissements de santé

L'accréditation d'un établissement de santé peut se définir comme « une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses tutelles, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé »⁵⁰.

De cette définition, plusieurs éléments-clefs peuvent être retenus. Premièrement, l'accréditation est effectuée par un organisme indépendant. Deuxièmement, cette accréditation concerne l'ensemble du fonctionnement de l'établissement de santé et toutes ses pratiques, que ce soit les pratiques médicales ou les pratiques gestionnaires. Aussi, l'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

3.1.3 L'apport de la procédure d'accréditation

Dans tous les systèmes de santé où elle a été instaurée, l'accréditation a pour objet l'amélioration de la qualité des soins. Elle favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. L'accréditation a six (06) objectifs principaux⁵¹ :

- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité ;

⁴⁹ Dr Christophe Segouin, Dr Alain Bérard : « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005. In M. SALMI, 2009, op cit.

⁵⁰ Définition relevée de l'article du Dr Christophe Segouin, du Dr Alain Bérard « principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » op cité, in M. SALMI (2009), op cit

⁵¹ Normes ISO 9000 version 1994, Editions AFNOR. In H. MIGNARDOT et H. DION : « ISO 9000 en santé bilan Accréditation et certification au service biomédical », Projet DESS "TBH", UTC, 2000, pp 30.

- La formulation de recommandations explicites ;
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements ;
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- L'amélioration continue de la confiance du public.

Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, l'accréditation permet, également, aux professionnels de l'établissement de santé de :

- Réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- Reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- Définir des actions prioritaires ;
- Faire évoluer leur façon de travailler.

3.1.4 Déroulement d'une procédure d'accréditation

Généralement, la procédure d'accréditation d'un établissement de santé est commune.

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- Entrée de l'établissement de santé dans la procédure ;
- Réalisation d'une auto-évaluation par l'établissement de santé ;
- Visite de l'établissement et rédaction d'un rapport par des experts-visiteurs ;
- Formulation d'observations par l'établissement de santé sur le rapport des experts-visiteurs ;
- Etude du rapport des experts-visiteurs et des observations de l'établissement ;
- L'organisme accréditeur valide ensuite le rapport prénommé ;
- Elaboration du compte-rendu d'accréditation (contient les informations suivantes : la présentation de l'établissement de santé, le déroulement de la procédure d'accréditation, des conclusions sur la situation de l'établissement).

3.2 Quelques systèmes d'accréditations hospitalières étrangères

Dans de nombreux pays, l'accréditation a été mise en place par des institutions gouvernementales ou des organisations professionnelles afin d'améliorer la qualité.⁵²

Parmi ces organisations, nous citons quelques-unes :

- Joint Commission on Accreditation of Health care Organisation (JCAHO) créée en 1950 aux États-Unis d'Amérique ;

⁵² KADI. M. Op cit. P81.

- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) créée en 1958 ;
- l'Australian Council of Health Care Standards créée en 1974 ;
- King's Fund Organisational Audit créée en 1995 au Royaume-Uni ;
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) créée en 1996 en France, ...

Pour une explication plus enrichissante nous allons faire une brève comparaison entre quelques systèmes d'accréditation, à savoir : les points communs, ainsi que ce qui les différencient.

Il existe quatre caractéristiques communes de système d'accréditation de ces organisations, sont :

- La prise en compte de l'ensemble de l'organisation des soins ;
- L'existence d'un manuel (ou référentiel) rassemblant les standards de qualité ;
- La visite réalisée sur site.
- La formalisation de la procédure par la production d'un rapport d'accréditation.

Il existe quatre divergences de ces organisations à savoir :

- Les origines de l'accréditation (pouvoirs publics, professionnels ou autres),
- Les responsables de sa mise en place et de son pilotage (professionnels, tutelle ou autres),
- Le caractère volontaire
- Le nom de la démarche et ses conséquences.

De cette étude comparative, on peut conclure que malgré les divergences des principaux systèmes d'accréditation, ceux-ci ont un but ultime : amélioration de la qualité des soins et cela quels que soient les caractéristiques propres de chaque système de santé.

3.3 L'accréditation des établissements de santé en Algérie

En Algérie, la question de l'accréditation des établissements de santé n'est pas posée avec intensité à l'heure actuelle. En effet, les pouvoirs publics semblent se donner le temps nécessaire pour amorcer l'inévitable processus, à savoir : l'introduction de la fonction qualité dans les structures publiques de soins. Pour l'heure, il s'agit de mettre en place les préalables à l'accréditation à travers les différentes mesures qui ont pour ultime objectif de doter les établissements de soins d'outils nécessaires à un fonctionnement rationnel. Par contre, la question de l'évaluation est définitivement levée puisque les décideurs publics veulent

désormais rompre avec les anciennes pratiques de gestion qui n'accordent pas de place particulière à une meilleure prise en charge des malades dans les structures publiques.⁵³

L'Agence Nationale de Recherche en santé (ANDRS), l'Agence Nationale de Développement de la Santé (ANDS) et les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), pourraient être un cadre pour le développement de l'évaluation médicale, en incitant dans un premier temps les centres hospitalo-universitaires à créer leurs propres structures d'évaluation de la qualité des soins⁵⁴.

Ces structures, si elles sont créées, n'auront dans un premier temps qu'une activité de sensibilisation aux techniques de l'évaluation de la qualité des soins et notamment à l'audit clinique.

Elles doivent aussi avoir une intense activité de formation, dont l'objectif est la constitution du capital humain nécessaire à la promotion des techniques de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le cadre nécessaire à la promotion de l'évaluation de la qualité des soins existe. Le vecteur peut être, dans un premier temps, l'ANDRS à travers son programme national de recherche en santé (PRNS).

L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins sont un axe de recherche du PNRN. Ils sont considérés par ce programme comme des techniques indispensables pour la détermination de la performance des services, des personnels et du système de santé.

3.4 Le système d'accréditation hospitalière pour l'Algérie

Comme nous l'avons signalé auparavant, il y a une tentative (certes modeste) pour promouvoir l'évaluation de la qualité des soins. Maintenant, il est nécessaire de prendre en considération tous les résultats de cette expérience et de prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en place d'un système d'accréditation hospitalière.

Pour qu'un système d'accréditation hospitalière performant soit instauré en Algérie, il est nécessaire de procéder, au préalable, à la création d'institutions et d'organismes indépendants composés de personnel qualifié (professionnels de santé, gestionnaires...), ayant toutes les compétences nécessaires pour animer une démarche qualité au sein des établissements de santé. De plus, ces organismes doivent être dotés de tous les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches (moyens humains, matériels et financier).

⁵³ SALMI. M, «Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins » Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, UMMTO, 2009, P235.

⁵⁴ ANDRS : « Histoire de l'évaluation de la qualité des soins », Laboratoire de la Qualité des Soins, Université de Constantine, Algérie.

En outre, il est très important d'impliquer les différentes parties prenantes dans les établissements de santé dans la procédure d'accréditation pour qu'il s'engage dans celle-ci. L'aboutissement du projet d'accréditation hospitalière nécessite notamment l'implication du personnel, qui doit être motivé effectivement (et incité) à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients.

Enfin, nous suggérons d'instaurer en Algérie un système d'accréditation qui sera mis en place et piloter par un organisme indépendant. La conduite de la procédure d'accréditation peut être laissée à l'initiative de l'établissement de santé et de ses professionnels de santé, qui engage tout seul des actions pour améliorer la qualité des soins qu'il délivre. A contrario, la procédure d'accréditation peut être imposée par des acteurs externes à l'établissement et qui ont un intérêt de l'amélioration de la qualité des prestations fournies par l'établissement, comme par exemple les associations d'usagers.

L'étude de l'accréditation hospitalière dans différents pays nous permet d'affirmer que celle-ci est très répandue dans le monde et constitue un cas typique et assez courant d'audit hospitalier. Cette méthode d'évaluation des pratiques professionnelles est très bénéfique pour l'hôpital public. Elle permet à ce dernier de s'améliorer en permanence, à condition qu'il y ait une continuité temporelle de l'accréditation.

En ce qui concerne le cas algérien, force est de constater que l'accréditation hospitalière est largement embryonnaire ; malgré la prééminence du discours sur la qualité des soins dans les déclarations officielles, on est toujours en phase préparatoire à un système d'accréditation.

Pourtant, la mise en place de ce dernier est de nature à améliorer grandement la qualité du service public de santé, aujourd'hui largement « discrédité ».

En fin, on peut dire que l'audit hospitalier reste très embryonnaire en Algérie, comme nous l'avons signalé auparavant. Pour implanter une culture d'audit dans l'institution hospitalière, il est indispensable d'ajuster l'actuel modèle de gouvernance hospitalière et de renforcer l'indépendance et l'autonomie du dispositif institutionnel en charge de l'audit hospitalier.

La procédure d'accréditation des établissements de santé repose sur la mobilisation et l'engagement des différentes catégories de personnels qualifiés (professionnels de santé, gestionnaires...), une démarche participative d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Conclusion

La complexité de l'institution hospitalière exige l'implantation et le développement d'une culture d'audit, qui lui permet une amélioration permanente tant au niveau de son fonctionnement que de sa performance. L'audit hospitalier est le meilleur moyen d'aide à la gestion. Il détecte les dysfonctionnements et les écarts, pour ensuite fournir des recommandations et des informations très intéressantes aux décideurs pour les aider à la prise de décision.

La mise en place de la procédure d'audit hospitalier peut être favorisée par l'existence d'un bon système de gouvernance hospitalière. L'audit hospitalier aide les dirigeants à mieux gérer et gouverner l'hôpital, donc il contribue à l'amélioration de la gouvernance hospitalière. D'un autre côté, le système de gouvernance hospitalière peut favoriser la demande d'audit, à condition qu'il y ait une bonne représentativité des différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière.

Pour ce qui est de l'Algérie, plusieurs facteurs sont encore un obstacle pour l'implantation et le développement d'une culture d'audit. Entre autres, cette dernière suppose des changements importants tant au niveau de système de gouvernance hospitalière qu'au niveau institutionnel (création de nouvelle institution spécialisée en audit hospitalier).

L'étude de l'accréditation hospitalière nous a permis de cerner son importance et de confirmer qu'il s'agit d'un cas typique et assez courant d'audit hospitalier. Celle-ci joue un rôle très important dans l'amélioration de la qualité des soins, objectif primordial de toute organisation de soins. Elle doit être menée par un organisme indépendant et doit suivre une démarche bien déterminée.

Malgré son importance, l'accréditation hospitalière reste sous développée en Algérie. Il y a toutefois une première initiative très intéressante initiée par l'ANDRS ; elle vise à promouvoir l'évaluation de la qualité des soins au niveau de la médecine d'urgence dans les hôpitaux de l'Est algérien. Cette initiative est une étape très encourageante pour le développement, dans le futur, de l'accréditation hospitalière dans les hôpitaux publics algériens, et donc de l'audit hospitalier.

Le prochain chapitre traitera l'étude de cas, qui porte sur la mise en place de l'audit interne dans l'EPH AZAZGA.

*Chapitre III : La mise en
place de l'audit interne au sein
de l'EPH AZAZGA*

Introduction

Tout au long des chapitres précédents, nous avons tenté de cerner le cadre théorique en se rapportant à la notion d'audit interne. Au cours de ce chapitre, nous allons essayer d'appliquer ces acquis théoriques à l'implantation d'un service d'audit interne au niveau de L'EPH D'AZAZGA.

Chaque audit hospitalier sert à régler un problème bien identifié. On peut trouver dans un pays où l'audit est très largement développé et dans d'autres où il reste très embryonnaire.

Parmi ces problèmes, on peut citer les plus importants, à savoir celui de la gestion des structures et celui du mode de fonctionnement. Ces derniers, sur lesquels nous avons effectué notre étude, ont été choisis parmi d'autres structures vu leur importance capitale et la délicatesse du problème organisationnel. Ainsi, l'efficacité du service d'audit interne est indispensable au bon fonctionnement des différents services hospitaliers.

L'hôpital MEGHENEM Lounes a été bâti afin de répondre à la demande croissante de la population d'AZAZGA et des régions avoisinantes. Cet hôpital, comme c'est le cas de tous les établissements de santé publique, est confronté à plusieurs problèmes, dus essentiellement à la sous-gestion et à des problèmes purement financiers.

Cette première section du cas pratique est consacrée à la présentation de l'organisme d'accueil de l'EPH AZAZGA, la deuxième section sera consacrée aux résultats d'enquête et la proposition d'architecture du service d'audit interne, la troisième section sera le plan d'action et outils de travail du service d'audit interne.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Section 01 : présentation de l'organisme d'accueil.

L'étude de notre cas pratique est réalisée au niveau de l'EPH "MEGHENEM Lounes d'AZAZGA " dans la wilaya de Tizi-Ouzou, en structure stable est d'une capacité de 259 lits (259), conformément à l'arrêté Ministériel N°73 des 10.05.2015 portant créations des services et leurs unités constitutives au sein de l'Etablissement Public Hospitalier. Il est classé à la catégorie B.

Pour cette raison, il nous est apparu nécessaire de faire une présentation du fonctionnement administratif et de l'organigramme de l'EPH D'AZAZGA, en général, et de Direction des Finances et des Moyens, en particulier.

- **Circonscription géo-sanitaire**

L'établissement est situé sur la route nationale N° 12. Il est à une distance de 45 km du chef-lieu de la wilaya de Tizi-Ouzou et à une altitude de 600m par rapport au niveau de la mer. Le climat est rude en hiver, avec fortes chutes de neige, qui rendent parfois les accès impraticables.

L'hôpital d'AZAZGA a une superficie de : 26622 m².

