

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



Mémoire

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MASTER EN SCIENCES DE GESTION

OPTION : management stratégique des entreprises

Thème

Management hospitalier

Cas : Hôpital Chahid MAHMOUDI

Réalisé par :

Mlle KECHAD Katia

Encadré par :

M^r. DRIR Mohamed

Devant le jury composé de :

President: M^r. ZEREKHEFAOUI Lyes

Examineur: M^r. HADJOU Abdelaziz

Rapporteur : M^r. DRIR Mohamed



Année universitaire 2016/2017

Remerciement

Nous remercions Dieu le tout puissant qui nous a donné la volonté de mener à bien ce travail.

*Toute ma reconnaissance et gratitude à mon encadreur Monsieur **DRIR Mohamed**, qui m'a apporté durant trois années un énorme soutien, qui a été là pour ma troisième année universitaire quand je pensais que la vie s'arrêtait en voyant des gens me fermaient les portes sans prendre considération de ma situation, il a été là et m'a aidé à franchir ces portes. Rien que pour ça, je ne saurais jamais vous remercier assez. A jamais dans ma mémoire.*

*Mes vifs et sincères remerciements sont adressés à Monsieur **MAHMOUDI Arris**, vice-président directeur général de l'HCM, pour sa compréhension, sa disponibilité et pour m'avoir permis d'accéder au sein de son établissement et de mener mon étude.*

*Je remercie également le personnel du service Radiothérapie de l'HCM, qui m'a chaleureusement accueilli au sein de sa petite famille, surtout à Madame **HADJ ARRABE Kahina** pour sa gentillesse, son professionnalisme, sa patience et ses judicieux conseils.*

A mes sœurs de cœurs, Sissi et Ouardia qui ont toujours été là pour moi ainsi que leurs parents.

A Sadjia pour ton aide, ta disponibilité et surtout ta joie de vivre.

A Lamia pour tes conseils, ta présence et ta bienveillance.

Mes remerciements à mes parents, ma famille, de m'avoir soutenu et encouragé durant mes études.

Sans oublier de remercier les membres du jury qui ont eu l'amabilité de juger ce travail.

Dédicace

« Si au soir de ma vie, mes enfants devaient penser de moi ce que je pense de mes parents, alors j'aurai réussi ma vie » hommage à mes parents.

Je dédie ce modeste travail :

A ma Maman qui me manque tellement.

*Aux trois hommes de ma vie, mon **papa**, mon frère **Anís** et mon frère **Juba**.*

*Votre fille et sœur **Katia***

Abréviations

ONS : Office National des Statistiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DRH : Directrice des Ressources Humaines

DG : Directeur général

PDG : Président Directeur Général

HCM : Hôpital Chahid Mahmoudi

DSP : Direction des Soins Publics

Liste des figures

Figure n°1: Configuration structurelle (professionnelle selon H. MINTZBERG) -----	6
Figure n° 2 : Evolution de la perception de l'insertion de l'hôpital dans son environnement --	21
Figure n° 3 croisement du taux de la population de 65ans et plus avec le taux de la population de 0- 14ans en Algérie -----	26
Figure n° 4 croisement du taux de fertilité avec le taux de la population de 0-14ans en Algérie -----	26
Figure n° 5 Interaction offre-demande-besoin en soin -----	31
Figure n° 6 Schéma des composantes de la performance organisationnelle -----	51
Figure n° 7 Le système sanitaire algérien -----	67
Figure n° 8 Représentation globale des bâtiments composants HCM-----	77

Liste des tableaux

Tableau n° 1 Evolution des dépenses annuelles totales	28
Tableau n° 2 Dimension de la compétence professionnelle selon EPSTEIN	46
Tableau n° 3 Composantes du contexte porteur	53
Tableau n° 4 Le modèle révisé par Savoie et Morin en 2000..	61
Tableau n° 5 Objectifs primaires et secondaires sélectionnés pour chaque partie prenante de la banque de Montréal	62
Tableau n°6 Récapitulatif des services avec leur localisation dans les différents bâtiments ...	82
Tableau n° 7 Récapitulatif du nombre de questionnaires par service	86

Sommaire

Introduction générale

Chapitre 1 : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe..... 1

Section 1 : Particularité de la gestion hospitalière 3

Section 2 : Complexité organisationnelle au sein d'un hôpital..... 14

Chapitre 2 : Management hospitalier et performance organisationnelle 34

Section 1 : Particularisme de mesure de la performance et management hospitalier.....36

Section 2 : Performance organisationnelle 50

Chapitre 3 : Le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.....64

Section 1 : Le système de santé en Algérie et l'émergence du secteur dit ; privé.....66

Section 2 : Le développement d'un management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi 89

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

Table des matières

Introduction générale

Introduction générale

L'hôpital n'est pas une organisation comme une autre : Structure à buts et à acteurs multiples inscrite dans un environnement spécifique, c'est une organisation que l'on peut qualifier de « professionnelle » et qui, de ce fait, connaît des particularités de fonctionnement. Nous sommes tout à fait en connaissance du fait que l'hôpital est une organisation complexe et dynamique qui produit une grande variété de services, et que dans de telles situations les dirigeants ont de plus en plus besoin de bien comprendre leurs organisations.

Le secteur privé à but lucratif de la santé, joue un rôle très important dans le monde, étant donné sa capacité de participation à l'offre de soins. Ce secteur occupe ainsi une place de plus en plus considérable dans le paysage de la santé. L'hôpital privé est suggéré comme piste de solution aux divers problèmes inhérents aux systèmes de santé publique, ce qui soulève de nombreuses controverses quant à sa gouvernance.

Avant la préoccupation des hôpitaux privés était de moindre importance quant à la pluralité des services, lorsque le traitement dans un hôpital privé n'était que symbole d'aisance à la recherche des mêmes traitements existants dans les organisations de santé publique. Les seules différences étaient sur le plan esthétique, hygiène et confort.

Aujourd'hui par contre il y'a la question de qualité et d'efficacité et surtout de disponibilité des services ou produits, que les consommateurs cherchent à acquérir même en épuisant leurs ressources qui au demeurant sont limitées.

Cet organisme est soumis à des contraintes qui lui imposent de développer sa gestion, il est confronté à l'heure actuelle à des très fortes évolutions qui lui imposent de mieux maîtriser sa performance.

C'est pour quoi une évaluation de la performance organisationnelle est très importante dans ces établissements afin de cerner différentes dimensions pouvant influencer la performance globale de l'organisation, loin de l'aspect financier souvent prédominant et qui attire la grande attention des dirigeants au détriment d'autres aspects tout aussi importants.

Introduction générale

C'est pourquoi le management constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

Partant de là nous allons répondre à la problématique suivante : **Dans quelle mesure l'utilisation d'un management hospitalier peut contribuer à une meilleure performance de l'organisation ?**

Afin de répondre à cette problématique, notre réflexion s'articule autour d'une série de sous questions structurées de la façon suivante :

- Quelles sont les contraintes qui entravent la bonne gestion d'un hôpital vu comme une entreprise ?
- L'intégration d'un management hospitalier permet-elle d'améliorer la performance de l'organisation ?

C'est autour de ces questions que nous avons axé notre travail, d'où deux hypothèses qui sont émises au départ, et que nous essayerons de vérifier à travers la présente recherche.

Hypothèse 1 : la complexité de la gestion d'un établissement hospitalier est liée à l'environnement où celui-ci émerge.

Hypothèse 2 : l'amélioration de la performance de l'organisation dépend de L'application d'un management hospitalier.

En vue de répondre à notre problématique, notre travail s'articulera autour de trois chapitres :

- **Chapitre 1 :** *l'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe :*
Consacré à mettre en avant la particularité de l'organisation hospitalière, ainsi que les problèmes rencontrés au cours de la gestion de cet organisme en vue de mettre l'accent sur la nécessité d'un management hospitalier.

Introduction générale

- **Chapitre 2 :** *le management hospitalier et la performance organisationnelle :*

Nous essayerons d'expliquer dans ce chapitre, qu'est-ce que le management hospitalier, où réside la complexité d'un établissement hospitalier, situer l'hôpital dans son environnement et enfin parler de la demande et l'offre de soins de santé face au contexte d'évolution de la population algérienne.

- **Chapitre 3 :** *le management hospitalier appliqué au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi :*

Où nous allons présenter en premier lieu l'organisme d'accueil à savoir « Hôpital Chahid Mahmoudi », en deuxième lieu, nous mettrons l'accent sur la Méthodologie du travail, la présentation et l'analyse des résultats de la présente recherche.

Méthodologie de recherche :

Pour effectuer ce travail, nous avons adopté une démarche descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques.

Puis pour le cadre pratique de notre travail de recherche nous avons puisé diverses sources en exploitant trois outils de collecte d'information qui consistent en une approche par observation, puis par un questionnaire auprès du personnel de l'HCM, pour finir avec un entretien semi-directif avec le vice-président directeur général de l'hôpital. Les outils en question s'inscrivent dans le cadre d'une étude qualitative.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Introduction

A la différence des autres entreprises, les organisations de santé, notamment les hôpitaux, présentent un certain nombre de particularités, du fait qu'ils s'agissent d'organisations spécifiques en matière de statut, de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont complexes. Le présent chapitre traite la spécificité d'une organisation hospitalière et sa complexité, divisé en deux sections :

- La première présente la particularité de la gestion hospitalière, à travers la présentation de ses caractéristiques structurelles, d'une description de la structure professionnelle qui est la structure type associée à un hôpital. Suivi des mécanismes de coordination existant au sein d'un hôpital, pour finir avec les différenciations qui peuvent surgir dans ce type d'organisation et le moyen utilisé afin d'atténuer ces dernières.
- La seconde a pour objet de distinguer où réside ce caractère de complexité dans un établissement hospitalier en donnant une liste non exhaustive des différentes dimensions afin que celle-ci soit appréhendée. Suivi d'une projection de l'hôpital dans son environnement et comme celui-ci le perçoit-il. Pour finir avec une approche du contexte d'évolution de la population en Algérie et essayer d'étudier son impact sur l'offre de soins.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Section1 : particularité de la gestion hospitalière

Plusieurs particularités marquent l'organisation hospitalière, et c'est ce qui la rend difficile à analyser.

1 Caractéristiques de la structure hospitalière

Selon Mintzberg, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle au même titre que les universités. La partie-clé de l'organisation, est la primauté du centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir central et ils sont qualifiés de professionnels¹, où la spécialisation horizontale est importante.

Michel crémadez, en s'appuyant sur les travaux de Mintzberg nous propose une configuration structurelle à l'organisation d'un hôpital qui comprend le sommet stratégique, technostucture, logistique et centre opérationnel.

1.1 Sommet stratégique

Ce groupe comprend tous les hauts dirigeants de l'organisation ainsi que leurs principaux conseillers. il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Sa mission intègre la conception de la structure, le commandement ou l'autorité, et l'exécution des décisions les plus importantes se font au niveau le plus élevé de l'organisation qui est le sommet stratégique²

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 son environnement propre.

¹ MINTZBERG H. « structure et dynamique des organisations », Édition d'organisation, paris, 1982, pp.323-327

² CREMADEZ M. et GRATEAU F. « Le management stratégique hospitalier » 2eme Edition Masson, paris, 1992 pp 20-21.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Les membres du centre opérationnel cherchent à minimiser l'influence de l'encadrement sur leur travail, ils ne se voient pas régis par des procédures standardisées émises par les administrateurs.

D'après Mintzberg, leur pouvoir vient du travail qu'ils accomplissent qui est trop complexe et demande des années de formations, pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique (administrateur) ou standardisé par des analystes, ce travail représente une ressource importante pour l'organisation (cas des compétences spécifiques) qui vont se traduire en valeur ajoutée pour l'hôpital.

1.3 La ligne hiérarchique

La ligne hiérarchique est presque absente dans cette structure, qui se voit aplatie vu la grandeur du centre opérationnel qui occupe une place primordiale est importante au sein de l'organisation.

Le directeur n'a pas de compétences requises lui permettant de diriger directement les services, les médecins et les infirmiers rendent comptes de leurs actions aux cadres supérieurs dont le chef de service qui participent à leur évaluation, et qui sont à leur tour régis par l'autorité du directeur général.

1.4 La technostucture

La technostucture 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, et l'élaboration des normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie.

Les membres des technostuctures sont les concepteurs de toute forme de standardisation au sein de l'organisation. Elle ne limite pas son intervention a un niveau de la hiérarchie, mais elle intervient à tous les niveaux.

La technostucture est caractérisée par sa petitesse et sa légèreté, elle s'occupe principalement du volet économique de l'organisation.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

1.5 La logistique

La logistique tient une place assez importante dans l'entreprise, sa mission principale est l'allégement du centre opérationnel des tâches qui sont jugées auxiliaires au regard de la mission fondamentale. Ces différentes tâches, par exemple : imagerie médicales, plateaux techniques ; maintenance biomédicale et informatique etc., génèrent des coûts importants pour l'hôpital.

La coordination est différente de celle appliquée dans l'organisation, nous allons voir par la suite comment se fait la coordination au sein d'un hôpital, elle se fait par standardisation des résultats et des procédés.

2 Description de la structure professionnelle

Selon Henry Mintzberg, la structure est la « Somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination entre ces tâches »³

Il existe plusieurs structures que Mintzberg a associé à différentes organisations selon leurs spécificités et leurs caractéristiques.