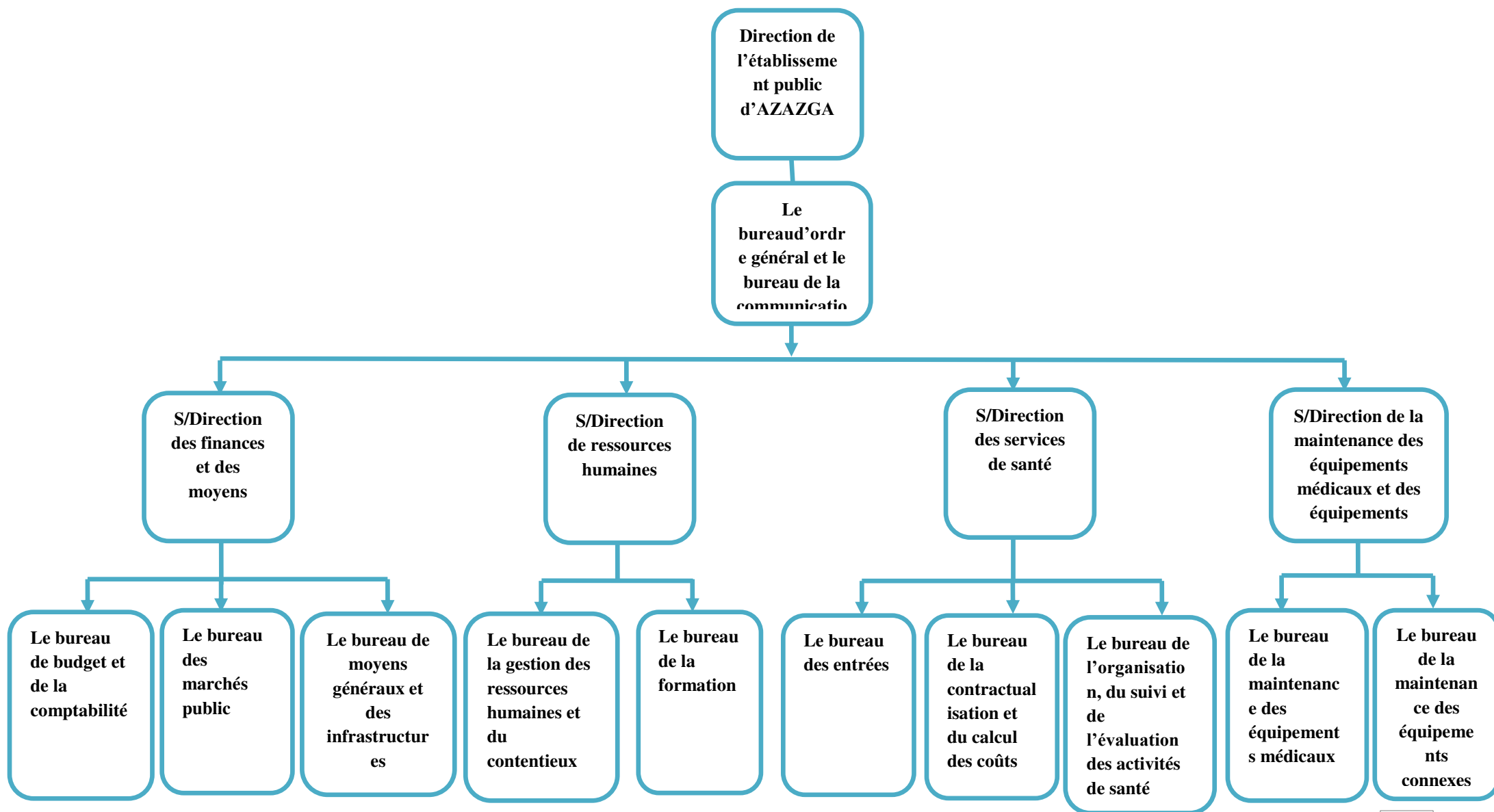
- Surface bâtie : 4835m².
- Surface non bâtie : 21787m².

- **Couverture sanitaire**

L'établissement public hospitalier d'AZAZGA couvre 03 daïras soit 206515 habitants.

- Daïra d'AZAZGA : répartie sur 05 communes 115 villages
- Daïra de BOUZEGUENE : répartie sur 04 communes 54 villages
- Daïra de MEKLA : répartie sur 03 communes 46 villages
- Daïras limitrophe: (AZZEFOUN-ADEKAR- OUAGUENOUN)

Figure 07 : organigramme type des établissements publics hospitaliers D'AZAZGA



1. Mission de l'EPH AZAZGA

L'Etablissement Public Hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé.¹

L'EPH AZAZGA a pour missions :

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, de prévention, ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux

2. Organisation interne de l'établissement public hospitalier

L'hôpital D'AZAZGA nommé « MEGHENEM Lounes », regroupe :

- Des services d'hospitalisation ;
- Des services administratifs.

2.1 Les services d'hospitalisation

Les services d'hospitalisation totalisent 259 lits, repartis et organisés ainsi :

¹ Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements publics hospitaliers et des Etablissements publics de santé de proximité. Chapitre I « Etablissements publics de santé », art 3.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Tableau 06 : Capacités litières de l'EPH AZAZGA

Service	Lits Techniques	Unités
Anesthésie réanimation	10	1-réanimation chirurgicale 2-anesthésie réanimation 3-bloc opératoire
Chirurgie Générale	50	1. Hospitalisation Hommes 2. Hospitalisation Femmes 3. Chirurgie infantile 4. Neurochirurgie 5. O.R.L
Epidémiologie	/	1. Informations Sanitaires 2. Hygiène Hospitalière
Gynécologie Obstétrique	50	1. Gynécologie Obstétrique
Néphrologie, hémodialyse	14	1. Néphrologie 2. Hémodialyse
Radiologie Centrale	/	1. Radiologie conventionnelle 2. Scanner
Laboratoire Central	/	1. Microbiologie 2. Biochimie 3. Sérologie 4. Hématologie 5. Bactériologie 6. P-T-S
Médecine Interne	60	1. Hospitalisation Hommes 2. Hospitalisation Femmes 3. Oncologie médicale 4. Exploration fonctionnelle
Orthopédie traumatologie	25	Hospitalisation Hommes Hospitalisation Femmes
Pédiatrie	38	Pédiatrie Néonatalogie
Pharmacie	/	Gestion des Produits Pharmaceutiques Distribution des Produits Pharmaceutiques
Urgences Médico-chirurgicales	12	Urgences médicales Urgences chirurgicales
Total	259	

Source : Etablit à partir des données interne à l'hôpital

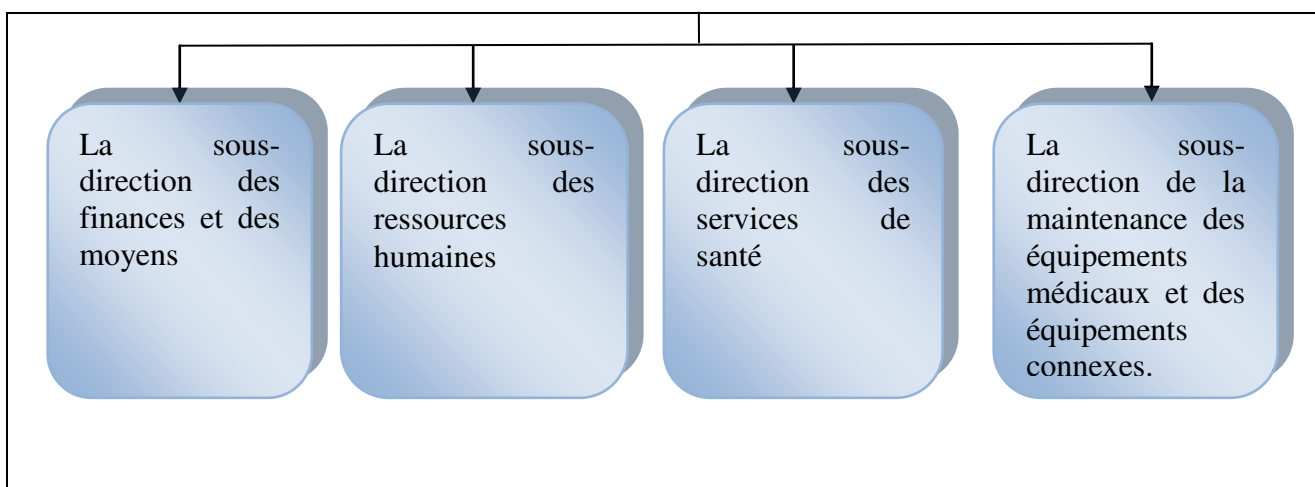
NB : Ophtalmologie non fonctionnel depuis l'ouverture de l'hôpital, toute fois l'espace est occupé par d'autres activités (annexe de formation paramédicale, archives, service d'Epidémiologie) .

ORL : services isolement en cas d'épidémie (10 lits), consultation psychologie, bureau et chambre de garde neurochirurgie.

2.2 Les services administratifs

Sous la responsabilité du directeur, auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des établissements publics hospitaliers (renvoi la notion de l'organisation interne des établissements publics hospitaliers dans la troisième section du premier chapitre) comprend les sous directions et leur mission, nous pouvons les schématiser comme suit :

Figure 08 : Organisation interne des sous-directions hospitalières



Source : Etabli à partir des données interne à l'hôpital

3. Le fonctionnement des différentes sous-directions de l'EPH

Chaque sous-direction a ses propres responsabilités et un fonctionnement propre à elle. Dans ce point, nous allons souligner brièvement le fonctionnement de chaque sous-direction :

3.1 Le fonctionnement de la sous- direction des finances et des moyens

Elle est composée principalement d'un bureau du budget et de la comptabilité, d'un bureau des marchés publics et d'un bureau des moyens généraux et infrastructures mais ce dernier est inexistant à l'EPH AZAZGA.

3.1.1 Le bureau du budget et de la comptabilité

Pour le bureau du budget et de la comptabilité, sa mission est de préparer le budget et de suivre son exécution en collaboration avec le trésorier de l'établissement et le contrôleur financier.

Selon l'arrêté interministériel du 20 avril 1999 relatif à la nomenclature budgétaire des établissements hospitaliers publics, le budget est un document unique divisé en deux sections, la première est consacrée aux recettes la seconde est consacrée aux dépenses. Chaque section

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

se décompose à des titres, chaque titre à des chapitres et chaque chapitre à des articles. (Voir ANNEX N°03 Page VII-06).

➤ L'élaboration et exécution du budget se fait comme suite :

A. Prévisions Budgétaires

Les prévisions budgétaires indiquent le montant intégral des recettes et dépenses. Après une réunion du directeur avec le DFM, le sous-directeur des ressources humaines, les médecins chef, le pharmacien responsable de la pharmacie et le magasinier, le directeur de l'EPH avec l'économiste élaborent un rapport prévisionnel sous forme d'un cahier des observations pour les prévisions budgétaires de l'année N+1.

B. Projet du budget

Une fois que le budget initial est accordé par la DSP (montant de chaque titre en dépenses et en recettes et le total général), le directeur en collaboration avec le DFM prépare le projet de budget (fait la répartition par chapitres et articles) et elle le soumet au conseil d'administration pour délibération. Il est adopté par ce dernier en équilibre (total des recettes égales au total des dépenses). Il ne devient définitif qu'après visa du contrôleur financier et approbation du représentant du wali chargé de la tutelle (la DSP).

C. Exécution du budget

Le budget approuvé s'exécute tel qu'il a été adopté.

- Toutefois, en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, le directeur de l'établissement (l'ordonnateur des dépenses) peut procéder en cas d'insuffisance, en cours de l'exercice à des virements de crédits entre les articles.

- Le transfert entre chapitres après visa du représentant du wali chargé de la tutelle (la DSP) et entre titres après visa du ministre chargé de la santé

- Toutes les dépenses doivent être liquidées et ordonnancées au titre de l'exercice auquel elles se rapportent.

- Le directeur de l'établissement a qualité d'ordonnateur principal du budget de l'établissement public hospitalier. Il est, à ce titre, responsable des opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement des dépenses, la délivrance des mandats.

- L'ordonnateur tient au jour le jour la comptabilité administrative des recettes et des dépenses ; il tient la comptabilité des dépenses engagées pour chacun des titres et il produit en fin d'exercices le compte administratif (le bilan financier).

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

➤ Les modalités d'élaboration de la rémunération

Ces informations figurent sur les bulletins de paie (fiches de paie).

1. Salaire de base : résulte du produit de l'indice minimal de la catégorie de classement du grade multiplié par la valeur du point indiciaire qui est égale à 45DA ;

✓ **Salaire de base = indice minimal × 45DA.**

2.L'indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P) : résulte du multiple de l'indice correspondant à l'échelon occupé par la valeur du point indiciaire 45DA ;

✓ **IEP = indice d'échelon × 45DA**

3. Rémunération principale :est le résultat de salaire de base auquel s'ajoute L'indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P)

✓ **Rémunération principale = Salaire de base + IEP**

4. Salaire de poste : est égale à la Rémunération principale auquel s'ajoute les indemnités diverses selon le corps et grade (Indemnité forfaitaire complémentaire IFC, indemnité de qualification, documentation, technique, activité à haut risque...).

✓ **Salaire de poste = Rémunération principale + diverses indemnités.**

5. Salaire soumis à l'impôt sur le revenu global IRG : est égale au salaire de poste moins Cotisation de sécurité sociale ouvrière (Cotisation/S.S.O), Cotisation/S.S.O : est retenue à raison de 9 % du salaire de poste.

✓ **Cotisation/S.S.O = Salaire de poste × 9 %**

✓ **Salaire soumis à l'IRG= salaire de poste – Cotisation/S.S.O**

6. Retenu IRG : le montant est désigné selon un barème détaillé sur une grille national (barème de l'IRG de 2008).

7. Net à payer = Salaire de poste – IRG – différents retenus (assurances, œuvres sociales, mutuelle ...) + Allocation familiales (Allocation familiales, Majoration indemnité forfaitaire de revenu MIFR et salaire unique)

3.1.2 Bureau de marché

A. Les règles et les procédures des achats, approvisionnement et travaux

La mise en œuvre de la politique d'élaboration de passation et d'exécution des marchés passés par l'EPH d'AZAZGA, s'effectue conformément aux lois et règlements en vigueur et aux dispositions du Décret présidentiel n° 10-236 du 7 octobre 2010 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété par le Décret présidentiel n° 12-23 du 18 Janvier 2012.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Le recensement des besoins interne de l'établissement en matière d'achat et de gestion des procédures de passation des marchés est à la charge du bureau des marchés, ce dernier a pour rôle de :

- Recenser les besoins internes en matière d'achats, en interrogeant les différents services et en consultant les historiques d'achats ;
- Aider à la définition des besoins, au ciblage des produits, à l'appréciation des seuils, au choix des procédures à mettre en œuvre et des critères de sélection des offres ;
- Gérer les procédures de passation des marchés (rédaction du cahier des charges, lancement des marchés et assistance dans l'analyse des offres)

B. Procédures des marchés publics

Les procédures des marchés passent par plusieurs étapes :

- **Détermination des besoins (phase préparatoire)**

La détermination préalable des besoins est une étape essentielle dans le processus d'achat, le DFM en collaboration avec les chefs des services concernés sont chargés du processus de planification des besoins et l'établissement de prévisions de la demande fiables et performantes, ils doivent être établis avec précision, en natures et en qualité.

- **Lancement du marché et le choix du co-contractant**

La publicité est une règle de fonds qui doit être respectée dans tous les cas et durant toute l'opération de passation d'un marché public, et ses étapes de lancement sont :

- L'appel d'offres ouvert ;
- La préparation des offres par les soumissionnaires ;
- L'ouverture des plis et l'évaluation des offres ;
- L'attribution provisoire du marché.

C'est le Bureau de la comptabilité qui est chargé de l'exécution des marchés, vérification et conciliation des factures fournisseurs et assurer la gestion comptable des dépenses de l'hôpital, a pour rôle aussi :

- L'édition et l'envoi des bons de commande,
- La vérifier et Gérer directement le dossier de réglementation des fournisseurs (service fait, l'engagement, liquidation et mandatement)

Après le choix de l'attributaire du marché et l'approbation de ce dernier, l'établissement donne l'ordre d'exécuter les prestations.

3.2 Le fonctionnement de la sous-direction des ressources humaines

3.2.1 Bureau de la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est capitale dans la gestion du secteur hospitalier car l'activité est tributaire d'une utilisation massive du personnel. Au sein de l'organisation hospitalière, on y trouve une coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autre, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique, et d'autres...ce service est amené à gérer des carrières et des situations diverses pour ces différentes catégories de personnel. Par ailleurs, il doit s'acquitter des tâches relevant des domaines suivant recrutement, rémunération, promotion, sanction.

A. Recrutement

Selon l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, il existe deux modalités de recrutement :

- Le recrutement interne : par voie d'un examen professionnel, promotion au choix ou qualification professionnel.
- Le recrutement externe : par voie d'un recrutement sur titre (directe), concours sur épreuve, concours sur titre ou test professionnel.

B. Rémunération

La rémunération est constituée du salaire de base et des différentes primes et indemnités. Le calcul du salaire de base se fait en fonction de la classification du poste de travail dans la grille salariale.

C. Promotion et sanction

Selon l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, tout fonctionnaire est soumis, au cours de sa carrière, à une évaluation continue et périodique, cette dernière a pour finalité : l'avancement, promotion, l'octroi d'avantages liés au rendement, en ce qui concerne les sanctions, elles sont faites en cas de non-respect du règlement interne de l'établissement.

3.2.2 Bureau de la formation

Il concerne toutes les tâches relatives à la formation. On distingue :

- la formation de base ;
- la formation continue.

On commence par :

- **La formation de base** : est censée être du ressort des instituts du médecine dans les universités pour le corps médical, des instituts de santé publics pour les paramédicaux et enfin de l'école nationale d'administration pour les directeurs.

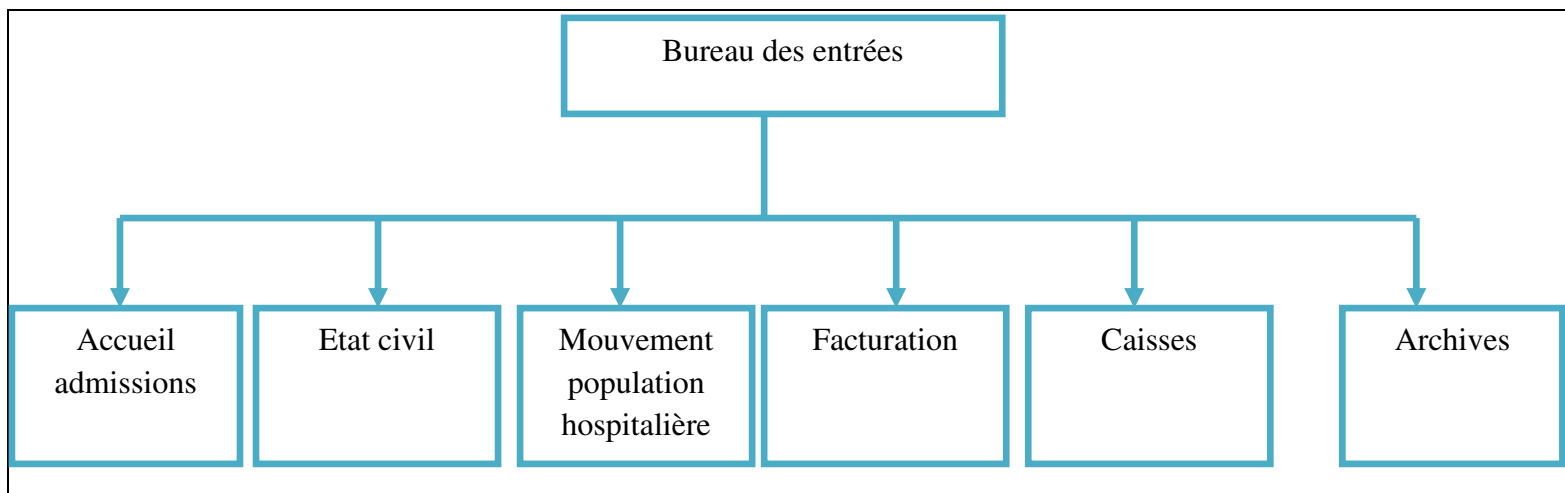
- **La formation continue** : est l'effort constant porté sur l'amélioration des connaissances en vue de leur actualisation afin de les adapter aux exigences nouvelles des postes de travail. Une telle formation est apportée par des stages de formation, de perfectionnement et de recyclage. La formation continue pour le personnel paramédical s'effectue au niveau de l'école paramédicale, quant aux médecins, il s'agit de leur participation à des journées médicales et à des manifestations scientifiques

3.3 Le fonctionnement de la sous-direction des services de santé

3.3.1 Bureau des entrées

Le bureau des entrées se compose d'un guichet d'accueil et de six (06) unités, chaque unité assure un ensemble de fonctions comme elle le montre cette figure.

Figure 09 :organisation du bureau des entrées



Source : Etablit à partir des données du bureau des entrées

A. Unité d'Admissions

Etablissement de Bulletins d'admission après une demande d'hospitalisation de médecin, bulletins de sorties, les certificats de séjour et l'enregistrement sur registre minute.

B. Unité d'Etat civil

Déclaration des naissances, Déclaration des décès après délivrance d'un constat de décès et certificat de non contagion, gestion des relations avec l'APC et avec le parquet et déteint deux registres naissances et de décès.

C. Unité Mouvement de population hospitalière et statistique

Enregistrement de mouvement de la population hospitalière, registre matricule, registre mouvement des malades (ces statistiques pour le bureau de l'organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé).

D. Unité de Facturation

Recherche des débiteurs, classement, exploitation fiche navette, recouvrement prise en charge (des données à transmettre au bureau de la contractualisation et de calcul des coûts)

E. Unité de Caisse

Tarification des frais de participation à l'hôtellerie et à la restauration (dépôts des recettes au niveau de la régie avec toutes les pièces justificatives à chaque fin du mois)

F. Unité d'Archive

Classements, rangements et stockages des registres imprimés et dossiers des malades et du personnel.

3.3.2 Bureau de la contractualisation et du calcul des coûts

Il est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autre, du calcul des coûts de la masse salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique...etc.

Ce bureau réalise un canevas statistique du personnel, des activités, des moyens et des équipements de l'établissement hospitalier.

3.3.2 Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires.

Concernant la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes n'existent pas au sein de l'EPH AZAZGA.

Section 02 : les résultats d'enquête et la proposition d'architecture du service d'audit interne

L'explication du fonctionnement des activités de l'hôpital dans la première section a fait l'objet d'une enquête, dans laquelle nous avons effectué une collecte de données et des entretiens auprès des différents services et responsables de cet hôpital afin de présenter l'EPH et ses services et sur l'usage de l'audit interne. Toutefois, cette enquête doit être complétée par un questionnaire qui va permettre de faire l'état des lieux de l'établissement concernant son fonctionnement et son organisation et d'identifier les principaux dysfonctionnements, d'où le besoin immédiat de l'audit interne.

1. Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée

Nous évoquerons successivement le questionnaire et son déroulement, les objectifs de l'enquête, le choix et la constitution de l'échantillon, et les principaux résultats.

1.1 Contenu du questionnaire et son déroulement

Nous avons opté pour la technique du questionnaire qui consiste à poser au personnel de l'EPH, une série de questions relatives à leur fonction au sein de l'établissement, au service auquel ils sont rattachés, mais aussi des questions relatives au fonctionnement de l'hôpital d'une manière générale, enfin nous avons essayé de savoir s'ils ont des connaissances sur l'audit interne. Cette méthode consiste à formaliser une série de réponses à la plupart des questions de sorte que les répondants puissent choisir leurs réponses parmi celles qui leur sont proposées.

Dans notre cas, nous avons utilisé deux types de questions :

- Les questions fermées : qui demandent une réponse précise ;
- Les questions ouvertes : pour ce type de questions, aucune précision de réponse n'est fournie. L'interviewé s'exprime par les termes qu'il veut. Mais ces questions sont les plus difficiles à dépouiller mais très riches en informations.

Notre questionnaire comprend 22 questions organisées en 3 axes : (ANNEXE N°04 Page VII-08)

1. le premier axe correspond aux caractéristiques du répondant ;
2. le second axe concerne le fonctionnement de l'établissement public hospitalier ; (Mode de fonctionnement de l'hôpital, mode organisationnel, La gestion de l'hôpital).
3. le troisième axe s'intéresse à la vision de la mise en place de l'audit interne.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

1.2 L'objectif du questionnaire

Notre enquête vise à présenter l'état des lieux de l'EPH AZAZGA concernant son fonctionnement, sa gestion, et surtout de constater les principaux dysfonctionnements liés au fonctionnement et à l'organisation, que connaît cet hôpital. A partir des défaillances détectées, il s'agit de déterminer les raisons de l'adoption du service de l'audit interne.

2. Présentation des résultats de l'enquête

Nous présentons dans ce point les résultats obtenus par le biais d'observation, du questionnaire et d'entretien, lesquelles feront l'objet d'analyse et d'interprétation. On commence par présenter les personnes interrogées (caractéristiques du répondant),

2.1 Caractéristiques des répondants

Notre enquête est basée sur un questionnaire destiné pour 10 dix personnes.

Tableau 07: Liste des personnes interrogées : les questions de 1 à 4(Voir ANNEXE N°04 Page VII-09)

N°	Sexe	Type de contrat	AGT_SITFAM	Catégorie socio-professionnelle	Age
01	Femme	Titulaire	Mariée	Cadre supérieurs	38 à 43 ans
02	Femme	Titulaire	Célibataire	Cadre moyen	26 à 31ans
03	Femme	Titulaire	Mariée	Agent d'exécution	32 à 37 ans
04	Homme	Titulaire	Marié	Agent de maitrise	50 à 55 ans
05	Femme	Titulaire	Mariée	Agent d'exécution	38 à 43 ans
06	Homme	Titulaire	Marié	Cadre supérieur	50 à 55 ans
07	Homme	Titulaire	Marié	Agent d'exécution	44 à 49 ans
08	Femme	Titulaire	Mariée	Agent d'exécution	32 à 37 ans
09	Femme	Titulaire	Mariée	Cadre moyen	32 à 37 ans
10	Homme	Titulaire	Marié	Cadre supérieurs	38 à 43 ans

Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain.

2.2 Evaluation de la structure hospitalière

Les différentes sous-directions de l'organisation que nous avons énumérer dans la section une (01), les observations et les entretiens que nous avons effectué avec le personnel sur le mode de fonctionnement, organisationnel et gestion de l'hôpital, nous ont permis de faire ressortir les avantages et les inconvénients de la structure organisationnel de l'EPH

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

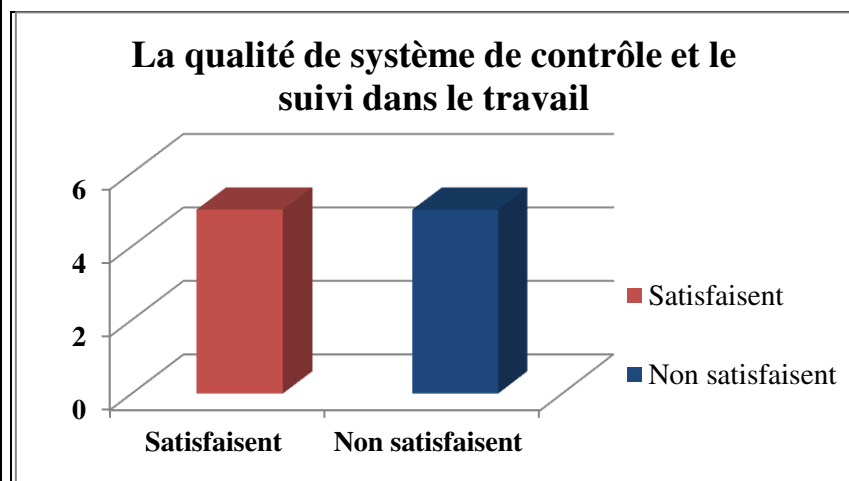
AZAZGA. Nous avons choisi les questions qu'on a jugées pertinentes à notre enquête. (Q6, Q12, Q13, Q15, Q16) (Voir ANNEXE N°04 Page VII-10 et VII-11).

Question N°6 le mode de fonctionnement de l'hôpital : comment qualifiez-vous le système de contrôle et de suivi dans le travail (dans votre service) ?