Toutes ces structures sont en adéquation avec les spécificités propres aux organisations. Pour l'hôpital Mintzberg a défini la structure professionnelle qui est défini ci-dessous :

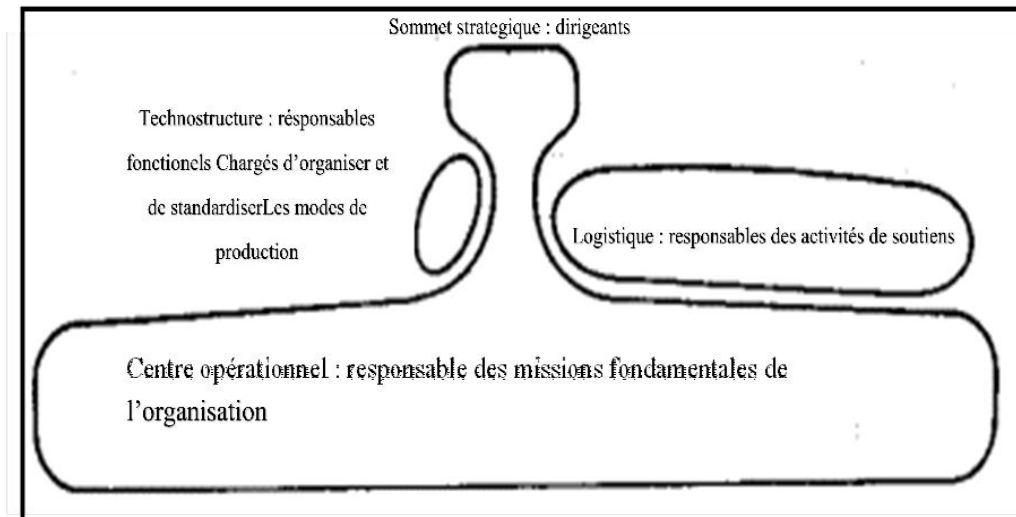
³MINTZBERG H. op. Cit, p.282.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

2.1 Définition de la structure professionnelle

La configuration structurelle professionnelle, est une structure aplatie avec une ligne hiérarchique courte, une technostructure frêle, et un ensemble complet de support logistique⁴. Le centre opérationnel est la partie clé de l'organisation qui se caractérise par un travail qualifié, avec une grande autonomie individuelle.

Figure 1: Configuration structurelle (professionnelle selon H. MINTZBERG)



Source : MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », op.cit., p.289.

2.2 Le caractère bureaucratique de la structure

La structure de l'hôpital peut être vu comme étant bureaucratique, puisque sa coordination est assurée par des standards qui sont élaborés pour une large partie des activités de l'organisation en dehors du centre opérationnel ou l'accent est mis sur la qualification et la compétence.

PERROW, donne l'exemple d'un service de gynécologie comme service routinier, il s'agit donc d'un travail répété pour les médecins et le personnel⁵.

Le mot « bureaucratie » est souvent interprété comme dévalorisant, qualifié de lourdeur et de lenteur des procédures.

⁴ MINTZBERG H, op. Cit, pp.314-315

⁵ PERROW C. « Hospital, technologie, structure, and goals », in J.G. March Edition, herdbook of organizations, 1970, capter 22, cite par MINTZBERG H, « structure et dynamique des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982, pp. 312-313

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Mais son efficacité n'est pas des moindres, quand celle-ci est ôtée de ses aspects contraignants tout en gardant quelques démarches bureaucratiques qui peuvent s'avérer bénéfique pour l'organisation et sa gestion, comme la pression que celles-ci exercent sur les acteurs de l'hôpital à être méthodiques dans leurs travaux et à suivre des normes collectives, tout cela œuvre pour l'homogénéité de l'organisation

2.3 Quelques difficultés de la structure

« Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation ou il pratique »⁶

La structure professionnelle, est une forme de l'activité caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnel, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. L'hôpital est donc une structure au sein de laquelle la haute qualification des opérateurs est structurellement en conflit avec le pôle administratif. Les exigences de rigueur dans la gestion sont en permanence en conflit avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement technique et professionnel⁷

Le modèle organisationnel « bureaucratie professionnelle », s'appuie sur une représentation de l'hôpital comme une organisation dans laquelle interviennent deux acteurs principaux : le corps médical et la direction de l'établissement ...la répartition du pouvoir entre eux est inégale..., aussi, la complexité des tâches réalisées, le statut des individus qui les effectuent ou l'importance sociale de l'activité. Toutes ces caractéristiques tendent à conférer au corps médical un pouvoir d'influence plus fort par rapport au directeur et au gestionnaire de l'hôpital. L'activité médicale est plus urgente, moins routinière, et moins contrôlable. L'autonomie du médecin par rapport à l'institution hospitalière est plus grande et son pouvoir de décision dépend moins de sa position dans la hiérarchie que de son appartenance à la profession médicale⁸.

⁶ PERROW C. « Hospital, technologie, structure, and goals », in J.G. March Edition, *Handbook of organizations*, 1970, chapitre 22, cité par MINTZBERG H, « structure et dynamique des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982, p315.

⁷ HOLCMAN R « l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », thèse de doctorat, soutenue à l'université Paris Dauphine, 2008, p50

⁸ CONTANDRIOPOULOS André-pierre : « l'hôpital stratège : dynamique locales et offre de soins » ; EUROTEXT, France, 1996, p.50

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

C'est dans cette recherche d'autonomie des professionnels que réside le problème de cette structure, du fait qu'il est difficile de superviser leur travail et de corriger les défaillances, ces professionnels ont tendance à négliger les problèmes essentiels de **coordinations**, de **contrôle** et d'**innovation** qui surgissent dans ces structures.

2.3.1 Problèmes de coordination

Dans la structure professionnelle, le principal mécanisme de coordination est la standardisation des qualifications. Ce mécanisme est peu puissant face aux problèmes qui peuvent apparaître dans l'hôpital. Il y'a donc un fort besoin de coordination entre les deux mondes (professionnel et non professionnel).

Pour le professionnel, c'est lui qui donne des ordres, mais cela met les subordonnés dans une situation complexe puisqu'ils reçoivent les ordres à la fois des professionnels et des gestionnaires.

Des problèmes aussi peuvent surgir au sein même d'un groupe de professionnel, par rapport au « processus de classement »⁹ ..., cela peut apparaître comme la source d'un grand nombre de conflits dans cette organisation.

2.3.2 Problème de contrôle

Il est laborieux de superviser le travail des professionnels en raison de leurs savoirs, leur autonomie et leur pouvoir.

L'organisation se retrouve impuissante face aux professionnels qui s'identifient plus à la profession qu'à l'organisation et ils sont loyaux vis-à-vis de la profession mais pas envers l'organisation

2.3.3 Problème d'innovations

Le fonctionnement et les programmes existants dans les bureaucraties professionnelles, et les innovations majeures nécessitent de la coopération, des efforts interdisciplinaires.

⁹ MINTZBERG H, op. Cit, pp.328-330.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Par conséquent, la résistance des professionnels à coopérer expose l'organisation à des problèmes d'innovation. La structure professionnelle est une structure rigide, avec une production standardisée mais qui n'est pas adaptée à l'innovation ¹⁰. Alors que pour innover, l'ensemble des acteurs doivent coopérer.

La disponibilité limitée des compétences du personnel dans certains cas représente aussi un frein pour l'innovation, qui se traduit par l'incapacité à développer d'autres services et la non apparition de nouvelle fonction dans l'organisation, pour cela la formation et l'élaboration de nouveaux programmes est fondamentale afin de former des compétences nouvelles et/ou la mise à niveau des compétences déjà existantes en les actualisant et en les perfectionnant.

3 Mécanismes de coordination

Dans une structure professionnelle, il existe deux principaux mécanismes de coordination, l'ajustement mutuel entre le personnel et la standardisation des compétences et qualifications. Mintzberg souligne que, « pour coordonner ses activités, l'organisation professionnelle, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui elle-même réalisée principalement à travers la formation et la standardisation. Elle recrute des spécialistes dument formés, des professionnels, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur travail »¹¹

3.1 L'ajustement mutuel

C'est une forme de coordination de travail par une communication informelle, celle-ci contribue à créer un meilleur climat social, elle facilite les relations entre le personnel et permet de mieux se connaître et s'apprécier.

Cette coordination va dépendre fortement de la qualité des relations entre individus ce qui fragilise sa crédibilité.

¹⁰ MINTZBERG H, pp.330-332.

¹¹ Idem, p.310-311

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

3.2 La standardisation des qualifications

C'est l'homogénéisation des comportements, qualifications et compétences individuels. Elle est obtenue par deux moyens :

3.2.1 La formation

En recevant une formation technique commune, qui va leur permettre l'acquisition d'un patrimoine commun de savoir, de conduite et de procédés. La coordination résulte du fait que chaque opérateur possède des compétences répertoriées et connaît les compétences attendues des autres intervenants

3.2.2 La socialisation

Développement d'une culture organisationnelle qui consiste à endoctriner les membres par des valeurs et espérer que leurs actions dans ces organisations seront influencées par ces valeurs.

Il s'agit de créer une adhésion aux valeurs partagées de l'organisation.¹²

La standardisation des qualifications est certes un bon moyen de coordination, mais il n'est pas épargné de manque sur le plan organisationnel.

Puisque cela accentue la latitude de liberté des professionnels

4 Différenciation et intégration

La différenciation est certes le résultat de l'adéquation du service à son sous environnement, mais cela représente une limite pour l'organisation qui se voit fragmentée. Pour cela un processus d'intégration est mis en place afin de réduire les effets néfastes d'un fort degré de différenciation.

¹² BEDDI, Hanane. « Les modes de coordination comme analyseurs des relations siège-filiales : une étude de dix firmes multinationales françaises. » *Management international*, volume 17, numéro 2, hiver 2013, p. 135-149.
Doi :10.7202/1015405a. Consulté le 25-10-2017 à 15 :15

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

4.1 La notion de différenciation

Dans ce type de structure, il ne faut pas considérer l'environnement de l'organisation dans sa globalité puisque la pluralité des unités composantes crée autant de sous environnement, ou chaque service va entreprendre une relation propre avec son sous environnement.

C'est cela que Lawrence et Lorsch ont intitulé : la différenciation, les caractéristiques de chaque sous environnement agissent sur la définition des modes organisationnels de travail, les comportements, les relations entre individus qui vont les distinguer des autres services.

La différenciation est une notion dynamique, cette caractéristique s'accroît avec les différences culturelles mais aussi avec l'existence de chaque sous environnement.

Chaque partie prenante aura tendance à cultiver sa différence.

Cette différenciation peut constituer un avantage pour l'organisation si celle-ci est valorisée et orientée dans le sens des objectifs fondamentaux.

4.1.1 Les types de différenciation

Nous retrouvons plusieurs types de différenciations au sein d'un hôpital, dû à la multiplicité des acteurs composants sa structure.

4.1.1.1 La différenciation corps administratif/corps médical :

Médecins et directeurs ne peuvent pas s'affirmer les uns sur les autres, un combat d'influence est alors mis en place.

L'organisation est vite confrontée à une situation critique puisque ces dysfonctionnements ne permettent pas l'unicité de celle-ci, ni l'élaboration d'une stratégie globale.

Pour DEBROSSE D « à l'hôpital la conscience individuelle se limite souvent à son champ d'activité et n'est pas ouverte sur le produit global fourni au patient dans

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

le cadre d'un objectif institutionnel. Ainsi, la corp médicale reconnaît peu ou pas les autres acteurs. Ceux-ci vont se positionner en réaction au pouvoir médical »¹³

Un climat antagoniste règne entre le monde médical et le monde administratif, d'un côté un monde professionnel qui a des objectifs qualitatifs, une déontologie et une grande liberté dans l'exercice des fonctions et de l'autre côté un monde administratif réglementaire qui a des objectifs quantitatifs et répond à un cadre réglementaire stricte.

De plus ces deux mondes ont une conception divergente de l'environnement, ainsi les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, les professionnels de santé extérieur. Alors que les directeurs dans leurs relations avec la tutelle administrative, politique, les organismes de financement sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution

4.1.1.2 La différenciation service logistique/ centre opérationnel

La complexité de cette situation réside dans la position des services logistiques dans l'organisation hospitalière, caractérisés par une bi-appartenance

D'une part, une appartenance au corps administratif, leur mission est de nature quantitative à la recherche de rentabilité et de minimisation des coûts, c'est la logistique traditionnelle.

M. CREMADEZ, « les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie...) Appartiennent à l'univers administratif »¹⁴

D'une autre part, la logistique technique (imagerie médicale, plateaux technique ...) située dans le centre opérationnel, les objectifs ici sont de nature qualitative contrairement à la logistique traditionnelle. Ce qui les place dans une situation conflictuelle engendrée par la différenciation médical/administratif

¹³ DEBROSSE D « engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » 1994,p103

¹⁴ M.CREMADEZ .op. Cit1979, p25

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

4.1.1.3 La différenciation au sein du centre opérationnel

Dans le centre opérationnel, corps médical et paramédical cohabitent, la place des soignants dans l'hôpital prend de plus en plus d'ampleur auprès des malades du fait de l'importante délégation d'actes médicaux au personnel infirmier

La différenciation réside donc dans la gestion des ressources humaines, dans la distribution des tâches et la répartition des responsabilités.

4.2 La notion d'intégration

Selon Lawrence et Lorsch « l'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers les objectifs communs, la force de l'intégration requise dépend de l'intensité de la différenciation »

4.2.1 Les types d'intégration possible

Ils ont ainsi énuméré les différentes situations d'intégration possible :

4.2.1.1 Intégration par les procédures

Ce type d'intégration est utilisé au niveau opérationnel, particulièrement au domaine financier ...et comptable.

Avec le développement de l'informatique médical, cette intégration se répand au niveau des services de soins par le biais du chef de service.

Ici l'intégration se traduit par l'application de la réglementation, non par la recherche de formes communes de travail pour les différents services.

4.2.1.2 Intégration par l'ajustement mutuel

L'ajustement mutuel est le mode d'intégration le plus répandu au sein du centre opérationnel.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Cet ajustement est une pratique non formalisée d'où sa difficulté puisque aucune stratégie sur le long terme ne peut être envisageable

Section 02 : Complexité organisationnelle au sein d'un hôpital

La complexité de l'hôpital et de son fonctionnement organisationnel relève de quatre caractéristiques et dimensions organisationnelles : la diversité des activités, le système de prise de décision, la configuration des rapports de pouvoir, et la dynamique d'évolution.

1 L'hôpital, un mode organisationnel complexe

Une entreprise, une administration, ... sont des systèmes sociaux complexes dans la mesure où se regroupent des valeurs différentes, des systèmes de pensées, des objectifs, des référentiels... différents dans lesquels les relations interpersonnelles, les techniques, les pratiques managériales sont imbriquées au profit d'un objectif métier, à vocation économique ou non.

Caractère de ce qui est complexe, qui comporte des éléments divers qu'il est difficile de démêler.¹⁵

1.1 La complexité au sein d'un hôpital

L'hôpital est une organisation qui offre des services de soins à la population, la nature du service produit et le statut de l'hôpital font de lui une entité où se regroupent plusieurs acteurs, détenteur chacun d'un pouvoir particulier et poursuivant des objectifs qui lui sont propres.

L'organisation de l'hôpital est complexe, du fait de la multiplicité des fonctions, et des catégories professionnelles, de la coexistence de multiples logiques et

¹⁵ Complexité. (2017, octobre 29). Dictionnaire Larousse. Page consultée le 22 :30, octobre 29, 2017 à partir de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/complexite/C3%A9/17700>

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

niveaux hiérarchiques, d'une coordination problématique et des situations complexes¹⁶

LAUDINET.C. A, confirme la complexité de l'hôpital en disant « *l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émiettement du pouvoir* »¹⁷ »

1.2 Les dimensions pour appréhender cette complexité

Quatre caractéristiques et dimensions organisationnelles peuvent nous expliquer la complexité du fonctionnement de l'hôpital

1.2.1 Un pouvoir bicéphale

L'une des caractéristiques fondamentales des hôpitaux est leur structure qui est professionnelle. D'après ce que nous avons vu, dans ce type de structure, deux pouvoirs cohabitent, d'un côté le pouvoir administratif des gestionnaires, et de l'autre côté le pouvoir médical des médecins qui sont peu impliqués dans la gestion hospitalière et ne participe pas à l'administration de l'organisation excepté de façon consultative. J.M. CLEMENT dit « lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs ... »¹⁸. Ce qui crée une double hiérarchie, ces deux pouvoirs se tiennent en position de conflit ou chacun a sa propre vision de la performance et de l'efficacité.

Pour essayer d'apaiser et de diminuer l'écart entre les deux côtés, la corporation professionnelle doit comprendre et essayer d'intégrer la gestion de la structure où il exerce, la corporation administrative doit toujours avoir conscience que la valeur de l'organisation qu'il dirige est médicale.

¹⁶ ROUET J. « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces »

¹⁷ ABBAD J. « Organisation et management hospitalier » berger Levrault, paris ,2001, p.30.

¹⁸ CLEMENT J-M. « Réflexion pour l'hôpital », les études hospitalières, bordeaux,1998 p25.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

1.2.2 La multiplicité de service et activité

L'hôpital est caractérisé par une multiplicité d'activité qui sont éclatées sous formes de services différents et plus au moins autonomes, les uns des autres. Avec un large éventail de compétences et de qualifications dans chacun des services.

Cette diversité tend à limiter et à entraver la coordination entre différents acteurs de l'organisation.

1.2.3 Une prise de décision ambiguë

Le système de gouvernance propre à la configuration de l'organisation hospitalière, implique une prise de décision nécessitant d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus au moins formalisés¹⁹.

Cela se traduit par une interrogation sur l'identification même des lieux effectifs de prise de décisions ; ainsi le système de décision, notamment en matière de décisions stratégiques, s'avère difficile à identifier.

1.2.4 Une dynamique d'évolution

L'hôpital subit son environnement, un environnement en perpétuelle évolution, qui oblige l'organisation à s'adapter et à appliquer une succession de réformes importantes afin de piloter au mieux l'organisation.

La pluralité des environnements, n'aide guère au bon fonctionnement de l'hôpital, au contraire, cette diversité élimine l'élaboration de stratégie globale

2 L'hôpital dans son environnement

L'institution hospitalière a connu de profondes mutations durant ces dernières années, accentuant la vision économique de l'hôpital, ce qui mets à mal la valeur idéologique des équipes soignantes.

Les évolutions technologiques et industriels ont aussi impacté cet environnement ; acquisition de matériels performants et sophistiqués, innovation dans les processus de classements, la surspécialisation des médecins leur permettant

¹⁹ NOBRE T, « l'innovation managériale à l'hôpital », revue française de gestion, 2013/6 n°235, pp.113-127.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

d'obtenir de nouvelles compétences de qualité. Mais aussi la réglementation et textes de loi qui se sont vu accroître en nombre et en vigueur plaçant le secteur de santé comme l'un des secteurs les plus contrôlé et réglementé par l'Etat.

2.1 Spécificité de l'environnement hospitalier

L'environnement hospitalier comme tout environnement est constitué de trois sous environnements :

2.1.1 Le micro environnement

« Il correspond à l'environnement proche de l'organisation, il se décrit d'une manière simple par l'identification des différentes entités avec lesquelles l'organisation se trouve en contact (direct ou indirect) »²⁰

2.1.1.1 Le client

Les clients de l'hôpital sont dans un langage courant « les malades » qui se dirige vers l'hôpital pour la satisfaction d'un besoin ressenti qui est l'amélioration ou la prolongation de leur santé.

Il n'existe pas une cartographie spécifique quant à la clientèle de l'hôpital dû au manque d'intérêts plutôt qu'au manque d'informations ; par exemple pour un hôpital public savoir qui bénéficie de ses services est de loin une préoccupation, puisqu'ils sont à la portée de tous, pareillement pour l'établissement privé sauf qu'une contrepartie monétaire est demandée.

Pourtant la connaissance du client, de ses critères de choix, représente une information stratégique pour l'hôpital, puisqu'il est placé dans un environnement concurrentiel (cas hôpital privé) ou le client est en rapport de force. Donc mieux connaître les attentes du client c'est mieux formuler l'offre.

²⁰²⁰ M.CREMADEZ .op. Cit, p60

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

2.1.1.2 Les prescripteurs et les concurrents

Les prescripteurs, aussi acteur de la santé très souvent médecins, ont le pouvoir d'orienter des malades vers un établissement plutôt que vers un autre, ils ont un rôle important à jouer là-dedans puisque la clientèle est confrontée à un large panel de choix (offres des concurrents) et est très rarement en mesure d'émettre un jugement objectif sur les différents concurrents et services proposés.

L'établissement hospitalier doit travailler sur le maintien des bonnes relations avec ces acteurs et les tenir informés de manière détaillée sur les services rendu par l'hôpital et les techniques utilisées. Dans un langage courant ; bien informés pour mieux vendre.

CREMADEZ.M dit « si les relations avec le milieu prescripteur peuvent sembler de peu importance pour un établissement hospitalier qui se conçoit comme un recours obligé, elles sont essentielles pour un établissement qui veut s'assurer une maîtrise de la nature et du volume de ses flux de recrutement »

Quant à la concurrence, le médecin prescripteur dans une activité pourrait être un concurrent dans une autre.

Pour les hôpitaux public la concurrence n'existe pas face au privé puisque les vocations et les philosophies sont différentes .la concurrence est entre hôpitaux privés, car ils sont dans une course à la quette de ressources spécifiques et de technologies auxquelles les autres n'ont pas accès à défaut du financement mais aussi dans les services proposés

2.1.1.3 Les partenaires

Un partenaire est un allié ; une personne, un groupe, un organisme, une entité. Avec qui on réalise une action commune afin d'atteindre des buts communs. Les avantages d'un partenariat sont multiples, dans notre cas, deux acteurs de la santé s'allient afin d'avoir un accès plus direct aux évolutions technologiques, ça permet de faire face à la concurrence (stratégie de concentration), mais aussi la réalisation de projets qui n'auraient pas pu être envisagés sans la participation du partenaire (ressources financière, ressources humaines ...)

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

2.1.1.4 Les fournisseurs

Le fournisseur est celui qui alimente l'établissement hospitalier en équipements. Deux rapports peuvent naître entre les deux acteurs, premièrement un rapport de force dans le cas des fournisseurs des biens et services non spécifiques (ameublement, literie, produit alimentaire ...), deuxièmement un rapport de dépendance dans le cas des biens et services spécifiques.

Un suivi continu de cet acteur est important, cela permet de mesurer les changements des rapports de forces ou de dépendance, mais aussi intercepter les apparitions de nouveaux fournisseurs.

Le fournisseur peut devenir un partenaire si des projets en commun sont construits sur le long terme.

2.1.1.5 Ministère de la santé et Direction des Soins Publics

Le ministère de la santé algérien élabore et met en place un plan général d'organisation sanitaire intégrant l'ensemble des structures de santé y compris le secteur privé, veille au contrôle de l'exercice des professions de santé des structures publiques et privées de santé, ainsi que le suivi des programmes d'implantation de ces structures.

Représenté par la direction de la santé publique (DSP) au niveau de chaque wilaya, qui est l'exécutif du ministère de la santé.

2.1.2 La macro et méso-environnement

« Le macro-environnement peut être défini comme l'environnement général commun à toutes les organisations et à toutes les activités, qu'elles soient ou non liées au domaine de la santé. Ce macro-environnement est le lieu où s'opèrent des transformations d'ordre technique, économique, politique, culturel et social qui vont exercer des effets sur une longue période »²¹

²¹CREMADEZ M. op.cit., p67

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

C'est un environnement en perpétuel changement, en Algérie la politique d'austérité prononcée par l'Etat va être source de modification importante des comportements et des conditions d'exercice de l'activité des organisations, dans notre cas, du secteur de la santé. Faudra donc anticiper le sens d'évolution des répercussions de cette politique et savoir y faire face.

2.2 La perméabilité de l'environnement

Nous appelons par perméabilité le fait que l'environnement de cette organisation puisse avoir certaines variables qui influencent dans différents environnements à la fois (interne et/ou externe).

L'une de ces variables est le praticien à temps partiel, ou le médecin attaché à l'hôpital :

L'hôpital peut faire appel à des attachés, qui constitue une compétence nouvelle ou différente dont il n'a pas l'exclusivité, cette relation sera basée sur un contrat liant les deux parties prenantes autour d'un consensus.

Cette pratique constitue une ressource importante pour l'organisation, d'une part comme nous l'avons cité au préalable cela représente un élargissement du panier de compétence de l'hôpital, lui permettant aussi de combler l'insuffisance d'effectifs et de remédier aux manques du marché de travail.

D'une autre part cette multi-appartenance permet d'avoir une maîtrise sur les acteurs prescripteurs, puisque ces derniers peuvent représenter des attachés et ainsi orienter leurs malades vers l'hôpital dans le domaine où celui-ci se trouve valorisé.

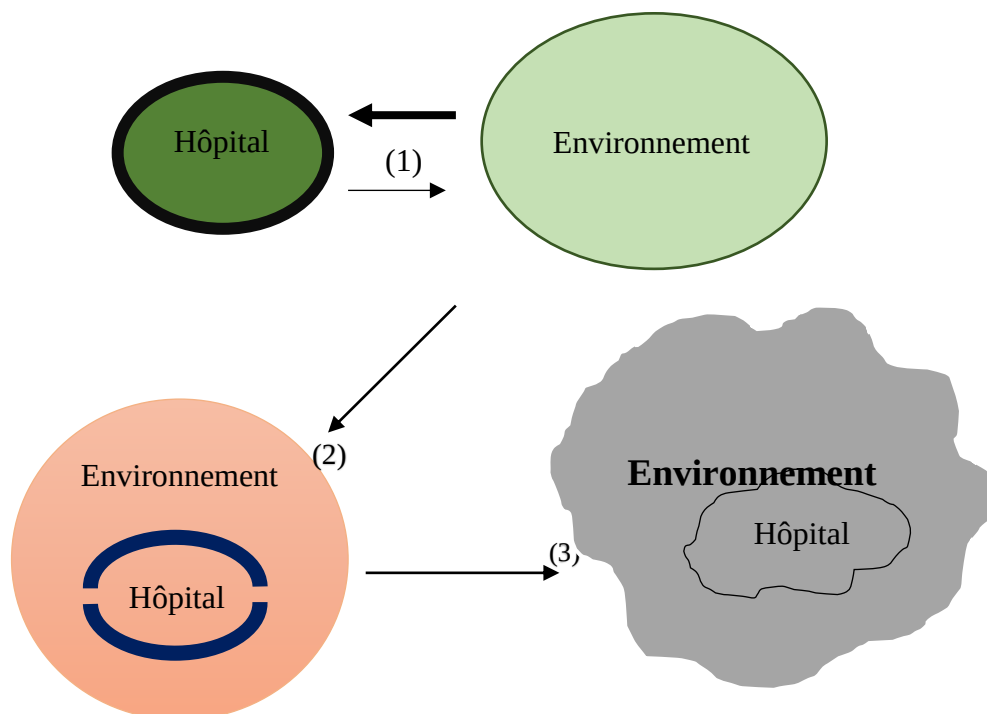
La perméabilité des frontières de cette organisation ne se limite pas à cette multi-appartenance mais aussi, la détention d'un équipement perçu comme étant spécifique représente une valeur ajoutée pour l'hôpital, ce dernier sans le vouloir créer une barrière à l'entrée pour les concurrents (existants ou potentiels), ce matériel va créer une relation de dépendance entre l'hôpital et son environnement par exemple : une situation où un spécialiste en neurologie externe à l'hôpital, demande une IRM à son malade, celui-ci se retrouve dans une situation de dépendance où ce spécialiste va lui prescrire de se diriger vers cet hôpital jouissant de cette technologie.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

L'hôpital peut faire face à de nombreuses difficultés si, dans une optique de fermeture sur lui-même, il ne fait pas attention à ces phénomènes de perméabilité. Au contraire, une compréhension de ces derniers et une meilleure conception des relations avec l'environnement vont lui permettre de s'insérer avec souplesse dans ce tissu mouvant.