Tableau 08 : qualification du système de contrôle et de suivi dans le travail

la qualité de système de contrôle et le suivi dans le travail	Nombre cité	Fréquence
Satisfaisante	5	50%
Non satisfaisante	5	50%
Total Observer	10	100

Figure N°10 :Qualification du système de contrôle et de suivi dans le travail



Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain

Les résultats montrent qu'il y a une égalité entre les personnes qui disent qu'elles sont satisfaites de la qualité de système du contrôle et le suivi dans le travail et les personnes qui disent qu'elles sont non satisfaites de ce système, soit un taux de 50% chacun, réellement le système de contrôle dans l'EPH est fait par la direction partiellement et par le dirigeant de chaque sous-direction de façon permanente, mais ça reste à améliorer

Question N°12 le mode d'organisationnel : Y'a-t-il une précision dans la répartition des tâches dans le service ?

Tableau 09 : La répartition des tâches

La répartition des tâches	Nombre cité	Fréquence
Oui	4	40%
NON	6	60%
Total Observe	10	100%

Source : Réaliser par nos soins

Les résultats montrent que six (06) personnes sur dix (10), soit un taux de 60% ont répondu qu'il n'existe pas vraiment une répartition des tâches. En revanche, les quatre (04) personnes restantes, soit un taux de 40% ont répondu qu'il existe une répartition des tâches au sein de l'EPH mais ça reste à améliorer à cause du manque de la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements annexes et du manque du bureau des moyens généraux et des infrastructures dans la sous-direction DFM, et ça mène à une surcharge des tâches pour les autres services.

Question N°13 le mode d'organisationnel : Connaissez-vous le décret exécutif N° 07- 140 du 19 mai 2007 portant sur la création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers ?

Tableau 10 :le décret exécutif N° 07- 140 du 19 mai 2007 portant sur la création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers

le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007	Nombre Cité	Fréquence
Oui	7	70%
Non	3	30%
Total Observe	10	100%

Figure 11 :le décret exécutif N° 07- 140 du 19 mai 2007



Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

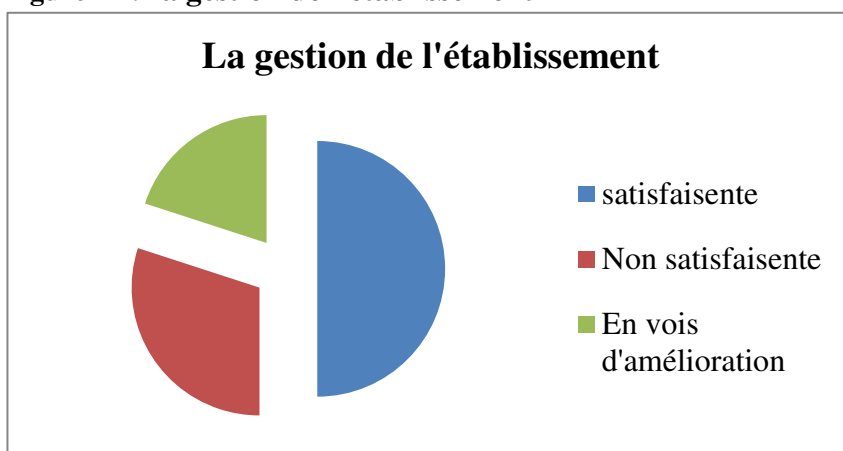
Les résultats montrent que 07 personnes sur 10, soit un taux de 70% ont répondu qu'ils connaissent le décret exécutif N° 07-140 du 19 mai 2007. En revanche, 03 personnes, soit un taux de 30% ont répondu le contraire, qu'ils ne le connaissent pas.

Question N°15 la gestion de l'hôpital : Comment qualifiez-vous la gestion de cet établissement ?

Tableau 11 : La gestion de l'établissement

La gestion de l'établissement	Nombre cité	Fréquence
Satisfaisante	5	50%
Non satisfaisante	3	30%
En voie d'amélioration	2	20%
Total Observe	10	100%

Figure 12 : La gestion de l'établissement



Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain

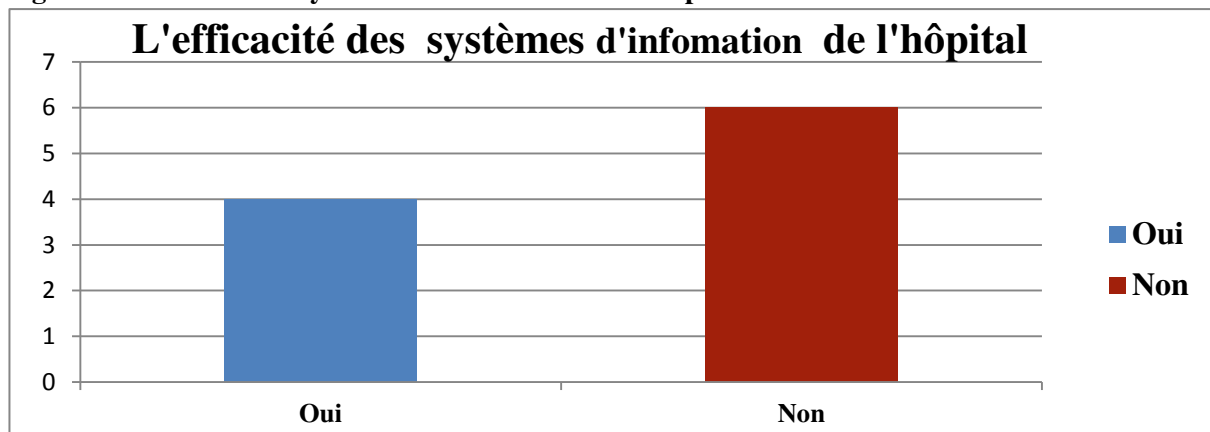
Les résultats montrent cinq (05) sur dix (10) personnes, soit un taux de 50%, ont répondu qu'elles sont satisfaites de cette gestion et trois (03) personnes, soit un taux de 30% ont répondu qu'elles sont non satisfaites et les deux (02) personnes restant, soit un taux de 20% ont répondu qu'elle est en voie d'amélioration

Question N°16 la gestion de l'hôpital : les systèmes informations à l'hôpital est-il efficace ? (3COH, E pistat....)

Tableau 12 : l'efficacité des systèmes d'information de l'hôpital

L'efficacité des systèmes informations de l'hôpital 3COH, E pistat	Nombre cité	Fréquence
Oui	4	40%
Non	6	60%
Total Observe	10	100

Figure 13 : L'efficacité systèmes d'information de l'hôpital



Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain

Les résultats montrent que quatre (04) sur dix (10) personnes ont répondu que les systèmes d'informations de l'hôpital sont efficaces, soit un taux de 40%, dont deux (02) personnes, soit un taux 20% pour le 3COH et deux (02) personnes, soit un taux 20% pour E pistat, six (06) personnes répondent par un non sur le 3COH soit un taux de 60%

Après les différentes questions posées sur le fonctionnement de l'établissement public hospitalier, nous avons ressorti les différents avantages et inconvénients et nous avons fait des recommandations et suggestions concernant ce dernier :

2.2.1 Les avantages de la structure organisationnelle (les points forts)

Bien que l'EPH soit encombré de lacune dans sa structure, mais cela ne l'empêche pas d'accomplir ses missions, on essayant de donner le meilleur, afin que le patient soit satisfait et cela se fait comme suite :

- les fonctionnaires s'entraident entre eux pour essayer de combler le vide de la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux, et cela en devisant les tâches entre eux en faisant en sorte d'accomplir les tâches de cette sous-direction malgré la manque des moyens ;
- La complicité du personnel dans toutes les tâches ;

- La collaboration des médecins, et des paras-médicaux avec la direction pour donner un bon rendement.

2.2.2 Les inconvénients de la structure organisationnelle (les points faibles)

Les inconvénients de l'absence d'un service d'audit interne à l'EPH AZAZGA causent beaucoup de dysfonctionnements que nous avons pu relever à l'aide des outils de collecte des données utilisés. Il s'agit :

- La non-conformité à l'organigramme :
 - manque de la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux ;
 - Manque du bureau des moyens généraux et des infrastructures pour le service DFM ;
- Manque de personelles ;
- Manque de dotation budgétaire pour de meilleures conditions de travail ;
- La non rationalisation du budget ;
- Absence du manuel de procédure ;
- Le manque du contrôle interne propre à l'établissement ;
- Un dispositif d'accueil et d'orientation des patients n'est pas mis en place pour accéder facilement et rapidement aux différents centres de soins.

2.2.3 Les recommandations

Le diagnostic de la structure organisationnelle de l'EPH AZAZGA nous a permis de déceler les dysfonctionnements qui conduiront à la mise en place d'un service d'audit interne.

Pour atténuer ces dysfonctionnements, il convient d'encourager la mise en œuvre effective de cette nouvelle structure par la formulation d'un certain nombre de recommandations à savoir :

- Elaboration d'un manuel de procédure propre à l'EPH AZAZGA. Il doit veiller à ce que le personnel le respecte, ceci grâce à des contrôles réguliers appropriés c'est ce qui permettra de faire ressortir de manière très claire la répartition des tâches pour éviter les cumuls de fonctions et les conflits ;
- Consacrer un budget pour la création du service d'audit interne ;
- Création de la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- Création du bureau de moyens généraux et des infrastructures, dans la sous-direction des finances et des moyens ;

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

- L'EPH AZAZGA doit définir ses objectifs quantifiés, diffuser les objectifs aux responsables de services concernés et aux collaborateurs afin de mettre à jour et suivre régulièrement ces objectifs ;
- Une meilleure rationalisation du budget ;
- Créer un service de contrôle interne ;
- Il est très important de procéder à une séparation des tâches pour pouvoir limiter les risques de gestions ;
- mettre en place un dispositif d'accueil et d'orientation des patients ;
- mettre en place une cellule d'audit interne à l'EPH AZAZGA permettant ainsi l'évaluation du système de contrôle interne en son sein, et de préserver le patrimoine de l'hôpital et de réduire le degré d'exposition aux risques.

2.3 La vision d'audit dans l'établissement

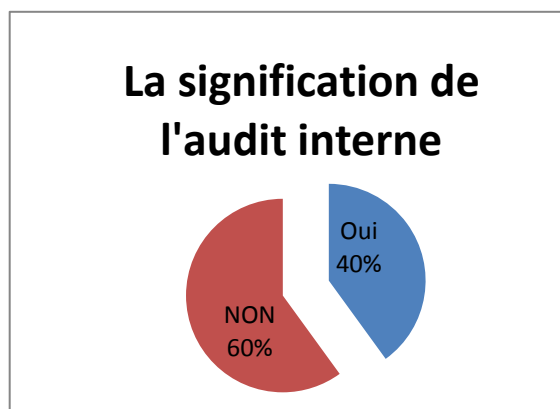
Au cours de notre enquête, nous avons jugés utiles de s'entretenir avec le personnel sur leurs connaissances générale de la fonction d'audit interne ainsi que les apports que peut avoir ce nouveau service sur l'établissement, et pour cela nous avons posés les questions suivantes (Voir ANNEXE N°04 Page VII-12)

Question N°19 : Connaissez-vous la signification de l'audit interne ?

Tableau 13 : signification de l'audit interne

Signification d'AN	Nombre cité	Fréquence
Oui	4	40%
Non	6	60%
Total. observe	10	100%

Figure 14 : Signification de l'audit interne



Source : Réalisé à partir des données de l'enquête de terrain.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Les résultats montrent que 06 personnes sur 10, soit un taux de 60% ont répondu qu'ils ne connaissent pas la signification de l'AI. En revanche, 04 personnes, soit un taux de 40% ont répondu le contraire, qu'ils le connaissent.

Question N° 16 : quels sont les apports attendus de ce nouveau service à l'EPH ?

- Une bonne gestion et le bien de l'établissement ;
- Une rationalisation des ressources ;
- Atteinte des objectifs ;
- Amélioration des conditions de travail ;
- La vérification transparente des services ;
- La maîtrise des risques liés à l'organisation ;
- Elaborer un programme de travail et développer la communication interne dans les différents services ;
- Informer et sensibiliser le personnel sur l'intérêt l'audit interne ;
- Mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue.

• Les attentes du dirigeant

Les dirigeants de l'EPH AZAZGA attendent de la mise en place d'un service d'audit interne :

- l'évaluation permanente du dispositif des différents sous directions ;
- le respect des lois et règlements en vigueur ;
- amélioration efficace de son fonctionnement ;
- Sensibilisation du personnel à la compréhension de l'audit interne ;
- Contrôle de la contribution d'un marché public ;
- Une capacité managériale ;
- Développement l'esprit d'équipe et le partage du savoir-faire ;
- Elaboration d'un plan d'action ;
- Elaboration d'une communication interne entre l'équipe personnelle et l'équipe technique.

Question N° 17- sa création peut-elle avoir un effet positif sur la performance de l'établissement ?

Les résultats montrent que 10 personnes ont répondu par oui, soit un taux de 100% que l'audit interne aura un effet positif sur la performance de l'établissement et aussi va permettre à l'EPH AZAZGA d'avoir une meilleure vision sur ce qui se passe réellement en son sein, de réduire les risques auxquels il est exposé.

3. Présentation de l'architecture fonctionnelle de l'audit interne

Les dysfonctionnements cités par nous, nous allons mettre en place une structure d'audit interne tout en proposant une architecture en vue de pallier les dysfonctionnements et aussi permettre à l'EPH AZAZGA de réduire les risques auxquels est exposé.

Cette présentation de l'architecture se fera soit sur le plan organisationnel et soit sur le plan fonctionnel.

3.1 Sur le plan organisationnel

La mise en place d'un service d'audit interne fournit à la direction des analyses, des évaluations, des recommandations, des conseils et des informations de manière systématique.

Les objectifs de sa mise en place seraient de s'efforcer, d'assurer un contrôle d'un bon rapport coût-efficacité et de recenser les moyens, d'améliorer l'efficacité, l'économie et la rationalisation des procédures internes et de l'utilisation des ressources, tout en veillant à la conformité aux règlements de L'EPH AZAZGA, aux normes comptables applicables et aux procédures de conduite requises de tous le personnel de l'EPH.

Nous allons présenter les attentes des dirigeants, les missions du service d'audit interne, le rattachement hiérarchique et la structure du service.