L'hôpital doit passer d'une vision de l'environnement, entité externe génératrice de contraintes sur lesquelles on ne peut pratiquement rien (1), à une perception de l'environnement milieu naturel dans lequel on s'insère et au sein duquel on pratique des échanges vers d'autres (2). Mais, plus encore, il doit concevoir son environnement comme un terrain de manœuvre dans lequel la stratégie et les relations des différents acteurs déterminent leur frontière réciproques (3) ²²

Figure 2 : Evolution de la perception de l'insertion de l'hôpital dans son environnement



Source : élaboré par nos soins

²² M.CREMADEZ .op.cit., p58.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

3 La perception de l'environnement

Nous nous intéressons ici, à la vision qu'a un hôpital de son environnement.

3.1 L'environnement comme contrainte

Les membres de l'organisation ont tendance à ne percevoir que les manifestations externes qui menacent l'exercice actuel de leur profession. Ils en viennent facilement à considérer toute suggestion portant sur leur organisation et leurs modes d'action comme une ingérence externe intolérable. L'introduction de critères économiques destinés à pondérer les critères techniques dont ils ont l'exclusivité est interprétée comme une volonté de limiter leur latitude d'action. Sortant d'une période néfaste qu'ils savent révolue, ils ont le sentiment de ne plus pouvoir réaliser correctement la mission pour laquelle ils ont été recrutés et à laquelle ils sont profondément attachés.²³

3.2 Une logique réactive

Face à l'hostilité du milieu, le grand élan qui portait en avant l'organisation hospitalière est brisé. Finie l'époque des grands projets, des bâtisseurs, de ceux qui façonnaient l'univers de la santé pour cinq à dix ans à l'image des grands projets, d'infrastructure. Pressés de réaliser des économies, de faire des choix, mis en concurrence avec les autres agents du système de santé, par rapport auxquels ils affichaient une attitude condescendante, ils se sentent traqués. Ils doivent se contenter de parer au plus pressé, de réagir au coup par coup pour protéger leur position. S'ils gardent la possibilité de différer certaines évolutions, ils ont le sentiment frustrant d'avoir perdu l'initiative de créer ²⁴.

3.3 Le repliement de l'organisation

Le sentiment de subir l'injustement une pression considérable conduit les membres de l'organisation à se replier frileusement sur eux même. Ils s'abritent derrière un discours idéologique et moralisateur pour rejeter les évolutions qui leur

²³ M.CREMADEZ . op.cit., p39.

²⁴ Idem p40

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

sont proposées. Toute opinion, formulée par des non-initiés, sur leur institution est mal tolérée.

Le maintien de situation monopolistique (monopole des urgences, monopole de l'usage de certains équipement...) apparait comme la seule défense possible face à l'agressivité du milieu extérieur. Cette situation exacerbe les espions internes entre individus. Chacun est plus porté protéger son territoire, à garantir ses acquis au sein de l'organisation, qu'à imaginer des réponses novatrices susceptibles de légitimer les ressources revendiquées. La recherche de boucs émissaire externe permet de dévier le surcroît d'agressivité interne et de maintenir une certaine cohésion (les concurrents sont toujours déloyaux, leur succès est le plus souvent dus à un manque de déontologie). Les problèmes internes prennent ainsi le pas sur l'accomplissement des missions. La satisfaction des buts de l'organisation est assimilée, par la plupart de ses membres, à la simple résolution de leurs difficultés internes. Cette dynamique est extrêmement dangereuse : elle peut introduire une crise de légitimité si elle creuse un fossé entre les réalités et enjeux externes d'une part et les préoccupations de la communauté interne d'autre part, quand il se produit un divorce entre les attentes des usagers et des services offerts par l'institution.

D'autre institution (dans le domaine éducatif) a suivi cette évolution et sont plus contesté à l'heure actuelle, que l'hôpital.

Mais leur exemple montre à l'évidence qu'il ne faut pas laisser cette dynamique se développée si l'on veut éviter des blocages extrêmement préjudiciables à la collectivité tout entière.²⁵

4 La demande et l'offre de soin face au contexte d'évolution de la population algérienne.

La croissance d'une population est souvent heurtée à des facteurs influençant son évolution. Cette dernière fera objet de prise en charge par le secteur sanitaire du pays, ce qui parfois peut poser un problème dans le cas par exemple de baby-boom, de vieillissement de la population etc.

²⁵ M.CREMADEZ .op.cit., pp40-41

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

4.1 Le contexte d'évolution.

Afin de cerner la situation et le contexte d'évolution de la population en Algérie et sa relation avec la santé, nous devons nous attarder sur deux points principaux, qui sont l'évolution démographique en Algérie mais aussi les facteurs influençant leur état de santé.

4.1.1 L'évolution démographique en Algérie

L'Algérie se caractérise par un accroissement rapide de la population qui s'explique par la forte diminution de la mortalité notamment infantile associée à une augmentation conséquente du volume des naissances vivantes.

« Au cours de l'année 2015, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 858000 personnes »²⁶, un chiffre conséquent apprivoisant le million. Cette croissance vue comme explosion démographique représente plusieurs difficultés pour l'état algérien dans différents domaines et secteur.

Le cas est alarmant dans le domaine de la santé, qui se voit impuissant face à cette explosion démographique, les derniers chiffres de l'office national des statistiques ONS, le montrent : nous sommes, depuis le 1^{er} janvier 2017, 41,2 millions d'habitants, soit une hausse considérable par rapport à 2016, où le nombre d'habitant était de 40,4 Millions d'habitants ... le cap d'un million de naissance par an est donc atteint sur plusieurs années consécutives ... autrement dit, « les naissances annuelles seront de la dimensions de la population d'une commune voir deux ! dans les trois années à venir, elles atteindront la taille d'une wilaya. Affolant ! »²⁷

Le tableau est noir et ce qui va le noircir davantage, est le vieillissement de la population, comme le montre l'office national des statistiques : « la part des personnes âgées de 60 ans et plus continue toujours sa progression, passant de 8,5%

²⁶ Démographie algérienne ONS, 2015 n° 740

²⁷CHERIF Ali, « La démographie en Algérie ; l'autre bombe à retardement », le matin d'Algérie : le journal des débats et des idées.2015 <http://www.lematindz.net/news/16333-la-demographie-en-algerie-lautre-bombe-a-retardement.html>

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

à 8,7% entre 2014 et 2015, avec un effectif de 3 484 000 personnes, dont plus de 511 000 sont âgés de 80 ans et plus. »²⁸ sachant qu'en 2000 la part des personnes âgées était de 6.2%.

Aussi, et sous l'hypothèse que ce rythme de croissance se maintiendrait pour les années à venir, la population des « vieux » sera de 9,2% en 2020, pour atteindre 22% en 2050 !

4.1.2 Les facteurs influençant l'état de santé des algériens

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de troubles de la santé en Algérie, nous allons présenter les plus répandus.

4.1.2.1 Facteur démographique

Deux indices fondamentaux sont à prendre en considération pour appréhender ce facteur

- **L'espérance de vie**

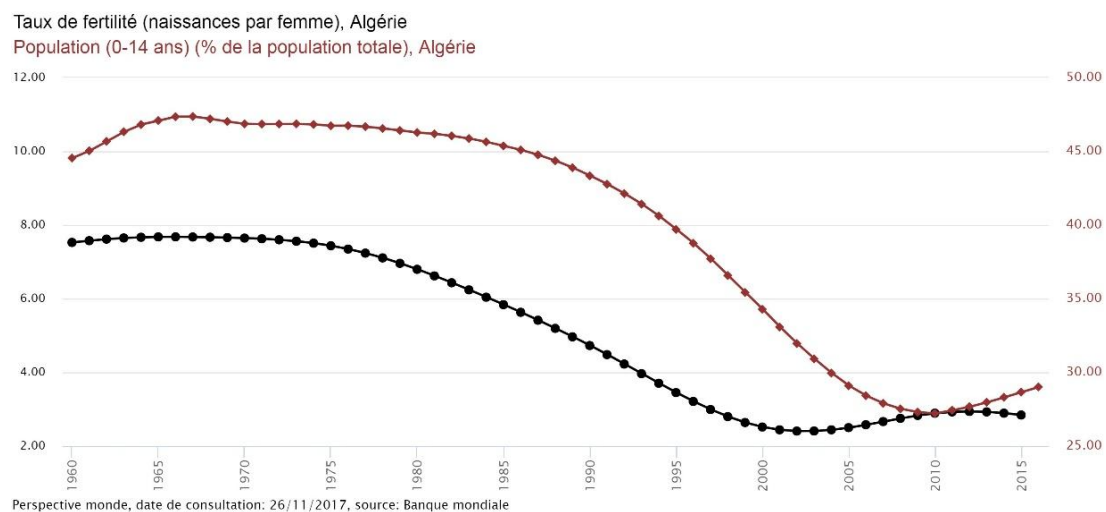
L'espérance de vie en Algérie est passée de 70.7 en 2001 à 76.6 en 2015, en parallèle on assiste à une nouvelle vision de la famille surtout au sein des jeunes couples qui ne veulent pas prendre exemple sur leurs ascendants en ce qui concerne le nombre d'enfants, qui était considérable auparavant. Ces deux phénomènes conjugués impactent sur la structure de la pyramide des âges, même si le groupe des moins de 20 ans occupe une tranche importante de la population, pour la première fois après 1960 leur pourcentage se situe en dessous de 50 % de la population totale.

Les conséquences sur le système de santé sont l'augmentation des pathologies liées à l'Age et l'émergence des maladies gériatriques dont il faudra prévoir la prise en charge.

²⁸ Démographie algérienne ONS, 2015 n° 740

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Figure 3 croisement du taux de la population de 65ans et plus avec le taux de la population de 0- 14ans en Algérie

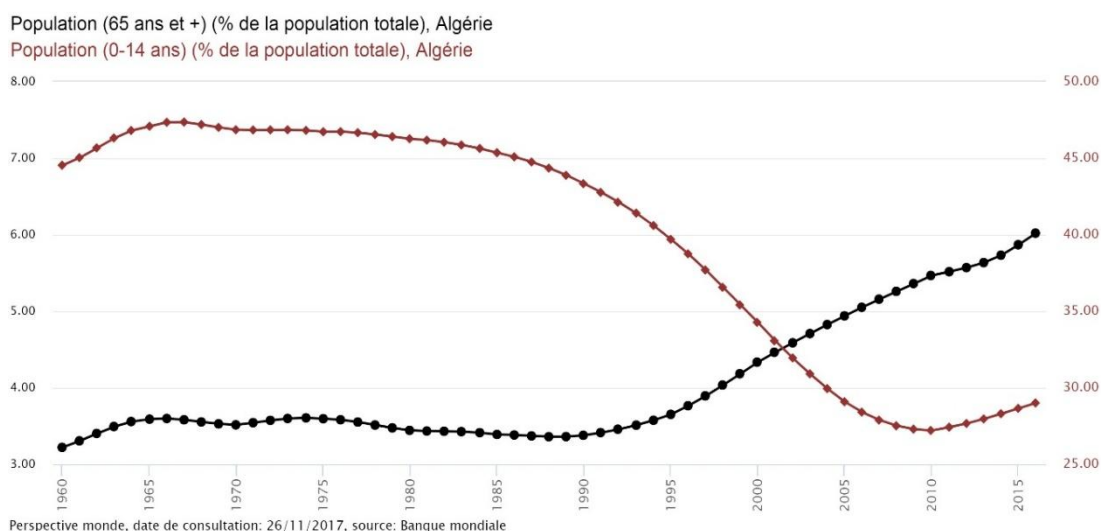


Source : perspective monde.

• L'âge moyen au mariage

Contrairement à ce que se faisait pendant les années précédentes où l'Age moyen des femmes à marier était de 18.3 et 23.8 pour l'homme en 1987, le mariage est de plus en plus tardif, l'enquête nationale de la santé de la famille en 2002 à donner des âges moyens encore plus avancés, 33 ans pour les hommes et 29.6 pour les femmes. Ceci a eu comme résultat un recul de l'Age du premier enfant avec de plus en plus de grossesses tardives du coup de plus en plus de risque sur la santé de la maman et de l'enfants.

Figure 4 croisement du taux de fertilité avec le taux de la population de 0-14ans en Algérie



Source : perspective monde.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

4.1.2.2 Les facteurs économiques

Le facteur économique joue un rôle important puisqu'il conditionne l'accès du citoyen aux soins, la baisse du pouvoir d'achat que nous vivons de nos jours à entrainer la restriction du budget consacré à la santé et la majorité des autres dépenses des ménages.

Afin d'appuyer nos propos, nous avons fait une comparaison des dépenses annuelles des ménages algériens sur 02 années différentes 2000 et 2011.

Nous remarquons une baisse considérable dans la majorité des dépenses contrôlables par l'individu, autrement dit, les dépenses où le citoyen se prive, par exemple la nourriture (alimentations et boissons) passant de 44.6% en 2000 à 41.8% en 2011, aussi l'ameublement et article ménagers de 3.4% en 2000 à 2.7% en 2011 ce qui nous renseigne sur la dégradation des lieux de vies des ménages (manque de commodités et de confort).

Le plus désastreux est la privation des soins, comme le tableau ci-dessous le montre avec une baisse conséquente de (-1.4) passant de 9.4% en 2000 à 4.8% en 2011 dans la dépense consacrée à la santé et hygiène corporelle.

Après analyse et observation, nous remarquons que le citoyen algérien se prive de ses besoins physiologiques (pyramide des besoins de MASLOW) afin de consacrer un budget supplémentaire aux autres dépenses, comme les charges avec une hausse très importante et lourde à supporter de (+6.9) entre 2000 et 2011, le transport, le logement où le citoyen se voit obligé de payer, puisqu'il n'a aucun pouvoir là-dessus.

Il n'existe peut-être pas de données statistiques pour l'année 2017, mais les envisager n'est pas sorcier, avec ce que notre environnement reflète entre politique d'austérité, hausse des prix, baisse du pouvoir d'achat, inflation... les chiffres se sont sûrement accentués dans la même direction.

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Tableau 1 Evolution des dépenses annuelles totales

Groupe de produits	Part de la dépense en 2000 (%)	Part de la dépense en 2010 (%)	Ecart
Alimentation & boissons	44.6	41.8	-2.8
Habillement & chaussures	8.6	8.1	-0.5
Logements & charges	13.5	20.4	+6.9
Meubles & articles ménagers	3.4	2.7	-0.7
Santé & hygiène corporelle	6.2	4.8	-1.4
Transport & communications	9.4	12	+2.6
Education, culture & loisirs	3.9	3.2	-0.7
Produits divers & autres dépenses	10.4	7	-3.4
TOTAL	100	100	

Source : Elaboré par nous même à partir des données de l'ONS

4.1.2.3 Les facteurs environnementaux

Avec l'extension et le développement de l'industrie, des effets néfastes ce sont répercutés sur la population, cette extension devrait être suivie de normes édictées mais surtout respectées.

L'urbanisation accélérée qui se construit très souvent sans démarches directives est sources de nombreuses atteintes à l'environnement avec la prolifération des

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

bidons villes et la construction anarchiques qui causent une forte dégradation hygiénique (réseau d'assainissement non conformes aux normes, dépôts illicites de déchets ménagers mais aussi industriels).

4.1.2.4 Données sociétales

Les algériens, après l'indépendance, ont vécu des violences notamment liées à l'insécurité (la décennie noire). Principalement les enfants de l'époque qui sont les adultes de nos jours qui ont été fragilisés et qui sont susceptible aux maladies mentales mais aussi de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle...)

4.2 La demande et l'offre de soins

Le système de santé est au service du patient. Il regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre à des fins :

- Curatives : restaurer la santé ;
- Préventives : renforcer les capacités des individus pour créer les conditions essentielles à la santé et de réaliser leur potentiel de santé ou réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé ;
- Educatives afin de les responsabiliser, d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens leur permettant de promouvoir leur santé et d'améliorer leur qualité de vie.

4.2.1 La demande

Auparavant, le malade s'en remettait entièrement au médecin. Aujourd'hui, le patient est devenu un client qui a non seulement des besoins mais aussi des attentes et des ressentis vis-à-vis de sa prise en charge. Il revendique la gestion de sa maladie. Il a besoin de savoir qui fait quoi ? Où ? Selon quelles conditions tarifaires ? Avec quelles garanties de service rendu ? Il se sent trop souvent abandonné dans son parcours de soins et livré à lui-même pour trouver des solutions. Il souhaite à

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

la fois une information de nature collective, mais aussi à titre individuel, selon ses pathologies ou celles de son entourage... Cette évolution des besoins nécessite à la fois une évolution des pratiques de soins, d'une culture palliative et une maîtrise des dépenses de santé²⁹

Dans le domaine de la santé, les personnes "consommateurs " ignorent l'état précis dans lequel ils se trouvent. Ils perçoivent mal les effets possibles du traitement sur leur état de santé.

En fonction des expériences passées des demandeurs de service en santé et de leur profil, On distingue deux groupes de consommateurs : Un groupe de consommateurs rationnels avec Une perception réelle du service demandé et ses effets potentiels sur son état de santé et un Groupe de consommateurs dépendant d'une manière totale des professionnels de santé.

La demande de soins obéit à trois approches d'analyses : une approche faisant référence au Capital, une approche faisant référence au coût et une approche faisant référence au besoin.

- *Approche du capital* : l'hypothèse principale du modèle est que la santé est un bien durable : Les personnes héritent d'un stock initial de santé qui se déprécie avec l'âge et qu'ils peuvent préserver et/ou augmenter.
- *Approche du coût* : Dans ce modèle la composante santé est considérée sous l'angle de la consommation et non de l'investissement. Le modèle part d'une charge comprenant deux éléments pesant sur le malade : le prix d'une unité de service demandé (P) et la valeur du temps (Heures) consacré aux soins (T).
- *Approche par le besoin* : Dans cette perspective la valeur accordée au traitement est supérieure au montant déboursé.³⁰

²⁹ BENOIT, CHRISTINE « Modes d'organisation - Pratiques de management - Nouveaux outils de gestion ». Edition Gereso. 2017.pp 13-14.

³⁰ Les Indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population au Maroc. Chapitre 5_ Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive. P297 <http://www.hcp.ma/file/103093/>

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

4.2.2 L'offre

L'offre de soin est la réponse à la demande de soins, elle doit être en adéquation avec les attentes de la population et répondre à leurs critères, malheureusement près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base.

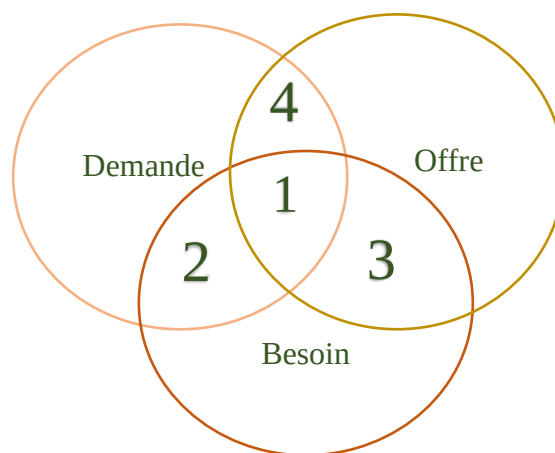
Le secteur de la santé en Algérie a subi au cours de dernière décennie, une restriction économique importante alors que la population était confrontée à une situation sanitaire très difficile. Le système de soins de santé a surtout servi à accueillir les victimes des différentes catastrophes qui se sont multipliées, mais aussi à répondre à la conséquence néfaste liées au progrès économique : pollution de l'environnement, mode de vie déséquilibré, obésité, alcool, drogue, stress.

La qualité de l'offre de soins est souillée par la vétusté des infrastructures, qui datent pour la plupart de l'ère coloniale et conçu sur le mode pavillonnaire réduisant la possibilité d'optimisation des ressources conduisant souvent à des pratiques improvisées, risquées, onéreuse et de qualité aléatoire et ainsi l'impossibilité soumettre une offre idéale aux malades ou du moins répondre à ses attentes.

L'autre problème qu'on peut évoquer est l'état obsolète des équipements utilisés et la non adaptabilité des technologies aux besoins de soins.

4.2.3 L'interaction offre-demande-besoin

Figure 5 Interaction offre-demande-besoin en soin



Source : Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive. P 298

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

1 : Demande exprimée, service disponible, mais pas de besoins réels :
Gaspillage, inefficacité.

2 : Demande exprimée, besoins existants mais service non disponible :
Mécontentement et détérioration de la santé de la Population.

3 : Service disponible ; besoins exprimés mais pas de
Demande manifestée : Sous-utilisation des services.

4 : Equilibre ; mais très faible. L'objectif c'est d'élargir cette zone de
Convergence.

Les besoins de la population en service de santé sont vastes et différenciés. Ils peuvent varier d'une simple information en matière d'éducation de santé à une technique de chirurgie hautement compliquée. Ainsi, il faudra donc s'aider d'une approche réaliste et rationnelle pour déterminer les moyens (offre) qu'il convient de mettre à la disposition de la population.

En général, les besoins de la population, en services de santé, seront toujours plus importants que les moyens mis en place pour y répondre.

D'autre part, il se peut aussi que les services mis à la disposition de la population soient encore peu utilisés par celle-ci. Dans ce dernier cas, la priorité doit être donnée à une optimisation des services existants avant de développer ou d'offrir d'autres services. Il s'agit d'élargir la zone numéro 4 du schéma ci-dessus et d'arriver à une situation d'équilibre entre le trio *Demande-Offre-Besoins*.³¹

³¹ Les Indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population au Maroc. Chapitre 5_ Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive. P298 <http://www.hcp.ma/file/103093/>

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe.

Conclusion :

Le management des établissements de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes. C'est dans le caractère d'autonomie et de démocratie des professionnels de ces organisations, que résident les problèmes de la structure professionnelle, notamment ceux de coordination et de contrôle.

L'organisation hospitalière est problématique, notamment dans la difficulté pour l'hôpital à forger des coordinations entre les acteurs et entre les services pour concilier les finalités médicale, infirmière, organisationnelle et du malade. Ces difficultés de coordination et de gestion s'expliquent en partie par la complexité et les spécificités de l'activité.

Chapitre II : le management hospitalier et performance organisationnelle

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Introduction :

Le management des établissements hospitaliers réclame aujourd'hui une confrontation permanente à l'incertitude et au changement. Cela doit s'accompagner nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et de la mise en œuvre de divers instruments de management. La maîtrise de ces établissements devient un problème managérial et l'adoption de nouvelles méthodes et pratiques constitue un nouveau défi pour le management, parmi ces méthodes et pratiques nous citerons l'évaluation de la performance organisationnelle.

C'est dans ce sens que nous intitulons notre chapitre « management hospitalier et performance organisationnelle », la notion de performance organisationnelle a toujours été étroitement liée à l'aspect financier, ce qui occultait les autres variables pouvant influencer cette performance. On ne tenait pas ainsi compte de leur impact considérable sur l'organisation.

Pour mener à bien notre travail, nous avons scindé ce chapitre en deux sections présentées comme suit :

- La première section intitulée « le management hospitalier », qui présentera quelques notions de bases propres à ce sujet, les différents enjeux actuels, ainsi que la nécessité de l'application d'un système de mesure de la performance organisationnelle.
- La seconde section intitulée « la performance organisationnelle », présente de manière générale les critères de performance standards, et met l'accent sur certaines dimensions souvent négligées par les dirigeants qui se trouvent trop focalisés sur l'aspect financier uniquement pour parler de performance ou non performance, mais qui ont un impact important sur l'organisation.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Section1 : particularismes de mesure de la performance et management hospitalier :

Evaluer la performance organisationnelle n'est pas chose aisée, puisque celle-ci est toujours prise dans un contexte donné.

Le contexte d'évolution d'un hôpital est très complexe rendant son l'évaluation de celui-ci difficile.

1 Spécificités de mesures de la performance dans un hôpital

La *performance* est définie en fonction de *l'efficacité* (de l'organisation à remplir sa mission), de *l'efficience* (exactitude, rapidité de prestation des services et programmes offerts, et valeur de ces derniers), de la *pertinence* continue (capacité de l'organisation à s'adapter à des conditions et à un environnement changeant) et de la *viabilité financière*.

1.1 Le critère d'efficacité :

Le point de départ pour évaluer la performance d'une organisation est tout d'abord de mesurer son efficacité.

Il existe plusieurs définitions de celle-ci, nous retenons les plus pertinentes, Campbell (1977) définit l'efficacité comme le degré d'atteinte des objectifs opératoires de l'organisation, considération faite des conditions et des contingences environnementales. Pour Seashore (1983) c'est l'atteinte des objectifs organisationnels, lesquels sont structurés hiérarchiquement, l'atteinte de certains permettra de progresser vers d'autres objectifs plus généraux.

Tout simplement nous pouvons dire, que l'efficacité est la mesure dans laquelle une organisation est capable d'atteindre ses buts.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

1.1.1 Les attributs de l'efficacité :

Parmi les attributs de l'efficacité nous avancerons les caractères multidimensionnels, hiérarchique et antinomique.

1.1.1.1 Un concept multidimensionnel

Toute organisation poursuit l'atteinte d'un résultat et cela en se fixant une pluralité d'objectifs à atteindre simultanément.

Bass (1952) s'appuyant sur les écrits de Davis (1940), distingue trois types d'objectifs ; économiques, sociaux et humains, et essaye de démontrer leurs relations : il stipule que les gestionnaires cherchent principalement le succès économique autrement dit la productivité et la rentabilité mais aussi il inclut dans ce succès la valeur accordée à l'organisation de par ses membres et la société.

1.1.1.2 Un concept hiérarchique

Le critère hiérarchique évoqué dans cette partie concerne la classification des objectifs, d'après England (1967) les choix d'objectifs à atteindre sont influencés, prioritairement par la recherche de rentabilité et la maximisation du profit, ensuite préoccupés par les objectifs de positionnement (part de marché), viennent enfin les objectifs concernant les employés et la société.

1.1.1.3 Un concept antinomique

L'efficacité organisationnelle apparaît comme un construit de multiples critères antinomiques (contradictaires) comme le fait remarquer Quinn (1988).

D'après ce chercheur, une organisation est performante en fonction des critères suivants :

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

- Elle se donne une structure stable mais flexible ;
- Elle recherche un équilibre entre la qualité du produit et l'efficacité des processus ;
- Elle maximise les revenus mais minimise les coûts ...