3.1.1 Mission du service d'audit interne

Le service d'audit interne a pour mission :

- de vérifier la bonne application des lois et des normes administrative de l'EPH AZAZGA ;
- d'évaluer en permanence la qualité du contrôle de l'EPH AZAZGA ;
- de faire une évaluation objective en vue de formuler en toute indépendance une opinion ;
- de veiller au respect du délai des rapports ;
- d'élaborer la cartographie des risques de L'EPH AZAZGA ;
- de faire des recommandations pour l'amélioration de la qualité des services rendus à L'EPH AZAZGA ;
- de veiller à la sauvegarde du patrimoine de L'EPH AZAZGA ;
- de veiller à l'élaboration du manuel de procédures propre à L'EPH AZAZGA ;

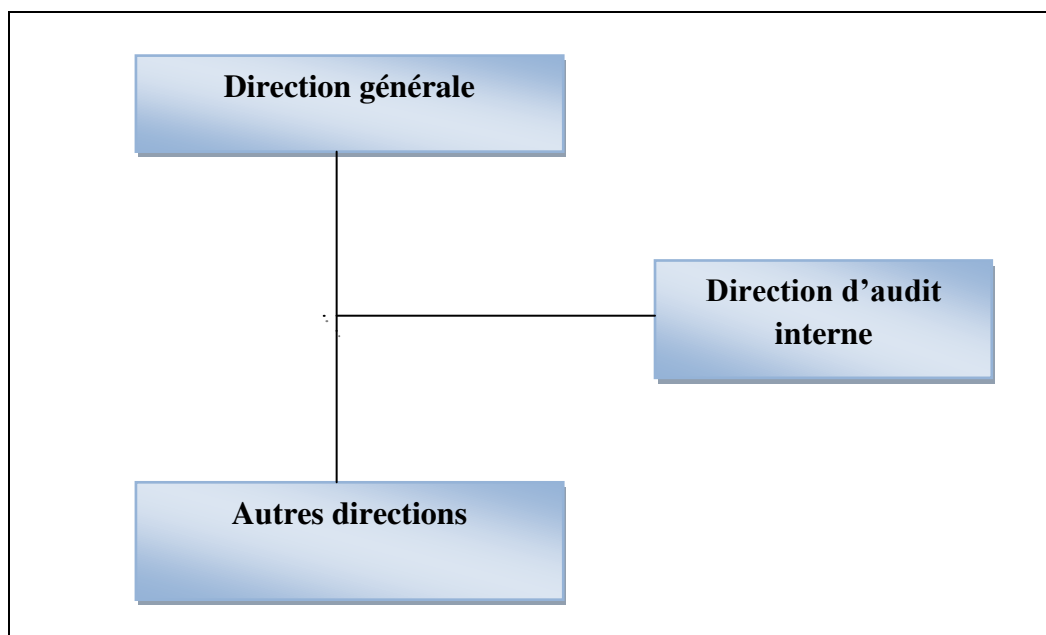
3.1.2 Rattachement hiérarchique

L'audit interne est une fonction indépendante, le directeur générale doit veiller à ce que la cellule d'audit interne soit à l'abri d'ingérences qui pourraient compromettre l'exercice de ses missions en toute indépendance et objectivité.

Le responsable de l'audit interne doit relever d'un niveau hiérarchique suffisant au sein de l'organisation pour permettre au service d'audit interne d'exercer ses responsabilités.

Le service d'audit interne devra être rattaché à la direction générale, et l'auditeur interne rendra compte directement au directeur générale de l'EPH AZAZGA de ses activités.

Figure 15 : Proposition de l'organigramme du rattachement de la direction de l'audit interne à l'EPH AZAZGA

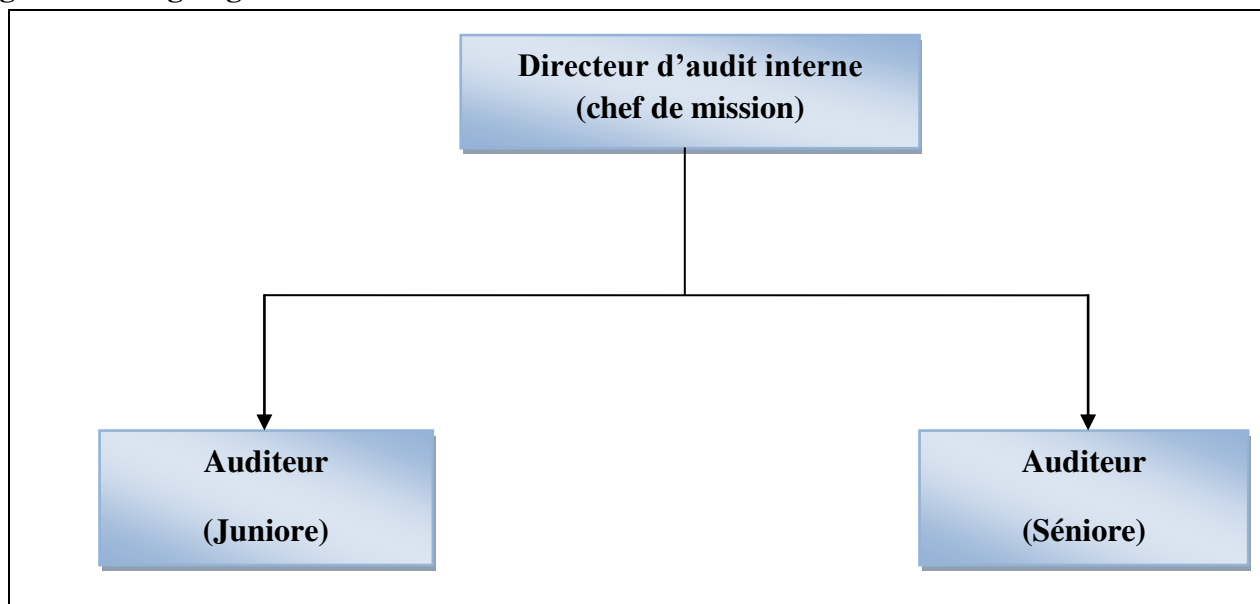


Source :Réaliser par nous soin

3.1.3 La structure du service de l'audit interne

Le département d'audit interne sera animé par le directeur d'audit interne qui est le chef de mission .assisté par deux auditeurs. L'organigramme peut être représenté comme suit :

Figure 16 : Organigramme du service de l'audit interne à l'EPH AZAZGA



Source :Réaliser par nous soin

3.2 Sur le plan fonctionnel

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Le fonctionnement d'un service d'audit interne est un élément important permettant de s'assurer de la sécurisation des tâches et du bon déroulement de ce dernier, afin d'améliorer la gestion de l'organisation.

De ce fait, le service d'audit interne devra procéder, à la création des fiches de postes, à l'assignation des missions, au recrutement du personnel, et à la formation.

3.2.1 Fiche de poste du département d'audit interne

Nous allons élaborer la fiche de poste du directeur d'audit interne et celle des auditeurs.

Tableau 14 : Fiche de poste du directeur d'audit interne

Identification du poste	
Intitulé du poste	Directeur de l'audit interne
Supérieur hiérarchique	Directeur Général
Collaborateur	Auditeurs
Domaine d'activité	Audit opérationnelle Audit financier et comptable
Mission	
Elaborer et mettre en œuvre le plan d'audit ; Elaborer et mettre en place les procédures de l'audit ; Mettre en place un contrôle interne ; Elaborer et actualiser les risque ; Diriger l'équipe des auditeurs ; Rédiger les rapports d'activité et le rapport annuel ;	
Profil du titulaire de poste : connaissance du secteur de santé	
Formation	Mastère en audit et contrôle de gestion BAC+ 5 En toute formation similaire
Expérience	2ans dans un poste similaire 1 an dans un cabinet d'audit 3 à 6 mois de stage dans un service d'audit interne
Qualités personnelles requises pour occuper le poste	• Excellentes compétences rédactionnelles Autonome ; • Capacité d'analyse élevée ; • Capacité de travailler en équipe Humilité, rigueur et dynamique ; • Bonne maîtrise de l'outil informatique ; • Bonne maîtrise de la comptabilité générale et analytique ;

Source : Réaliser par nous soin

Tableau15 : Fiche de poste des auditeurs

Identification du poste	
Intitulé du poste	Auditeur
Supérieur hiérarchique	Chef de service d'audit interne
Collaborateur	Néants
Domaine d'activité	Audit opérationnelle Audit financier et comptable
Mission	
Effectuer les diverses investigations prévues dans le plan de travail et appuyer le chef de service dans l'exécution des tâches qui sont assignées.	
Profil du titulaire de poste : connaissance du secteur de santé	
Formation	Licence en audit et comptabilité BAC+ 4 En toute formation similaire
Expérience	1 an dans un poste similaire 1 an dans un cabinet d'audit 3 à 6 mois de stage dans un service d'audit interne
Qualités personnelles requises pour occuper le poste	• Capacité d'analyse élevée ; • Capacité de travailler en équipe Humilité, rigueur et dynamique ; • Bonne maîtrise de l'outil informatique ; • Bonne maîtrise de la comptabilité générale et analytique ;

Source : Réaliser par nous soin

3.2.2 Recrutement du personnel

L'audit est une technique qui a ses propres règles et fait appel à des compétences précises qu'il est indispensable d'acquérir. La réussite d'une mission d'audit interne nécessite la maîtrise de la démarche et des outils de l'auditeur.

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

Afin d'avoir en possession l'efficacité et la qualité du service d'audit interne, nous proposons à l'EPH AZAZGA de tenir compte du niveau de formation et de l'expérience pour le recrutement du directeur de l'audit interne ou de sa nomination par le ministère et du recrutement des auditeurs.

3.2.3 La formation

La formation des auditeurs internes est importante, même si ces derniers ont de l'expérience, ils ne connaissent pas les procédures, méthodes et organisation de la structure. C'est ainsi que la formation du directeur de l'audit interne et celle des auditeurs doivent s'inscrire dans le cadre de l'amélioration continue.

Le directeur de l'audit interne doit veiller, à ce qu'ils reçoivent une formation appropriée et une expérience pratique nécessaires afin qu'ils accomplissent de leurs tâches efficacement.

Enfin, nous proposons à l'EPH AZAZGA de faire participer ces auditeurs aux séminaires, et que le directeur de l'audit interne participe à des formations dans le domaine de l'audit.

Section 03 : Plan d'action et outils de travail du service d'audit interne

La mission du service d'audit interne consiste à fournir à l'EPH AZAZGA des services indépendants et objectifs d'assurance et de conseil, destinés à améliorer l'organisation et le fonctionnement de l'EPH AZAZGA. Pour faire, sa mise en place, un plan de mise en œuvre et les outils de travail de l'audit interne sont nécessaires.

1. Plan d'action d'audit interne

La mission du service d'audit interne consiste à fournir à l'EPH AZAZGA des services indépendants et objectifs d'assurance et de conseil, destinés à améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'EPH. Pour ce faire, sa mise en place nécessite un plan de mise en œuvre et les outils de travail de l'audit interne.

Tableau 16 : Proposition d'un plan annuel du service

Action	Qui réalise l'action	Date du début	Date de la fin	Objectifs
Restitution des résultats de l'étude du mémoire à la Direction	Nous-mêmes	Décembre 2018	Décembre 2018	Informar au DG des résultats obtenus en fin de stage de mémoire
Validation de mise en œuvre du service d'audit interne	Le ministère, le Conseil d'administration et Directeur Général			La mise en œuvre réelle du service d'audit interne
Elaborer les prévisions budgétaires	Le Directeur Générale, le DFM			prévoir les rescousses du service
Réalisation des recrutements ou des nominations	DRH, DG, Le Ministère.			Découvrir les ressources humaines qualifier au service d'audit interne
Elaborer une stratégie de communication	DG, SAI			Pour renforcer l'efficacitédes communications écrites, des rapports, et des notes de synthèses
La mise en place du service d'audit interne	Le service d'audit interne			Fonctionnement concret du SAI
Elaborer un contrôle interne et un manuel de procédure propre à l'EPH AZAZGA	SAI			Réduire les risques et amélioré l'organisation et le fonctionnement de l'EPH AZAZGA

2. Outil de travail de l'audit interne

Avant de passer aux outils il est nécessaire de définir les moyens d'élaboration de ce service

Un service d'audit interne a besoin des moyens quel que soit l'entité en question des moyens matériels, moyens humains et moyens financiers pour la réalisation des missions qui lui sont assignées.

- **les moyens matériels**

En vue d'accomplir sa mission, l'auditeur interne a besoin des moyens matériels qui sont composés de la logistique, du matériel informatique, et matériel de bureau.

- **les moyens financiers**

L'audit interne étant une structure au sein de l'établissement quia un but lucratif ou non lucratif doit disposer des moyens financiers liés au budget qui sont déterminés à partir du plan d'audit annuel après l'aval de la tutelle

- **les moyens humains**

Les moyens humains prennent en compte, l'ensemble des auditeurs recrutés ou à recruter pour la réalisation des missions, leurs formations et le plan de gestion de carrière des auditeurs.

Pour effectuer sa mission, le service d'audit interne a besoin d'un certain nombre d'outils voici quelques-uns :

2.1 La création de la charte d'audit interne

La charte d'audit est un document officiel important que le directeur de l'audit interne doit concevoir pour la bonne marche du service d'audit interne tout en couvrant les objectifs du SAI tels que sa mission, son champ d'activités, ses modalités d'intervention et son indépendance.

La charte d'audit interne est établie conformément à la Norme 1000 du cadre de référence international des pratiques professionnelles de l'audit interne qui précise : « La mission, les pouvoirs et les responsabilités de l'audit interne doivent être formellement définis dans une charte... »

Cette charte doit définir la position de l'audit interne dans l'organisation de l'EPH AZAZGA ; autoriser l'accès aux documents, aux biens et aux personnes nécessaires à la bonne réalisation des missions ; définir aussi le champ des activités d'audit interne.

2.2 Le manuel d'audit interne

Le responsable de l'audit interne doit établir le manuel d'audit interne fournissant un cadre à l'activité d'audit interne. Ce manuel doit contenir l'organigramme du service d'audit interne, analyse des postes des auditeurs, condition générale de travail ; les objectifs et spécificités de fonctionnement du service : procédures de travail de l'audit interne ; les normes et standards de l'audit interne, conduite d'une mission d'audit.