1.2 Le critère d'efficacité :

Le deuxième concept pour juger la performance organisationnelle est l'efficacité. Chaque entreprise dispose d'un lot de ressources qu'elle va allouer pour la réalisation de ses objectifs (efficacité), l'efficacité est la mesure dans laquelle ces ressources (fonds, savoir-faire, temps, etc.) sont employées pour atteindre les résultats visés de manière optimale.

Lorsqu'on évalue l'efficacité, il est généralement plus difficile d'évaluer les résultats que les moyens, en particulier dans les organismes de services où les résultats ont tendance à être plus qualitatifs que quantitatifs.

1.3 Le critère de pertinence

L'efficacité et l'efficacité sont des concepts traditionnels dont on se sert afin d'évaluer la performance organisationnelle.

L'organisation est efficace si ses résultats sont relativement élevés par rapport aux ressources utilisées. Elle est efficace si celle-ci atteint ses buts ou réalise ses objectifs. Toutefois, les organisations peuvent être très efficaces sans être efficaces et elles peuvent parvenir à des niveaux relativement élevés d'efficacité sans pour autant être efficaces (March et Sutton, 1997).

L'efficacité et l'efficacité ne reflètent cependant pas tout de la performance, de nos jours, les organisations doivent être pertinentes, ce qui sera le troisième concept à traiter et qui fait partie de la performance.

Dans n'importe quelle société, les organisations mettent un certain temps à évoluer et à se développer. Cependant, elles doivent se renouveler afin de demeurer utiles à leurs principaux intervenants. Si des crises internes et externes sont inévitables, les organisations qui survivent sont celles qui parviennent à s'adapter

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

aux conditions changeantes. D'un point de vue systémique, pour qu'une organisation survive, il faut qu'elle obtienne le soutien de son milieu.

Autrement dit, elle doit fournir aux intervenants les produits et les services qu'ils veulent, dont ils ont besoin et qu'ils sont prêts à soutenir. Une variante clé lorsqu'on parle de performance est le maintien de la pertinence, que nous définissons comme la capacité d'une organisation à répondre aux besoins des intervenants prioritaires et à obtenir leur soutien dans le présent et pour l'avenir. Pour être reconnue comme une organisation apprenante, l'organisation doit pouvoir s'adapter au fur et à mesure que son contexte et les besoins de ses intervenants évoluent. Selon Senge, celles qui survivent sont celles qui sont sans cesse en train d'apprendre et qui se servent de ce qu'elles ont appris pour s'améliorer et être performantes (Senge et coll., 1994, 1999). Il s'agit de la capacité de l'organisation à faire en sorte que ses intervenants continuent à être satisfaits. Pour être performante, elle doit donner aux intervenants le sentiment que leurs attentes sont comblées.

1.4 Le critère de viabilité financière

Les organisations peuvent être relativement efficaces, efficientes et pertinentes pour la majorité de leurs intervenants et être, malgré tout, au bord de l'effondrement. L'évaluation de la viabilité financière comporte trois dimensions. La première est la capacité de l'organisation à produire suffisamment de liquidités pour payer ses factures et dans le cas des organisations à but non lucratif, à être prospères et rentables. On se soucie ici des besoins de trésorerie à court et à long terme. La deuxième dimension de l'évaluation de la viabilité financière a trait aux sources et aux types de revenus sur lesquels l'organisation se base pour ses dépenses. La troisième dimension est la capacité d'une organisation à vivre dans les limites de ses moyens. Est-elle capable de gérer ses affaires en fonction de ses sources de revenu et sans créer de déficit ? Cette dimension a essentiellement trait à la capacité réelle de gérer un processus de budgétisation ainsi que les résultats.

Généralement, une organisation est financièrement viable si elle produit une valeur suffisante pour que sa survie importe aux intervenants. L'évaluation de la position financière d'une organisation est un aspect de plus en plus important de

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

l'évaluation de sa performance globale. Pour simplifier, si elle veut survivre, l'organisation doit produire au moins la quantité de ressources qu'elle consomme.

En termes de système, c'est ce qu'on appelle « homéostasie » (résister aux changements et garder l'équilibre par ses propres moyens). Une organisation doit cependant tirer constamment des ressources de son milieu sous peine de s'étioler. Ainsi, lorsqu'on fait une évaluation organisationnelle, il est crucial d'évaluer la santé financière de l'organisation.

En résumé, les idées traditionnelles au sujet de la performance organisationnelle étaient limitées aux concepts d'efficacité et d'efficience – en d'autres termes, l'organisation doit atteindre ses buts avec des ressources raisonnables. Les études consacrées aux organisations suggèrent cependant de plus en plus fortement que leur performance comprend aussi leurs rapports avec leurs intervenants, le maintien de leur pertinence ainsi que leur capacité à attirer des ressources, tant à court terme qu'à long terme. Pour assurer sa performance pendant des périodes prolongées, une organisation doit élaborer et mettre en œuvre des stratégies adaptées et ses activités et services doivent demeurer réalistes et en rapport avec les besoins des intervenants. Si ce qu'une organisation fait n'est pas pertinent, trop ambitieux ou coûteux, sa survie devient incertaine.

2 La spécificité de mesure :

L'absence de vision partagée sur la notion de performance, l'imprécision qui entoure le concept laisse le champ libre à des difficultés d'appréhension et de mesure.

Dans un hôpital privé, parler d'efficacité, d'efficience, de pertinence et de viabilité financière n'est pas chose aisée, vu le particularisme du contexte hospitalier.

2.1 Par rapport à l'efficacité :

Nous commençons par **efficacité**, que nous avons vu précédemment, qui est le degré d'atteinte des objectifs tracés par l'organisation, on ne peut pas facilement transposer et exploiter cette définition dans la réalité. L'hôpital privé comme dans notre cas, a plusieurs objectifs à atteindre, qui sont tous aussi importants les uns que

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

les autres, et qui sont contradictoires : avantager le plus possible le client afin de se créer une image positive auprès des malades mais tout aussi faire en sorte de maximiser le profit. Il s'agit aussi d'atteindre le chiffre d'affaire voulu et que l'organisation s'efforce d'atteindre, la plaçant dans une situation critique.

2.2 Par rapport à l'efficience :

On va poursuivre avec *l'efficience* qui est la façon dont les objectifs sont atteints avec le moins de ressources possibles. A ce niveau il est nécessaire de se poser la question suivante : quelle est la ressource principale utilisée dans un hôpital afin de produire des services ? nous connaissons tous la réponse : le capital humain (médecins, personnel paramédical, personnel administratif, personnel technique) ! « L'hôpital à l'instar de la fonction publique a promu les hommes et les femmes au niveau des ressources au même titre que les ressources financières ou matérielles. Cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus, qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement. »³², mais ne serait-ce pas abuser d'essayer de « traire » les ressources humaines. N'oublions-nous pas cet aspect « humain » qui fait toute la différence, et qui a été la limite du Taylorisme, où l'homme était réduit à une ressource à optimiser, dans la perception Taylorienne du salarié, la place de chacun se réduit à l'accomplissement de ses tâches. Les salariés sont interchangeables et tout autant irresponsables qu'il faudra optimiser au maximum.

Trois facteurs justifient ce comportement envers cette ressource :

- Elles constituent une part importante, voire 70% des dépenses du budget de l'hôpital ;
- Elles sont des facteurs de production ;
- Elles sont en relation directe avec le patient.

Afin de gérer cette ressource humaine, « Il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en termes de performance. La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de

³²J. ABBAD, Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris, 2001, p39

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

l'hôpital [...] De tous les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en termes d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate mais également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management. »³³.

2.3 Par rapport à la pertinence :

Il vient par la suite le critère de **pertinence**, comme cité au préalable qui est la capacité d'une organisation à répondre aux attentes de ses clients, pour cela, nous pouvons parler de marketing dans le secteur de la santé en général et dans les hôpitaux privés en particulier, ce qui semble être plus approprié.

Le marketing hospitalier vise en premier lieu à permettre à l'hôpital de remplir sa mission principale qui est de soigner, en offrant des soins adaptés aux pathologies existantes (offre différenciée) sur son territoire et de le faire de façon qualitative, avec une conception psychologique et matérielle de cette offre (un meilleur accueil, des prestations hôtelières de qualité, réduction des délais d'attentes etc.) va contribuer à rendre la prestation de soins plus agréable, diminuer le stress des hospitalisations des malades mais aussi améliorer la performance soignante.

Dans un hôpital, on peut retrouver deux types de marketing :

- Le « B to B » qui est l'analyse des relations entre professionnels, qui sont, sans exhaustivité, les médecins de villes (prescripteurs), les autres établissements proposant une offre complémentaire, etc.
- Le « B to C » qui est l'analyse des relations avec les consommateurs qui sont dans ce cas de figure les malades.

Nous pouvons dire que l'hôpital doit définir une politique Marketing vers l'ensemble des parties prenantes que nous avons déjà évoqué plus haut. Il s'agit d'être attractif, en usant des quatre P qui définissent l'offre marketing ;

- Le prix ;
- Le produit (service) ;
- La promotion (la communication) ;
- La place (réseau de distribution).

³³ J. ABBAD, op.cit., p39

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

2.4 Par rapport à la viabilité financière :

La viabilité financière se mesure par l'état de santé financière d'une organisation, c'est pouvoir payer ses dépenses sans avoir recours à l'endettement, par ses propres moyens et surtout il faut qu'elle soit rentable.

Dans notre cas d'hôpital privé, parler de rentabilité est un sujet un peu complexe, pourquoi ? tout simplement, nous dirons que le temps nécessaire afin de rentabiliser les dépenses et charges n'est pas minime, au contraire il ne s'étend pas sur le long terme mais sur le très long terme, puisque les investissements engagés surtout en capitaux sont colossaux (estimés en millions d'euros), ce qui rend une rentabilité immédiate même pas envisageable.

La pluralité des services crée une certaine fragmentation financière, comment ? le fait d'avoir plusieurs services engage l'entreprise à prendre en charge les spécificités de chacun et y allouer les ressources adéquates et différentes les unes aux autres mais aussi en tirer des résultats différents, ce qui complique la comptabilité de l'organisation, puisque sans rentrer dans les détails, les charges sont souvent partagées entre services, plus encore, un service peut être la base des revenus et ainsi celui qui supporte plusieurs charges, de plusieurs services.

Aussi, son caractère privé donne accès aux actionnaires d'y pénétrer, ce qui est bénéfique pour l'hôpital, puisque ça lui permet de gonfler ses ressources et ainsi les exploiter dans l'intérêt de l'organisation, mais afin d'être attractif, il faudrait procurer un sentiment de confiance auprès des apporteurs de fonds et cela par la viabilité financière.

3 Contexte international actuel :

Les hôpitaux des pays développés sont plus avancés, du fait de leur vision managériale, qui considère l'hôpital comme une organisation de production de soins, ils adoptent une démarche managériale en élaborant une stratégie et utilisant des outils de management notamment dans leur gestion. Ces hôpitaux prennent en

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

compte les évolutions de l'environnement afin de s'adapter aux changements. De ce fait, le management hospitalier de ces pays développés a pris de l'avance par rapport à celui des pays du tiers monde, qui considèrent l'hôpital comme une administration qui offre des services de soins à la population, caractérisé par un mode de fonctionnement bureaucratique et rigide.

Le développement récent du management hospitalier tend à optimiser les rendements et la qualité des services et à améliorer la gestion grâce à des techniques d'organisation et d'animation.

La performance des établissements de santé ne se joue plus seulement dans une combinaison de l'efficacité et de la qualité, en fait les acteurs hospitaliers admettent que l'hôpital doit être également jugé sur sa cohésion en tant qu'organisation professionnelle.

Une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et également entre acteurs, permettrait d'améliorer le travail. Le rôle des acteurs à l'hôpital est majeur, le travail de chacun dépend de la coopération de métiers différents, aux cultures parfois éloignées mais avec souvent des contraintes lourdes pour chacun d'où la nécessité d'une approche managériale apte à mobiliser l'ensemble des acteurs et à créer un esprit collectif.

3.1 La mise à niveau des compétences :

La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité »³⁴.

La littérature identifie plusieurs modes d'action pour évaluer les compétences : la prise en compte de cette dimension dans le management des professionnels permet d'identifier les situations et de les gérer en développant une culture favorable d'évaluation des compétences au sein de l'institution avec dans certains

³⁴ Glossaire de la qualité et de l'évaluation en santé – quelques définitions utiles pour les organismes de développement professionnel continu (ODPC). Élaboration du glossaire coordonnée par M. Lafont. Haute Autorité de santé. Février 2014

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

pays étrangers des mécanismes de « Credentialing » et de « privileging ». Ces derniers mécanismes peuvent être expliqués comme suit :

- **Le credentialing** : évaluation régulière des certificats, de l'expérience et des compétences des cliniciens. C'est un processus interne à l'établissement réalisé par des pairs (ACHS 2006) ;
- **Le privileging** : autorisation accordée par l'autorité compétente à un praticien pour délivrer des soins spécifiques, des traitements ou des services bien définis dans l'organisation en se fondant sur les critères suivants : formation, qualification, expérience, compétence, état de santé (Joint Commission 2010)³⁵.

Certains pays vont au-delà des approches de développement professionnel continu en mettant en place des mécanismes de revalidation des compétences. Dans certains pays, la certification d'équipe comporte un volet appréhendant les compétences individuelles. L'impact tant des mécanismes de credentialing-privileging que des mécanismes de revalidation des compétences est peu documenté. Les données de la littérature suggèrent que ces mécanismes sont lourds, coûteux et non totalement satisfaisants dans leur approche actuelle.