2.3 Le plan d'audit interne

Selon les normes 2010, «le responsable de l'audit interne doit établir un plan d'audit fondé sur les risques afin de définir des priorités cohérentes avec les objectifs de l'organisation ».Le plan d'audit consiste en la réalisation de plusieurs activités dont l'audit-comptable, la vérification de la fiabilité des procédures de contrôle interne, le recensement des procédures, le contrôle des applications et des documents et la formulation des recommandations. C'est dans cet ordre que la direction d'audit interne de l'EPH AZAZGA va élaborer la cartographie des risques qui seront identifiés. Sur la base de cette cartographie, il va élaborer le plan d'audit en collaboration avec la direction générale De l'EPH AZAZGA.

Le plan d'audit décrit la nature, le calendrier et l'étendue des procédures d'audit prévues nécessaires pour appliquer la stratégie globale d'audit dans une description complète des travaux à effectuer. Il est considéré comme un ensemble d'instructions destinées au personnel chargé de l'activité d'audit ainsi qu'un moyen de contrôle de la bonne exécution des travaux.

Tableau 17 : Proposition d'un plan d'audit pour l'EPH AZAZGA

Temps passé exprimé en semaines/ auditeurs		Plan d'audit (2018-2020)		Etabli le : XX /XX/XXXX		
Audits antérieurs		Coefficient de Risque	Mission d'audit	2018	2019	2020
Année	Temps passé					

Source : jacques renard 2010, p413

2.4 Les dossiers et papier de travail

A chaque mission d'audit doit correspondre un dossier constitué des informations récoltées et produites au cours de la mission qui servent d'éléments probants et des papiers de travail les plus significatifs. A cet effet, le responsable de l'audit interne de l'EPH AZAZGA pourra définir des normes d'archivage, relativiser l'importance des documents, proscrire la conservation indéfinie et programmer un nettoyage périodique des archives.

Le dossier comprend les rapports d'audit, les notes de suivi et de mise en œuvre des recommandations et les informations générales

Chapitre III : La mise en place de l'audit interne et gestion d'une structure hospitalière publique Cas : EPH AZAZGA

L'auditeur doit établir aussi les papiers de travail généralement sur des imprimés de papier coloré qui permettent le référencement. Le papier de travail est le support des constats et observations, car en audit, « on doit tout noter et éviter de se fier à la mémoire ».

L'objet des papiers de travail est de servir de support à l'opinion des auditeurs en donnant une preuve documentée des procédures utilisées, des informations reçues et des conclusions tirées. Les conditions techniques et matérielles étant réunies comment peut-on assurer l'efficacité du service d'audit interne. Les papiers de travail peuvent être composés de FRAP, FAR, Feuilles de couverture, Grille de séparation des tâches et autres.

Pour finir la mise en place de ce service permettra à l'EPH AZAZGA la préservation du patrimoine de l'hôpital et la réduction du degré d'exposition aux risques, et d'être plus performant. Seulement une bonne installation et une application totale à tout l'hôpital lui permettront d'améliorer la performance de l'organisation et le degré de maîtrise de ses opérations.

Conclusion

On peut conclure, que tous les dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux, notamment celui de l'EPH AZAZGA sont presque les mêmes, cela est dû en partie, à une réglementation contraignante, à un fonctionnement rigide, à une centralisation excessive, et donc à une gouvernance contraignante, mais aussi à une mauvaise organisation. Toutes ces contraintes expliquent en partie les difficultés de la gestion des établissements et qui constituent les raisons particulières de la création d'un service d'audit interne.

Ainsi, la raison principale de la mise en place d'un audit interne est d'impulser une nouvelle dynamique de gestion, compte tenu des difficultés de gestion et des dysfonctionnements, une nouvelle approche qui amènera une nouvelle méthode d'organisation.

Le problème c'est qu'en Algérie la plus part des administrateurs hospitaliers ne connaissent pas l'audit interne, ignorent l'objectif et le but de ce dernier, Pour cela nous avons essayé de leur expliquer l'audit interne et sa conduite dans les hôpitaux algériens sera très bénéfique du fait des problèmes et des dysfonctionnements qu'ils rencontrent.

Il va servir d'avantage à l'amélioration de la situation existante, car il joue un rôle primordial dans l'amélioration du fonctionnement et de la performance des organisations hospitalières, Particulièrement publiques. Comme il va instaurer une certaine discipline dans les administrations hospitalières.

Conclusion générale

Conclusion générale

En Algérie la tutelle hospitalière travail pour la transformation profonde et la modernisation de la gestion des hôpitaux, aussi elle prépare des réformes, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques que connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population.

Ces transformations sont engagées compte tenue de la réalité du fonctionnement des hôpitaux et des contraintes et dysfonctionnements que subissent ces derniers, au plan de leur organisation, et de leur gestion.

Parmi, les réformes qu'elle prépare, dans ce cadre, on retrouve celle de l'amélioration de la gestion des hôpitaux à travers la mise en place de l'audit interne qui constitue l'intérêt de notre travail de recherche. L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de contrôle hospitalier, afin que cet instrument puisse jouer pleinement son rôle dans la gouvernance et la gestion des établissements de santé.

Notre travail de recherche a pour objet d'étudier l'adoption de ce nouvel instrument de contrôle qui consiste à auditer les services au niveau des hôpitaux publics en Algérie, notamment son élaboration et sa mise en place, ainsi que ses apports en matière d'amélioration de leur gestion.

A l'éclat de tout ce que nous avons vu, on peut effectivement avancer que les hôpitaux publics en Algérie, notamment les établissements publics hospitaliers qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires, sont confronté à de nombreuses contraintes et défaillances qui engendrent des difficultés de leur gestion. C'est dans ce sens, que nous nous sommes intéressés dans cette recherche à l'étude de ces hôpitaux publics en matière de leur gestion et à l'analyse de la mise en place et apports de l'adoption de l'audit interne, en prenant comme cas d'étude l'établissement public hospitalier d'AZAZGA.

Synthèse des résultats de la recherche

Dans le premier chapitre, nous avons tenté de faire une revue de la littérature, pourtant la réflexion sur la gestion hospitalière. A cet égard notre étude a éclairé les particularités de la gestion hospitalière de cela, nous avons pu cerner la gestion hospitalière. Puis illustre la mise en place du contrôle de gestion et système comptable hospitalier, et à travers ça on a expliqué le contrôle interne et son apport à l'établissement hospitalier et l'intérêt du système comptable hospitalier. Enfin nous avons présenté les établissements publics hospitaliers en Algérie, qui nous a permis la compréhension de l'organisation hospitalière en Algérien.

Le deuxième chapitre nous a permis de visualiser le cadre conceptuel de l'audit interne et d'audit hospitalier, de ce fait nous avons revu les concepts principaux d'audit interne, par

Conclusion générale

ailleurs nous nous sommes basé sur une perspective nouvelle qui s'intitule l'audit hospitalier, sa relation avec la gouvernance et les motivations de sa mise en œuvre, qui nous a permis de comprendre l'intérêt de l'audit hospitalier. Cela nous a ramenés à l'implantation de l'audit interne au sein des hôpitaux Algérien.

L'enquête menée auprès de l'EPH AZAZGA, nous a permis de déceler un intérêt immédiat de l'audit interne, lié aux dysfonctionnements et aux contraintes subis par l'hôpital, car l'audit interne va apporter une valeur ajoutée dans l'établissement, qui va consister à l'amélioration de la gestion hospitalière, de la gouvernance hospitalière, l'organisation hospitalière, la performance hospitalière..., de cela nous avons essayé de mettre en place un service audit interne dans l'hôpital, en précisons la démarche à suivre pour réaliser ce dernier. Les dysfonctionnements et les contraintes que nous avons détectées sont :

- L'inexistence d'un système de contrôle et d'un suivi dans le travail au sein de L'EPH.
- Mauvaise répartition des tâches
- L'inexistence d'un manuel de procédure et d'un contrôle interne propre à l'établissement.
- La non maîtrise du logiciel 3COH par les différents usagers du système informatique.
- Absence d'un dispositif d'accueil et d'orientation des patients.
- Ignorance de la notion de l'audit interne et son intérêt par la majorité du personnel hospitalier.
- La non-conformité à l'organigramme ;
- Manque de personnelles ;

Cependant, toutes ces contraintes n'empêchent pas le personnel de l'EPH AZAZGA de s'entraider et de veiller au bon fonctionnement de l'établissement.

Difficulté rencontrée

Cette recherche n'est pas sans limite, au fait, sur le plan théorique nous pouvons dire qu'il y a un manque de documentation, en particulier, sur la gestion hospitalière et l'audit hospitalier.

Au plan pratique, le fait que la majorité du personnel hospitalier méconnaisse, ce que veut dire l'audit interne et son fonctionnement, ou bien son intérêt,

Conclusion générale

Les recommandations

- Elaboration d'un contrôle interne, afin d'éviter les dysfonctionnements et défaillances qu'affronte l'établissement ;
- Une formalisation d'un manuel de procédures propre à l'établissement ;
- des séparations des tâches et contrôles du respect des procédures adoptées ;
- diffusion à tous les départements et les services de l'établissement, une organisation claire et efficace, est assuré que cette dernière est suivi à la lettre ;
- la direction et le personnel doit instaurer un climat d'intégrité et de valeurs éthiques de bonne gouvernance de l'établissement.

Pour réaliser ce défi qui est aussi le nôtre en effectuant notre stage au sien de l'EPH AZAZGA, nous sommes entièrement disposées à apporter notre savoir au profit de l'établissement afin de mettre en place ce nouveau service d'audit interne en son sein et de contribuer ainsi au développement et l'amélioration de l'établissement.

Bibliographie

Bibliographie

1. Ouvrages

1. ANTHONY. R. N. « The Management Control Function». Boston. Harvard University Press. 1988.
2. BALY. O, CAZIN. L et al. « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis ». Edition Presses des mines, collection Economie et gestion, Paris. 2016.
3. BELGHITI. A et al : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », RABAT,
4. BETHOUX. R, KREMPER. F, POISON. M. « L'audit dans le secteur public méthodes et pratique ». Edition Clet Paris.1986.
5. Blake et Mouton : « la 3^{ème} dimension du management »Paris, édition organisation, 1987.
6. BONNAFOUS-BOUCHER. M. PESQUEUX. Y : «Décider avec les parties prenantes, Approches d'une nouvelle société civile», La Découverte, Paris, 2006.
7. BOUQUIN. H, « Les fondements du contrôle de gestion »Que sais-je ?, Edition PUF. 1994.
8. CAUVIN.C. CAYAUD.C. « gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion ». Edition economica ; Paris. 1990.
9. CHRREAUX. G. WIRTZ. P. « Gouvernances des entreprises nouvelles perspectives ». Edition economica. Paris. 2006.
10. COLLI. J-C : « économie et pouvoir médical » édition economica, 1998, P142.
11. CREMADEZ. M, GRATEAU. F : « le management stratégique hospitalier » édition Inter éditions, 1992.
12. DAUBECH. L « Le malade à l'hôpital, droits, garanties et obligation » action statères, 2000.
13. DUBRULLE. L, Jourdain. D, « comptabilité analytique de gestion » 4ème édition, DUNOD, Paris, 2003
14. GONNET. F, « Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir » édition Masson, 2002.
15. Kervasdoué J. Avec la collaboration de BILLON. S, L'hôpital, Qu'est –sais-je ? édition PUF, 4^{ème} Ed. 2011.
16. Kervasdoué J., L'hôpital, Qu'est –sais-je ? édition PUF, 4^{ème} Ed. 2004.
17. KURT F. & al, Manuel d'audit interne : Améliorer L'efficacité de la gouvernance, du contrôle interne et du management des risques, IFACI, 2^{ème} édition, 2011. P 1-6.
18. M. DUPANLOUP, M. COSTE : «Guide méthodologique : l'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation », Paris, 1997.
19. MBOUNA.M :«Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes», thèse de doctorat en sciences de gestion, l'Université Jean Moulin Lyon 3,2010.
20. MINTZBERG. H : « Le pouvoir dans les organisations », Paris, édition d'organisation, 1986, P53.
21. RENARD.J, « théorie et pratique de l'audit interne »,7^{ème} édition d'organisation, Paris. 2010.
22. RIVERO. J. WALINE. J, « Droit administratif ». Edition Dalloz, 18^{ème} Ed , 2000.
23. STEUDLER. F. « Le management hospitalier de demain : approche sociologique», in C. Amourous, Que faire de l'hôpital ?, L'Harmattan, 2004.

Bibliographie

2. Mémoires et thèses

1. ARHAB. S. « Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier ». Mémoire de Magister, Option : Management des entreprises. D'UMMTO. 2015
2. BANLA. A, thèse de mémoire « Mise en place d'un service d'audit interne dans un CHU : Cas du CHU KARA au TOGO, du CAESG, 2015.
3. BENCHIKHA. F.Z, magister en management Option : Stratégie, Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew, 2012.
4. CHALAN. S : « L'hôpital algérien malade de sa gestion », Polycopié du cours : « Organisation et Gestion des structures de santé », Licence en Economie de la Santé, 2011.
5. Dr DELDOU. E. « Projet d'implantation d'audit clinique au niveau de la maternité de l'hôpital Hassan II de Settat ». Mémoire en Administration Sanitaire et Santé Publique. Option : Santé Publique. Institut National d'Administration Sanitaire.de Royaume du Maroc. 2006
6. KADI. M. Thèse de mémoire « Essai d'analyse du rôle de l'audit hospitalier dans la performance des hôpitaux publics : Une illustration à travers l'audit des procédures de prévision budgétaire au niveau du CHU de Béjaïa, » UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA, 2012.
7. SALHI. N, Le nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) : potentiel, état des lieux et perspectives : Cas de l'EPH de SIDI AICH Master en Sciences Economiques- option Economie de la santé, université de Béjaïa, 2012
8. SALMI. M, «Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins » Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, UMMTO, 2009.

3. Article et revue

1. CHARIGNON. R : « l'hôpital réinventé » revue de gestion hospitalière, 1998.
2. STENDLER. F « le management hospitalier de demain : approche sociologique » la revue hospitalière de France, juillet, 2000.
3. STENDLER. F, «Le management hospitalier de demain : approche sociologique» La revue hospitalière de France, juillet 2000.
4. SEGOUIN. C. PERRET. F. « Accréditation et qualité des soins hospitaliers ». Article hospitalier de Nice. juin 2001.
5. MASSE.M « Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions (diagonales) ». Article de Comptabilité - Contrôle – Audit. Paris.1996/1 (Tome 2). Consulté sur le site [www. Cairn.info](http://www.Cairn.info)

4. Rapports et Documents et Normes

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES). « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002.
2. ANDEM « Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale » France, 1996
1. ANDRS : «Histoire de l'évaluation de la qualité des soins», Laboratoire de la Qualité des Soins, Université de Constantine, Algérie.
3. IFACI octobre 2013, « Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne».

Bibliographie

4. Le livre blanc de la recherche clinique dans les CHU « des ambitions pour la recherche médicale française » conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires, décembre 2004.
5. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, «Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes»,
6. Normes ISO 9000 version 1994, Editions AFNOR. In H. MIGNARDOT et H. DION : « ISO 9000 en santé bilan Accréditation et certification au service biomédical », Projet DESS "TBH", UTC, 2000.

5. Webographie

1. www.3coh.dz. Consulté le 10 septembre 2018
2. www.santé.dz. Consulté le 10 septembre 2018.
3. www.numilog.com. Consulté le 22 Octobre 2018.
4. [www. Cairn.info](http://www.Cairn.info). Consulté le 12 Octobre 2018.

6. Textes juridiques

1. Arrêt interministériel du 7 septembre 2011 complétant l'arrêté interministériel du 17 septembre 1998 fixant les critères de classement des établissements hospitaliers spécialisés et des secteurs sanitaires et leur classement.
2. Arrêt interministériel du 15 janvier 2012 fixant les critères de classification des Etablissements publics hospitaliers et des Etablissements publics de santé de proximité ainsi que leur classement
3. Décret exécutif n°12-281 du 9 juillet 2012, portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité
4. Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

La liste des tableaux et figures

LA LISTE DES TABLEAUX

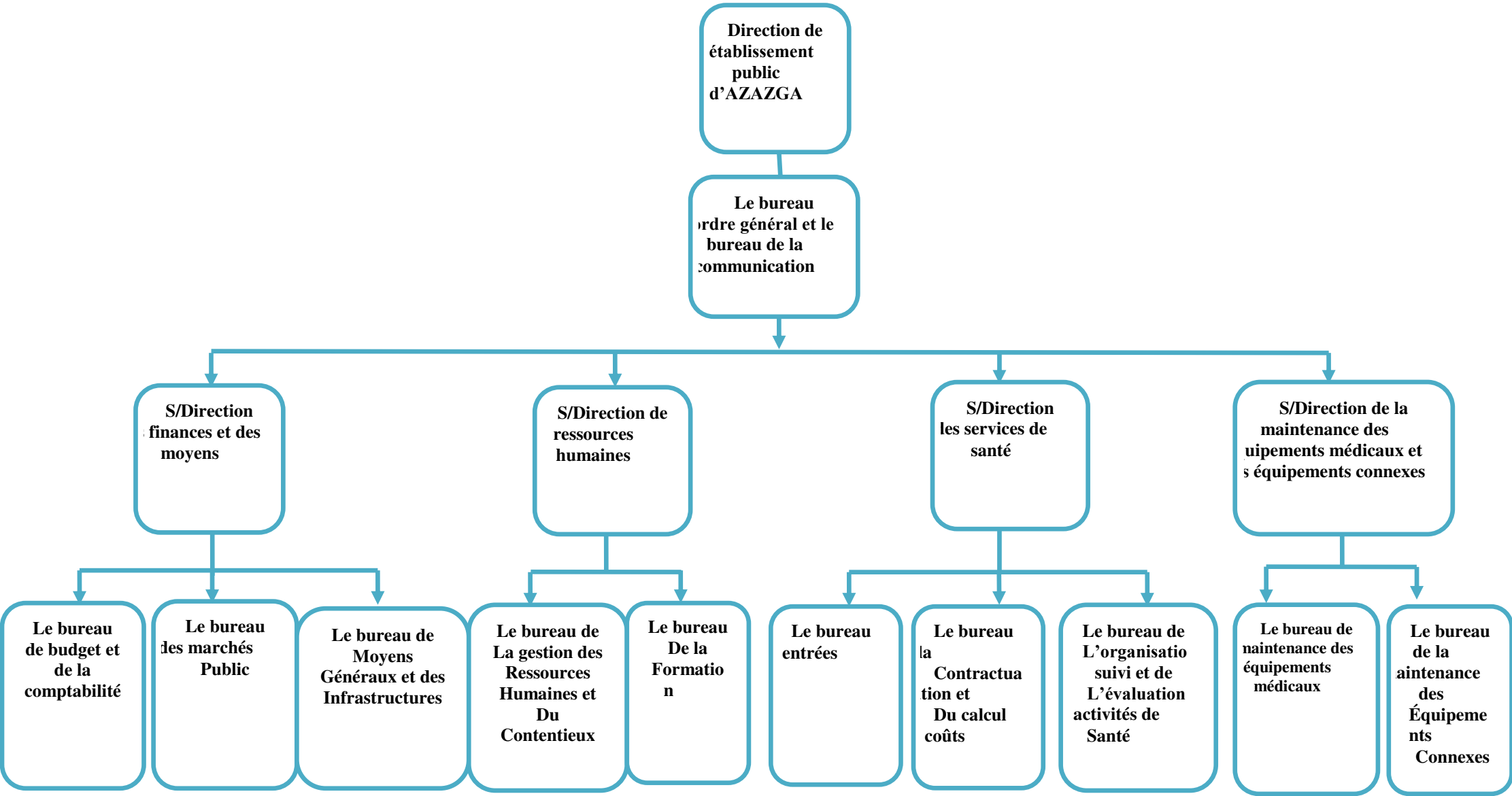
Tableau 01 : Infrastructures sanitaires publiques en Algérie.....	30
Tableau 02 : Etat des infrastructures de la santé.....	37
Tableau 03 : Effectif des personnels aux sien de EPH	38
Tableau 04 : Activités hospitalières des EPH pour l'année 2009	39
Tableau 05 : Comparaison entre l'audit interne et le contrôle de gestion	52
Tableau 06 : Capacités litières de l'EPH AZAZGA	85
Tableau 07 : Liste des personnes interrogées	94
Tableau 08: Qualification du système de contrôle et de suivi dans le travail.....	95
Tableau 09 : La répartition des tâches	96
Tableau 10 : Le décret exécutif N° 07- 140 du 19 mai 2007	96
Tableau 11 : La gestion de l'établissement.....	97
Tableau 12 : L'efficacité des systèmes d'information de l'hôpital.....	98
Tableau 13 : Signification de l'audit interne.....	100
Tableau 14 : Fiche de poste du directeur d'audit interne.....	105
Tableau 15 : Fiche de poste des auditeurs	106
Tableau 16 : Proposition d'un plan annuel du service	108
Tableau 17 : Proposition d'un plan d'audit pour l'EPH AZAZGA.....	110

ANNEXES

Listes des annexes

N°	ANNEXE	Pages
01	Décret exécutif N°07-140 du 19-05-2007 portant création des EPH et des EPSP	VII-01
02	Organigramme de L'EPH	VII-05
03	Recettes et dépense de L'EPH	VII-06
04	Questionnaires	VII-08

Annexe N° 02 : Organigramme EPH AZAZGA



Questionnaires

MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE
GESTION

DEPARTEMENT DES SCIENCES FINANCES ET COMPTABILITE
DE SPECIALITE : AUDIT ET CONTROLE DE GESTION



Annexe N° 04 : Questionnaire

Notre étude vise à mieux comprendre : les structures, mécanismes et procédures de gestion pour La mise en place de l'audit interne pour une gestion efficace d'une structure hospitalière publique : Cas EPH AZAZGA

- Le questionnaire comprend 22 questions organisées en 3 axes :
 1. le premier axe correspond aux caractéristiques du répondant ;
 2. le second axe concerne le fonctionnement de l'établissement public hospitalier ; (Mode de fonctionnement de l'hôpital, Méthodes et organisation, La gestion de l'hôpital).
 3. le troisième axe s'intéresse sur la vision de la mise en place l'audit interne.

Dans le cadre de la réalisation d'un travail de recherche scientifique au sein de la faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion de l'Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, portant sur la mise en place de l'audit interne dans l'hôpital, nous vous prions de bien vouloir répondre soigneusement à ce questionnaire. Il y va de soi que les informations recueillies auront une finalité strictement scientifique. Les informations obtenues avec ce questionnaire seront traitées dans la confidentialité.

Une copie de notre mémoire sera disponible à l'EPH AZAZGA. Si vous avez besoin d'explications ou des questions n'hésitez pas à nos communiquer en écrivant par courrier électronique à l'adresse suivante. ghenima14@outlook.fr

zerroukimeriem22@gmail.com

Avec tous nos remerciements pour votre attention et votre contribution à notre travail

Questionnaires

I. Données personnelles

1. Identification de l'enquête :

Type de contrat : CDI ☐ CDD ☐ Nationalité : Algérienn ☐ Titulaire ☐

Vous êtes : Femme ☐ Homme ☐ Vous êtes : Célibataire ☐ ☐
Marié(e)

2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

Moins de 25ans	26 à 31ans	32 à 37ans	38 à 43ans	44 à 49ans	50 à 55ans	56 ans et plus
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?

Cadres supérieurs ☐ cadre moyen ☐ agents de maitrise ☐ agent d'exécution ☐

4. Quel est votre niveau académique ?

BAC ☐ DEUA ☐ Licence ☐ Ingéniorat ☐ Magister ☐

Autre:.....
.....
.....
.....

Questionnaires

II. Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier

A. Mode de fonctionnement de l'hôpital

5. Jugez-vous le mode de fonctionnement est bureaucratique ?

OUI ☐

NON ☐

6. Comment qualifiez-vous le système de contrôle et de suivi dans le travail (dans votre service) ?

Satisfaisant ☐

Non satisfaisant ☐

7. Existe-il un système de planification et de gestion par objectifs ?

OUI ☐

NON ☐

8. Le fonctionnement est-il dominé par une logique gestionnaire (management qualité) ?

OUI ☐

NON ☐

B. Méthodes et organisation (conditions de travail)

9. Les locaux de l'hôpital sont-ils favorables au travail ?

OUI ☐

NON ☐

10. Comment qualifiez-vous les conditions de travail ?

Satisfaisantes ☐

Non satisfaisantes ☐

Autre :
.....
.....

11. Les horaires de travail sont-ils contraignants ?

Questionnaires

OUI ☐

NON ☐

12. Y'a-t-il une précision dans la répartition des tâches dans les services ?

OUI ☐

NON ☐

13. Connaissez-vous le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant sur la création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers ?

OUI ☐

NON ☐

14. Etes-vous conscients de la nécessité d'un contrôle interne qui permet à l'entreprise de gérer les processus mis en œuvre, pour atteindre ces objectifs ?

OUI ☐

NON ☐

C. La gestion de l'hôpital

15. Comment qualifiez-vous la gestion de cet établissement ?

Satisfaisante ☐

non satisfaisante ☐

Autre :

.....
.....
.....

16. Les systèmes informations à l'hôpital est-il efficace ? (3COH, E pistat...)

OUI ☐

NON ☐

17. Citez quelques dysfonctionnements relatifs à l'organisation et à la gestion de L'hôpital ?

.....
.....
.....
.....
.....

Questionnaires

III. La vision d'audit dans l'établissement

18. Savez-vous c'est quoi l'audit interne ?

OUI ☐ NON ☐

- Quelle est l'idée générale que vous avez du concept d'audit ?

.....
.....
.....

19. Pensez-vous que L'EPH AZAZGA a besoin d'un service d'audit interne ?

OUI ☐ NON ☐

- Si oui en quoi consiste ce besoin ?

.....
.....
.....

- Si le service d'audit n'est pas nécessaire pour votre structure, l'est-il pour votre direction générale ou régionale ?

.....
.....
.....

20. Quels sont les apports attendus de ce nouveau service à l'EPH ?

Satisfaisante ☐ Non satisfaisante ☐

Autre

.....
.....
.....

21. Sa création peut-elle avoir un effet positif sur la performance de l'établissement ?

OUI ☐ NON ☐

22. Quelles sont vos attentes selon vous, une fois le service mis en place ?

.....
.....
.....

★

**Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428
correspondant au 19 mai 2007 portant création,
organisation et fonctionnement des
établissements publics hospitaliers et des
établissements publics de santé de proximité.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990, complétée, relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990, complétée, relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n°97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Décrète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

CHAPITRE I

L'ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER

Art. 2. — L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 3. — L'établissement public hospitalier est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 4. — L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

— d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;

— d'appliquer les programmes nationaux de santé ;

— d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;

— d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Art. 5. — L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

CHAPITRE II

**L'ETABLISSEMENT PUBLIC
DE SANTE DE PROXIMITE**

Art. 6. — L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 7. — L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 8. — L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée :

- la prévention et les soins de base ;
- le diagnostic ;
- les soins de proximité ;
- les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également :

- de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

Art. 9. — L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS COMMUNES

Section 1

Organisation et fonctionnement

Art. 10. — L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé " conseil médical ".

Sous-section 1

Le conseil d'administration

Art. 11. — Le conseil d'administration comprend :

- le représentant du wali, président ;
- un représentant de l'administration des finances ;

- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des associations des usagers de la santé ;
- un représentant des travailleurs élus en assemblée générale ;
- le président du conseil médical.

Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité assistent aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurent le secrétariat.

Art. 12. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 13. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 14. — Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels ;
- le compte administratif ;
- les projets d'investissement ;
- les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- les conventions prévues aux articles 5 et 9 ci-dessus ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;

— les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;

— l'acceptation ou le refus des dons et legs.

— les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Art. 15. — Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 16. — L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

Art. 17. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 18. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Sous-section 2

Le directeur

Art. 19. — Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Art. 20. — Le directeur est responsable du bon fonctionnement de l'établissement.