Epstein et Hundert (Epstein 2002) ont fait une revue de la littérature en langue anglaise sur la période 1966 à 2001 sur cette question et identifient un certain nombre de dimensions de la compétence professionnelle : cognitives, techniques, intégratives, appréhension du contexte, relationnelles, affectives et morales, modes de pensée. Chacune de ces dimensions est déclinée en une série de compétences (voir tableau ci-après).

³⁵ Site officiel de l'organisation ; <https://www.jointcommission.org/>

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Tableau 2 Dimension de la compétence professionnelle selon EPSTEIN

	Dimensions de la compétence professionnelle
Cognitive	-Connaissances de base Techniques de base en communication -Management de l'information -Application des connaissances théoriques aux situations concrètes -Utilisation du savoir tacite et de l'expérience personnelle -Résolution de problèmes abstraits Capacité d'acquisition de nouvelles connaissances -Capacité à questionner -Utilisation de ressources extérieures (ex. publications, collègues) -Capacité à apprendre de l'expérience
Technique	-Habilités dans l'examen clinique Savoir-faire chirurgical ou pour les gestes techniques
Intégrative	-Capacité à intégrer des dimensions scientifiques, clinique et humaniste -Utilisation appropriée des modalités de raisonnement clinique (méthode hypothético-déductive, reconnaissance de situations, connaissances approfondies) -Capacité à faire le lien entre des connaissances de disciplines différentes Management de l'incertitude
Capacité d'adaptation au contexte	-Environnement clinique -Gestion du temps
Relation	Capacité de communication -Gestion des conflits -Travail en équipe -Enseignement (vers les patients, les étudiants, les collègues)
Affectif, émotionnel et moral	-Capacité à supporter l'incertitude et l'anxiété -Intelligence émotionnelle -Respect des patients -Dévouement aux patients et à la société +Bienveillance
Modes de pensée	-Capacité d'observation de ses raisonnements, de ses -émotions et de sa pratique -Prévenance -Esprit critique -Reconnaissance et prise en compte des biais cognitifs et émotionnels -Capacité à reconnaître et corriger ses erreurs

Source: Tradition de l'article: Donald M, Epstein, Edward M, Hundert. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

3.2 La problématique de la ressource humaine en santé :

« Les agents de santé sauvent des vies »³⁶

L'OMS (2006), dans son rapport sur la santé dans le monde « Travailler ensemble », a déclaré que le déficit en ressources humaines est estimé à plus de 4.3 millions de soignants à travers le monde, dont 1 million en Afrique subsaharienne.

Berceau de cette crise mondiale, le continent Africain est la scène d'inégalités accrues, où se concentre seulement 3% du personnel sanitaire mondial, dû à la très faible densité des médecins sur le territoire de ces pays et à la fuite des cerveaux vers des pays plus développés, le pays se trouve ainsi vidé de compétences indispensables pour son développement, ce qui impacte directement sur le marché de travail qui ne répond pas en exigence qualitative et quantitative de la demande. La performance des systèmes de santé dans le monde, s'appuie donc sur le suivi des effectifs, et l'évaluation des compétences du personnel de santé.

4 Nécessité d'appliquer un management au sein de l'hôpital :

Selon Henry Mintzberg³⁷, le management est l'activité propre du dirigeant, lequel a une autorité formelle sur son unité organisationnelle et assume deux objectifs fondamentaux :

- Il se porte garant de l'efficacité de l'organisation dans la production des produits et services ;
- Il surveille l'activité de l'institution afin de s'assurer que celle-ci satisfait les intérêts des personnes qui la contrôlent.

Malgré les différences existantes entre les secteurs d'activité, les théories de l'auteur québécois sur le management se sont imposées dans presque toutes les organisations, y compris les institutions hospitalières.

Quelques éléments de réflexions sur le management hospitalier doivent être soulignés et pris en considération afin que toute incompréhension soit évitée.

³⁶ OMS, Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde. 2006. p. 4. Genève

³⁷ MINTZBERG H., La naturalisa del trabajo directivo (Trad. D. Bonner et J. Nieto), Barcelona, Ariel, 1983

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

- Premièrement, toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement qui est en évolution croissante, ce qui génère de plus en plus de complexité.
- Deuxièmement, cet établissement est une structure complexe, à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers ³⁸ . Pour faire face à cela les hôpitaux doivent modifier leur organisation, avec une compréhension globale de l'environnement et la mise en œuvre des divers instruments de management.

« La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management » ³⁹

« Manager consiste à conduire, diriger, commander, coordonner, faire participer, et animer »⁴⁰, cela ne peut se faire sans évaluer, anticiper, gérer et décider.

En management hospitalier, anticiper, signifie la prévision des besoins et l'adaptation à l'environnement économique et social. Pour cela il y'a lieu de projeter l'organisation sur le long terme afin de réaliser ses objectifs.

Pour l'évaluation, des indicateurs sont mis en place afin d'observer régulièrement les évolutions de l'accomplissement des objectifs prédéfinis.

La décision est l'acte le plus risqué, puisque l'agent est obligé de choisir une solution parmi la pluralité de solutions possibles, une gymnastique intellectuelle est nécessaire afin de faire le bon choix surtout que la complexité de l'hôpital rend difficile toute décision.

³⁸ STEUNDLER F. « le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497,2004 pp 43-52.

³⁹ CHEROUTE-BONNEAU « La production de soins, un enjeu managérial », gestion hospitalière, février,1998, p95

⁴⁰ GASTE M ; « les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins », mémoire ENSP de directeur des soins, école nationale de santé publique, RENNES,2004

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Plusieurs éléments constitutifs de l'organisation doivent être pris en considération pour envisager un management appliqué à l'hôpital : ce dernier est une structure complexe, les individus ne sont pas seulement agents mais aussi acteurs ayant une autonomie et une forme de pouvoir. STEUDLER stipule que « 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 ⁴¹ »

Pour ALECIAN S., « le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance »⁴².

Il existe deux horizons du management : le management stratégique qui désigne la partie de l'activité qui consiste à se projeter dans l'avenir et à mettre en perspective l'activité de l'institution. Le management opérationnel concerne le fonctionnement de l'institution au quotidien.

Le management possède à la fois un volet humain qui mobilise les énergies, les anime au quotidien et un volet que les auteurs nomment « management des moyens ». Il s'agit tout aussi de déterminer le management comme outil de pilotage : « Le management des hommes suppose que les cadres se préoccupent de dire où on va, comment, organisent les unités en conséquence et se dotent d'instruments de pilotage leur permettant de suivre le bon fonctionnement de leurs services »⁴³.

La définition générale du concept de management montre que la pratique managériale ne peut être détachée de son contexte. Ainsi, parce que le monde de la santé est bousculé par de nombreux défis réglementaires, économiques, financiers et sociétaux, l'enjeu du management hospitalier est essentiel.

En effet, l'hôpital doit faire la preuve de son efficacité. Pour y parvenir il a besoin avant tout de cadres dirigeants pour conduire les évolutions, clarifier les missions, repenser les organisations et les modes de fonctionnement. Il y a aussi des pratiques

⁴¹ STEUNDLER F. « le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497, 2004 p 50.

⁴² ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public », Editions d'organisation, Paris, 2002, p11.

⁴³ Idem. p14.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

managériales qui seront mises à leur disposition afin de mener à bien leur fonction, parmi ces pratiques, nous citerons l'évaluation de la performance organisationnelle, appréciée par un système de mesure de celle-ci.

Section2 : La performance organisationnelle

Avant d'aborder la question de la performance organisationnelle, commençons par une définition de l'organisation elle-même, car c'est la base de la compréhension et analyse de la performance.

Commençons par la définition qu'en donne Morin (1987) : selon lui l'organisation est un système à la fois social, économique et politique qui exploite diverses ressources afin de produire des biens ou des services qui seront utilisés dans les échanges avec l'environnement. Il explique tout d'abord que l'organisation est un système par le fait que les éléments qui la composent forment une structure qui constitue, en soi, un tout. Ce système est un système ouvert, car l'organisation, pour être en interaction avec son environnement, nécessite une ouverture sur le monde extérieur. D'une part, affirme-t-il, l'organisation est un système social parce que sa structure est constituée par les individus et les personnes qui y gravitent. D'autre part, elle est un système économique ouvert sur l'environnement parce que son interaction avec l'environnement passe par les ressources qu'elle transforme en produits ou services et qui deviennent échangeables contre d'autres ressources. Enfin, elle est un système politique parce qu'elle dispose d'un pouvoir et qu'elle exerce une influence sur cet environnement.

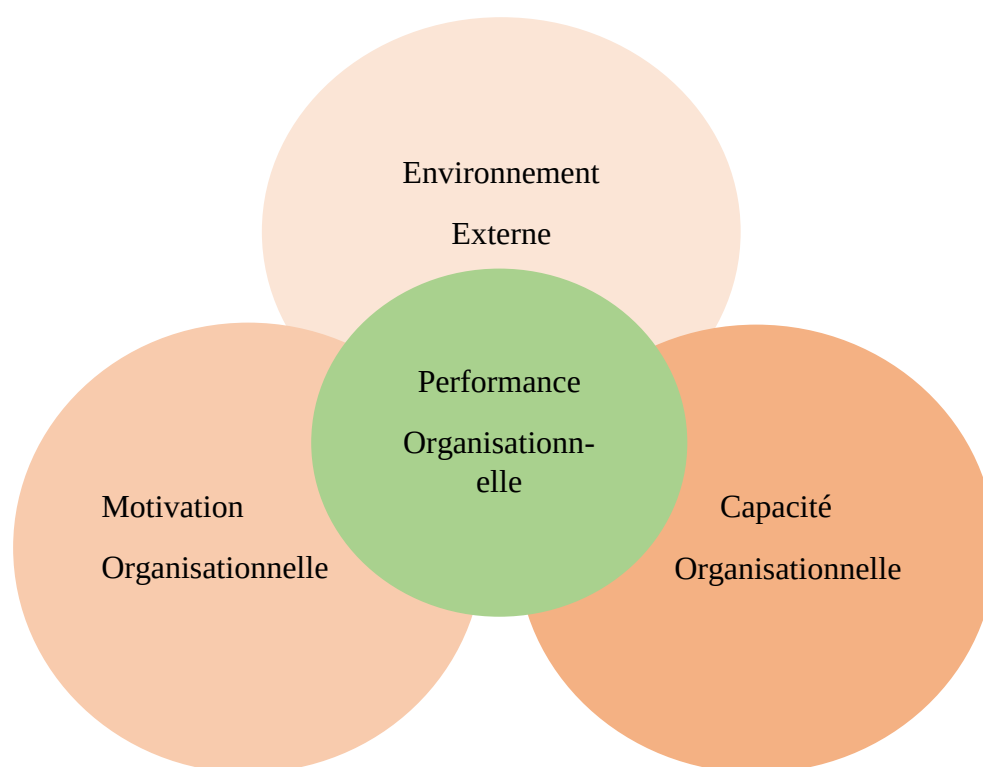
1 La notion de la performance organisationnelle

L'objectif de ce point est de présenter une conception différente pour l'évaluation de la performance organisationnelle, qui va tenir compte des tendances majeures de l'économie avec les différentes dimensions comprises à l'intérieur sans se focaliser uniquement sur l'aspect financier qui fera l'objet de notre étude de cas.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

1.1 La performance organisationnelle, une influence implicite :

Figure 6 Schéma des composantes de la performance organisationnelle



Source : élaboré par nos soins.

1.1.1 Le contexte porteur

L'organisation ne vit pas en autarcie, au contraire elle va se mouvoir dans un contexte particulier, où une multitude de variables influence sur sa performance.

Le contexte porteur est constitué de plusieurs facteurs catégorisés (loin de l'exhaustivité) comme suit : facteurs administratifs, technologique, politique, socioculturels et des intervenants (Lusthaus, Anderson et Murphy, 1995)

Ces derniers vont se heurter à une institution, qui souvent et selon sa structure tient compte d'éléments comme les règles, l'ethos, et les compétences

Premièrement, qu'est-ce qu'une institution ? d'après Douglass North « *les règles et les institutions sont les lois et les codes formels qui ont une incidence bénéfique ou néfaste sur les organisations par les mesures d'incitation et les limites qu'elles*

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

fournissent ou imposent ». Ces règles sont diversifiées, on retrouve des règles officielles, d'autres officieuses mais acceptées par tous. Certaines sont explicites d'autres implicites. Certaines sont codifiées d'autres moins (les plus codifiées se retrouvent généralement dans des contextes politique et administratif)

Deuxièmement, l'éthos institutionnel *« englobe les règles pour la plupart informelles qui régissent une société, soit l'histoire, les valeurs culturelles, les normes et les tabous du contexte dans lequel fonctionnent les organisations »*⁴⁴

Ce qui impose des contraintes sur le comportement des organisations et des gens qui y travaillent. L'éthos a divers aspects qui ne sont pas tous mesurables, ils sont néanmoins très importants de par l'impact qu'ils ont sur le comportement des individus et ainsi sur la performance des organisations qui, elles, évoluent dans un contexte donné.

Troisièmement, les compétences *« comprennent la main-d'œuvre, les ressources, les atouts et les handicaps naturels ainsi que l'infrastructure et la technologie d'un pays ou d'une région »*⁴⁵ leur importance pour le développement des organisations est explicité depuis longtemps et ont fait l'objet des mouvements coloniaux. Car cela représente une ressource très importante, pas en termes de ressources internes à l'entreprise comme nous allons le voir ci-après mais en termes de capacité « être capable de », qui dénote un pouvoir ou une aptitude à faire quelque chose. Pour mieux comprendre, nous pouvons dire que les pays et les organisations travaillent sur le développement de leurs compétences et leurs capacités relatives afin de créer un contexte porteur qui corresponde à leur besoins et attentes. Pour illustrer cela, un pays disposant de ressources supposées rares, importantes et de valeurs mais qui est dépourvu de main-d'œuvre, d'infrastructures et de la technologie nécessaire pour son exploitation, elles ne lui serviront strictement pas ou du moins pas positivement, puisque cela va impacter sur la manière dont fonctionnent les organisations et sur ce qu'elles pourront accomplir, le prix à payer pour ce faire risque de nuire à son efficience organisationnelle.