à ce titre :

— il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

— il est ordonnateur de l'établissement ;

— il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;

— il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;

— il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

— il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration ;

— il passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

— il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;

— il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

— il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

Art. 21. — Le directeur est assisté de quatre (4) sous-directeurs chargés respectivement :

— des finances et des moyens ;

— des ressources humaines ;

— des services de santé ;

— de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

Les sous-directeurs sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 22. — L'organisation interne des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 23. — Le classement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité par catégorie est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Sous-section 3

Le conseil médical

Art. 24. — Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

— l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ;

— les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

— les programmes de santé et de population ;

— les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

— la création ou la suppression de structures médicales.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement, notamment des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Art. 25. — Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- un pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Art. 26. — Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement hospitalier public et du directeur de l'établissement public de santé de proximité.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad hoc*.

Art. 27. — Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente ; si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours qui suivent et ses membres peuvent délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Section 2

Dispositions financières

Art. 28. — La nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 29. — Le budget des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent :

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;

— les dotations exceptionnelles ;

— les dons et legs ;

— les recettes diverses ;

— toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement ;

— les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent :

— les dépenses de fonctionnement ;

— les dépenses d'équipement ;

— toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.

Art. 30. — Le projet de budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 31. — La comptabilité des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est tenue conformément aux règles de la comptabilité publique. Le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 32. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des finances.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS PARTICULIERES ET FINALES

Art. 33. — La liste des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée en annexes jointes au présent décret.

Art. 34. — Les dispositions du présent décret sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de sa publication au *Journal officiel*.

Art. 35. — Les dispositions du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires sont abrogées.

Art. 36. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007.

Abdelaziz BELKHADEM.

Annexe N° 03 : Evaluation du Budget du EPH D'AZAZGA Période allant de : 2010 au 2014

• **Recettes**

<i>Intitulé</i>	<i>Année 2010</i>	<i>Année 2011</i>	<i>Année 2012</i>	<i>Année 2013</i>	<i>%</i>	<i>Année 2014</i>
T-I- Participation de l'état						
T.II- Participation des organismes de sécurité sociale (CNAS)						
T.III- Recettes provenant de la CNAS au titre des prestations régies par convention						
T.IV Autre ressources						
<i>Total :.....</i>						

- **Dépenses**

<i>Intitulé</i>	<i>Année 2010</i>	<i>Année 2011</i>	<i>Année 2012</i>	<i>Année 2013</i>	<i>%</i>	<i>Année 2014</i>
T.I- Dépenses Du Personnel						
T.II- Dépenses De Formation						
T.III- Dépenses D'Alimentation						
T.IV- Médicaments Et Autres Produits à usage médical						
T.V- Dépenses d'action spécifique de prévention						
T.VI- Matériel et Outillage médicaux						
T.VII- Entretien des infrastructures Sanitaires						
T.VIII- Autres dépenses de fonctionnement						
T.IX- Œuvres sociales						
T.X- Dépenses de recherches médicales						
TOTAL :.....						

Table des Matières

Table des matières

REMERCIEMENTS	I
DEDICACES	II
SOMMAIRE	III
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
Introduction général	1
Chapitre I : La réflexion sur la gestion hospitalière	6
Introduction	7
Section 01 : particularité de la gestion hospitalière	8
1. Définition et typologie de l'hôpital	8
1.1 Définition	8
1.2 Typologie de l'hôpital	9
2. l'hôpital, une organisation à part	9
2.1 La structure organisationnelle de l'hôpital	10
2.1.1 Le sommet stratégique	10
2.1.2 Le centre opérationnel	11
2.1.3 La ligne hiérarchique	11
2.1.4 La technostructure	11
2.1.5 Les personnels de support logistique	11
2.2 Une dynamique peu axée sur la stratégie	12
2.2.1 Des décisions et une stratégie réactives	12
2.2.2 Un processus stratégique de type « émergent »	12
2.2.3 Les choix stratégiques hospitaliers	12
2.2.4 Un management stratégique	15
2.3 Les spécificités d'un hôpital	16
2.4 L'hôpital et le facteur humain	16
2.5 Les missions d'un hôpital	17
2.5.1 La prévention	17
2.5.2 La qualité des soins	18
2.5.3 L'hôpital public: une mission de formation	18
2.5.4 Mission de recherche médicale	18
2.5.5 La sécurité	18
3. L'hôpital entre la logique de service public et la logique d'entreprise	19
3.1 La performance hospitalière	20
Section 02 : la mise en place du contrôle de gestion et système comptable hospitalier ...	22
1. Les problèmes de la gestion hospitalière des hôpitaux et la nécessité du contrôle de gestion	22
1.2 Le budget	22
1.3 Le personnel	22
1.4 L'équipement	22
2. Concept de contrôle de gestion	23
2.2 Définition de contrôle de gestion	23
2.3 Les mécanismes du contrôle de gestion	23
2.4 L'apport du contrôle de gestion à l'établissement hospitalier	26
3. Le système comptable hospitalier	27
3.1 Aperçu générale sur les systèmes de triple comptabilité hospitalière	27
3.1.1 Présentation du système de triple comptabilité hospitalière	27

Table des matières

3.1.2	L'intégration des trois comptabilités	28
3.2	Objectifs et conditions de mise en œuvre du système 3COH	29
3.2.1	Les objectifs du système 3COH	29
3.2.2	Les conditions de mise en œuvre du système de 3COH	30
Section 3 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie		30
1.	Présentation des établissements publics hospitaliers	30
2.	Organisation et gestion des Etablissements Publics Hospitaliers	32
2.1	Gestion des Etablissements Publics Hospitaliers	32
2.1.1	Le conseil d'administration.....	32
2.1.2	Le Directeur	33
2.1.3	Le conseil médical	34
2.2	Organisation interne des établissements publics hospitaliers	34
2.2.1	Sous-direction des finances et des moyens.....	35
2.2.2	La sous-direction des ressources humaines	35
2.2.3	La sous-direction des services de santé	36
2.2.4	La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes	36
3.	Les établissements publics hospitaliers en Algérie: un état des lieux.....	36
3.1	La place des établissements publics hospitaliers dans le système de santé en Algérie	37
3.2	Contraintes et dysfonctionnements au sein des hôpitaux publics	39
3.2.1	Contrainte et dysfonctionnement liés au financement	40
3.2.2	Contraintes et dysfonctionnements liés à l'information	40
3.2.3	Contraintes et dysfonctionnements liés à la formation	41
Conclusion		42
Chapitre II: Cadre conceptuel d'audit interne et de l'audit hospitalier		43
Introduction		44
Section 01 : Généralité sur l'audit interne		45
1.	Définition et L'objectif et le rôle de l'audit interne	45
1.1	Définition de l'audit interne	45
1.2	Les objectifs de l'audit interne	45
1.3	Le rôle de l'audit interne	46
2.	Mission de l'audit	47
2.1	La phase préparation	47
2.2	La phase de réalisation	48
2.3	La phase de conclusion	48
3.	Les normes de l'audit interne	48
3.1	Normes de qualification	48
3.2	Les normes de fonctionnement	49
3.3	Les normes de mise en œuvre	50
4.	Audit interne et contrôle de gestion	51
5.	Audit interne et management des risques	52
Section 02 : Audit hospitalier, sa relation avec la gouvernance et les motivations de sa mise en œuvre		54
1.	Gouvernance hospitalière et développement d'une culture d'audit hospitalier	54
1.1	Le système de gouvernance hospitalière et ses spécificités	54
1.1.1	La théorie des parties prenantes et la gouvernance hospitalière	55
1.1.2	Les différentes parties prenantes et la gouvernance hospitalière	55

Table des matières

1.1.3	Spécificités de la gouvernance hospitalière	56
2.	L'audit hospitalier	58
2.1	Définition de l'audit hospitalier	58
2.2	Typologie, instruments de mesure et objectifs de l'audit hospitalier.....	59
2.2.1	Typologie de l'audit hospitalier	59
2.2.2	L'instrument de mesure utilisé dans l'audit hospitalier.....	60
2.2.3	Objectifs de l'audit hospitalier.....	61
2.3	La relation existante entre la gouvernance et l'audit hospitalier.....	61
2.4	Motivations des demandes d'audit et les facteurs de réussite	63
2.4.1	Motivation des demandes d'audit hospitalier	63
2.4.2	Les facteurs de réussite de l'audit hospitalier	64
2.5	Culture d'audit et performances des structures hospitalières publiques	65
Section 03 : L'implantation d'audit interne au sein des hôpitaux Algérien		67
1.	L'audit hospitalier en Algérie : Etat des lieux	67
1.1	La nécessité de développer un système d'audit hospitalier en Algérie	67
1.2	Les facteurs entravant le développement de la culture de l'audit hospitalier en Algérie	68
2.	Mise en place de l'audit hospitalier en Algérie	69
2.1	Les institutions susceptibles d'effectuer un audit hospitalier en Algérie.....	69
2.2	La favorisation de l'implantation et le développment d'une culture d'audit dans les établissements de santé.....	70
2.3	Le système d'audit hospitalier pour l'Algérie	72
3.	L'accréditation hospitalière	72
3.1	L'accréditation hospitalière comme outil de maîtrise de la qualité dans les établissements de santé	73
3.1.1	La qualité des soins	73
3.1.2	l'accréditation des établissements de santé	74
3.1.3	l'apport de la procédure d'accréditation	74
3.1.4	Déroulement d'une procédure d'accréditation.....	75
3.2	Quelques systèmes d'accréditations hospitalières étrangères	75
3.3	L'accréditation des établissements de santé en Algérie	76
3.4	Le système d'accréditation hospitalière pour l'Algérie.....	77
Conclusion		79
CHAPITRE III : LA MISE EN PLACE DE L'AUDIT INTERNE DANS UNE STRUCTURE HOSPITALIERE PUBLIQUE CAS : EPH AZAZGA		80
Introduction		81
Section 01 : présentation de l'organisme d'accueil.....		82
1.	Mission de l'EPH AZAZGA.....	84
2.	Organisation interne de l'établissement public hospitalier	84
2.1	Les services d'hospitalisation	84
2.2	Les services administratifs	86
3.	Le fonctionnement des différentes sous-directions de l'EPH	86
3.1	Le fonctionnement de la sous-direction des finances et des moyens	86
3.2	Le fonctionnement de La sous-direction des ressources humaines	90
3.3	Le fonctionnement de la sous-direction des services de santé	91
Section 02 : les résultats d'enquête et la proposition d'architecture du service d'audit interne.....		93

Table des matières

1. Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée	93
1.1 Contenu du questionnaire et son déroulement	93
1.2 L'objectif du questionnaire	93
2. Présentation des résultats de l'enquête	94
2.1 Caractéristiques des répondants	94
2.2 Evaluation de la structure hospitalière	94
2.2.1 Les avantages de la structure organisationnelle	98
2.2.2 Les inconvénients de la structure organisationnelle	99
2.2.3 Les recommandations	99
2.2 La vision d'audit dans l'établissement	100
3. Présentation de l'architecture fonctionnelle de l'audit interne	101
3.1 Sur le plan organisationnel	102
3.1.1 Mission du service d'audit interne	102
3.1.2 Rattachement hiérarchique	102
3.1.3 La structure du service de l'audit interne	103
3.2 Sur le plan fonctionnel	104
3.2.1 Fiche de poste du département d'audit interne	104
3.2.2 Recrutement du personnel	106
3.2.3 La formation	107
Section 3 : Plan d'action et outils de travail du service d'audit interne	107
1. Plan d'action d'audit interne	107
2. Outils de travail de l'audit interne	109
2.1 La création de la charte d'audit interne	109
2.2 Le manuel d'audit interne	109
2.3 Le plan d'audit interne	110
2.4 Les dossiers et papier de travail	110
Conclusion	111
CONCLUSION GENERALE	112
BIBLIOGRAPHIE	V
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VI
ANNEXES	VII
TABLE DES MATIERES	VIII

Résumé

Compte tenu de la réalité du fonctionnement des hôpitaux publics, des contraintes et des dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui leur organisation et leur gestion, ont amené le gouvernement à inscrire des réformes hospitalières parmi ses prérogatives d'action. Des efforts tendent à moderniser la gestion et l'organisation des hôpitaux, à travers la mise en place de l'audit interne hospitalier, comme outil de contrôle.

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle d'organisation et de gestion des hôpitaux par un audit interne, afin d'améliorer leurs fonctionnements, d'externaliser toutes les dysfonctionnements et contraintes subis par les hôpitaux.

Il s'agit dans ce travail de recherche, de mettre en place un audit interne aux niveaux des hôpitaux publics en Algérie et ses apports en matière d'amélioration de la gestion et de l'organisation.

Mots clés : audit interne hospitalier, hôpital public, réformes hospitalière

Resume

Given the reality of the functioning of public hospitals, the constraints and dysfunctions that characterize their organization and management today, have led the government to include hospital reforms among its prerogatives for action. Efforts are being made to modernize the management and organization of hospitals, through the implementation of the internal hospital audit, as a control tool.

The objective of this action is to stimulate a new dynamics of hospital organization and management by an internal audit, in order to improve their operations, to externalize all the malfunctions and constraints suffered by the hospitals.

In this research work, the aim is to set up an internal audit at the level of public hospitals in Algeria and its contribution to improving management and organization.

Key words: hospital internal audit, public hospital, hospital reforms

ملخص

ونظراً لواقع أداء المستشفيات العامة ، أدت القيود والاختلالات التي تميز تنظيمها وإدارتها اليوم ، إلى قيام الحكومة بإدخال إصلاحات في المستشفيات بين صلاحياتها للعمل. تبذل جهود لتحديث إدارة وتنظيم المستشفيات، من خلال تنفيذ التدقيق الداخلي في المستشفى، كأداة تحكم.

الهدف من هذا الإجراء هو تحفيز ديناميات جديدة لتنظيم المستشفيات وإدارتها من خلال المراجعة الداخلية ، من أجل تحسين عملياتها ، لتحويل كل الأعطال والقيود التي تعاني منها المستشفيات إلى الخارج. في هذا العمل البحثي، الهدف هو إجراء تدقيق داخلي على مستوى المستشفيات العامة في الجزائر ومساهمته في تحسين الإدارة والتنظيم.

الكلمات المفتاحية: التدقيق الداخلي في المستشفى ، المستشفيات العامة ، إصلاحات المستشفيات