⁴⁴ LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Evaluation organisationnelle, Centre de recherche pour développement international, Ottawa, 2003

⁴⁵ Idem.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Une grille est conçue pour aider à mieux comprendre le lien entre les facteurs approchés antérieurement et l'approche sur les institutions :

Tableau 3 C composantes du contexte porteur

Facteurs	Règles	Ethos	Compétences
Administratifs/ Juridiques	Cadre juridique	Attitudes à l'égard de la mise en excursion	Capacité d'élaborer et de mettre en exécution des lions et des politiques
Technologiques	Protection de la propriété intellectuelle	Attitudes à l'égard de l'innovation	Développement de produit, capacité de R&D
Politiques	Type de gouvernement (démocratique, autorité)	Attitude à l'égard de la société civile.	Capacité d'organiser la société civile, entre autres groupe ; connaissance de l'électorat ; degré de transparence.
Économiques	Clarté et utilité des règles économique, politiques en matière de taux d'intérêt, etc.	Attitude à l'égard de la société civile.	Capacité d'élaborer un cadre stratégique pour la concurrence et d'examiner les secteurs industriels, les bases de données sur la société, les niveaux de compétition, les frais de transaction.
Ecologiques	Lois sur la protection de l'environnement qui ont un impact sur les organisations et mes gens, rôle de la géographie	Attitude à l'égard de l'environnement et de ses effets sur l'organisation	Capacité des groupes d'exercer une influence
Intervenants	Droit dans le domaine du travail, règles de sécurité du travail concernant la concurrence.	Attitude à l'égard des secteurs à but non lucratif et public et des entreprises.	
Socioculturels	Normes religieuses	Perceptions en matière de la dynamique homme-femme	Capacité de changer les attitudes sociales et culturelles

Source : LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Evaluation organisationnelle, Centre de recherche pour développement international, Ottawa, 2003

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

1.1.2 La motivation organisationnelle

Dans la vie quotidienne d'une organisation, nous sommes souvent frappés par les comportements et les attitudes des individus qui y travaillent.

Certains exercent dans des conditions difficiles et arrivent à être performants, alors que d'autres n'arrivent pas à l'être en dépit de conditions beaucoup plus favorables, comment expliquer cela ? pour quoi les gens dans certaines organisations entament leur travail journalier avec vivacité et ardeur, alors que dans d'autres, ils arrivent le matin avec la hâte d'en finir pour rentrer chez soi mais aussi le souci d'économiser leurs Energie le plus possible ?

Ces questions et d'autres non citées ont suscité l'intérêt des chercheurs à se pencher sur le volet « motivation organisationnelle ».

La motivation organisationnelle est ce qui incite les individus à être performants dans leur travail, elle représente la personnalité profonde de l'organisation.

Toutes les organisations sont uniques, chacune a une **histoire**, une **vision**, une **culture** et un système de **mesure d'incitation** qui lui sont propres. Et qui seront pour nous les dimensions à utiliser pour cerner le niveau de motivation organisationnelle.

Premièrement, l'histoire ;

Les organisations évoluent au fil du temps et passent par plusieurs stades, on peut retracer son histoire à partir des grands événements de son existence (sa création, sa croissance, les modifications majeures qu'elle a subies mais aussi ses échecs, etc.). À partir des travaux d'Haire (1956), les analystes et chercheurs remarquent que l'histoire d'une organisation est proche de celle d'un être humain et peut être représentée sous forme d'un cycle de vie ; la création (naissance), la croissance et le développement (adolescence), la maturité (Age adulte) et pour certaine, le déclin (vieillesse).

Cette notion de cycle de vie aide à se représenter l'évolution d'une organisation, les étapes de son adaptation et de ses changements et les raisons de sa performance (Gupta et Chin,1994).

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Deuxièmement, la vision d'avenir ;

Elle définit le type de monde auquel elle veut contribuer (les ONG veulent aider les personnes dans le besoin et défendre l'humanité, les écoles publiques veillent à ce que tout le monde ait droit à la scolarisation et à l'acquisition du savoir, etc.) Cela motive le personnel des organisations en plaçant les espoirs entre leurs mains. La mission est une étape dans la réalisation de la vision, la raison d'être de l'organisation, elle doit inspirer et motiver les membres pour qu'ils soient performants et qu'ils aident l'organisation à réussir, on constate de plus en plus le besoin des individus à s'identifier aux organisations dans lesquelles ils travaillent, ce qui favorise la socialisation et renforce l'idéologie organisationnelle (Lusthaus, Anderson et Coll...2003).

Troisièmement, la culture ;

Comme nous l'avons vu au préalable la mission d'une organisation exprime sa raison d'être et c'est sa culture qui lui donne vie et qui aide les gens à prendre conscience qu'il est possible d'accomplir sa mission.

La culture organisationnelle est le sens communément accepté qui transparait dans les règles formelles et informelles d'une organisation ou d'un sous-groupe. Elle est la manifestation des symboles, mythes, visions d'avenir et héros collectifs, dans le passé et le présent, ainsi elle s'exprime dans la fierté collective des réussites individuelles. La culture comprend la façon dont on s'habille, dont on parle au personnel et ce dont on récompense et punit. Souvent elle n'est pas consignée sur papier. Lorsque des gens se joignent à l'organisation, en plus d'apprendre des choses plus formelles à son sujet, ils passent la majeure partie de leur temps à découvrir par les contacts sociaux les aspects moins formels de sa vie-autrement dit sa culture (Hatch,1993)

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Pour finir, les mesures d'incitation ;

« Les mesures d'incitation organisationnelles désignent la raison pour laquelle le personnel se joint à l'organisation et la façon dont celle-ci le récompense et le punit » (Lusthaus, Anderson et Coll...2003). Elles peuvent encourager ou décourager certains comportements des employés et des groupes de travail (Allcorn,1995), par ailleurs, de bonnes mesures d'incitation encouragent les employés à être productifs et créatifs, suscitant la loyauté des éléments les plus productifs et stimulent l'innovation (Brudney et Condrey,1993).

1.1.3 Les capacités organisationnelles

On entend par capacité organisationnelle la mesure dans laquelle une organisation est capable d'utiliser ses ressources pour être performante. Pour mieux cerner la capacité organisationnelle, nous allons aborder ses huit dimensions indissociables qui conduisent l'entreprise à être performante, pour mieux illustrer cela, nous allons schématiser comme suit :

- Le leadership stratégique : c'est un mix composé du leadership, de la planification stratégique et gestion des créneaux.⁴⁶ On désigne ici toutes les activités qui déterminent la voie suivie par une organisation et l'aident à ne pas dévier sa mission, mais aussi la capacité de l'organisation à exercer une influence sur ses intervenants internes et externes pour qu'ils appuient les orientations organisationnelles. Le leadership stratégique doit donner aux membres de l'organisations les moyens d'apporter les changements nécessaires pour qu'elle puisse être performante et survivre (Byrd,1987). Le leadership est essentiellement un processus par lequel les dirigeants influent sur les attitudes, les comportements et les valeurs d'autrui pour qu'ils soient en accord avec les buts organisationnels(Vecchio,1995)

⁴⁶ LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Evaluation organisationnelle, Centre de recherche pour développement international, Ottawa, 2003

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

- La structure organisationnelle : elle est composée de la structure de gouvernance et de la structure opérationnelle⁴⁷ C'est la capacité de l'organisation à diviser le travail et à assigner des rôles et des responsabilités aux individus et aux groupes ainsi que le processus par lequel elle coordonne sa main-d'œuvre et ses groupes, mais aussi sa capacité à se structurer et à se restructurer pour s'adapter aux conditions internes et externes ce qui permet une performance organisationnelle optimale.
- Ressources humaines : qui comporte la planification, dotation en personnel, perfectionnement, évaluation et récompenses, maintien de relations constructives avec le personnel.⁴⁸ « Ressources humaine », une notion minimaliste contrairement à la notion « capital humain » qui renvoie au savoir et aux compétences de la main-d'œuvre, la gestion de ce dernier demande beaucoup de manœuvrabilité en raison de sa nature, c'est pour quoi une planification des ressources humaines est très importante pour anticiper les besoins de l'organisation en termes de capital humain. Mais aussi les perfectionner en améliorant leurs compétences et savoir, via des formations par exemple. Le travail fourni par la ressource humaine doit être reconnu par l'organisation, c'est pour cela qu'on évalue la performance de chacun des membres du personnel afin de lui attribuer une récompense, ce qui motive le personnel et lui procure un sentiment de redevabilité.
- Gestion financière : (planification financière, redevabilité comptable, états et systèmes financiers). Il est crucial pour une organisation de savoir gérer ses ressources financières. Son bon fonctionnement nécessite que le plus grand soin soit apporté à la budgétisation, à la tenue des registres et à la communication de l'information financière (Berry et Coll., 1985).

⁴⁷ LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Op.cit.

⁴⁸ Idem

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

On peut ainsi s'assurer que le conseil d'administration et la direction ont les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des décisions et allouer les ressources de l'organisation. Cela donne en outre confiance aux bailleurs de fonds soucieux de la redevabilité comptable et une gestion financière judicieuse (Goddard et Powell, 1994). La planification financière permet à l'entreprise de prévoir ses besoins financiers et pour ce qui est de la redevabilité financière c'est « la capacité de rendre compte de la façon dont les ressources fournies à l'organisation ont été utilisées » (Birkin et Woodward, 1997), puisque les membres de l'organisation ne peuvent pas puiser dans ses ressources sans justificatifs et accords.

- Infrastructure : (qui comprend, la gestion des installations, la gestion de la technologie). Par infrastructure, on entend les conditions de bases (installation et technologie) qui permettent à une organisation de faire son travail de manière optimale. Pour les installations, ce sont les locaux de l'organisation ou le client, le personnel sont amenés à côtoyer, pour cela ces lieux doivent refléter le développement et la performance. En ce qui concerne la technologie c'est l'ensemble des équipements, machines et systèmes qui sont essentiels au fonctionnement de l'organisation.
- Gestion des programmes : (qui comprend, la planification, exécution et suivi des programmes et des projets). Afin de définir la gestion des programmes, il faudra tenir compte de ces utilisateurs, puisque deux définitions peuvent être évoquées selon ses opérateurs. Ainsi pour les personnes s'occupant des systèmes d'informations, c'est « la gestion de gros projets, surtout la mise en œuvre de système ». Pour les managers, c'est « la tâche pratique de transporter les grandes stratégies en réalité opérationnelle ».
- Processus organisationnel : qui comprend ; la résolution des problèmes, la prise de décision, la communication et le suivi avec évaluation. « Le processus organisationnel désigne la tâche qui consiste à aligner et

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

intégrer les diverses pratiques et cultures des différents segments de l'organisation en introduisant des systèmes et des opérations communes qui s'appliquent uniformément dans tous les secteurs de l'organisation. »⁴⁹

- Lien avec les autres organisations : qui comprend ; la planification, la mise en application et la gestion réseaux et des partenariats. C'est un arrangement organisationnel avec d'autres organisations qui permet d'appuyer la performance, cela se manifeste par un contact régulier avec d'autre institutions et groupes qui ont une importance stratégique pour le travail de l'organisation permettant un échange d'approches et de ressources (y compris le savoir-faire et les compétences). De tels liens aident l'organisation à se tenir au courant des progrès dans les domaines qui la concernent et donnent accès à un éventail de sources d'information récente dans chacun de ses domaines d'activité (Coyne et Dye,1998)

⁴⁹ LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Op.cit.

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

2 Les nouveaux modèles de la mesure de la performance multidimensionnelle

La performance multidimensionnelle consiste à cerner tous les éléments influençant cette dernière et à les prendre en compte dans le travail d'évaluation. La caractéristique fondamentale de ces nouveaux modèles de mesures est l'éloignement de l'aspect financier comme seul vecteur pour l'évaluation de la performance, compte tenu des limites de l'information comptables et financière. Plusieurs modèles ont été avancés depuis les années 90, leur point commun et le désir de prendre en compte les enjeux opérationnels des organisations en parallèle des enjeux financiers.

Nous allons présenter deux modèles de références, le modèle de Morin et Coll. en 1994 et le modèle d'Atkinson et Coll. En 1997.

2.1 Le modèle de Morin, Savoie et Baudin

Pour arriver à ce modèle, qui sera présenté ci-dessous, Morin, Savoie et Baudin (1994) ont d'abord constitué d'importants écrits sur diverses disciplines des sciences sociales (économie, sociologies, psychologie...) puis ils ont corroboré ce travail théorique par une enquête sur le terrain, de ce fait ils ont dégagé quatre grandes conceptions de la performance organisationnelle (systémique, économique, psychosociale et écologique).

Ainsi, ce modèle va comporter quatre dimensions (efficacité économique, pérennité, valeur des ressources humaines et légitimité auprès des groupes externes). Ce modèle est très complexe de par la pluralité des indicateurs pris en considération, c'est pourquoi la plupart des chercheurs sur la performance s'intéressent à quelques indicateurs sans tenir compte de l'exhaustivité du modèle.

Ce modèle a été révisé par les mêmes auteurs en 2000, afin d'y intégrer une cinquième dimension qui est la dimension politique qui est inévitable dans l'évaluation de la performance organisationnelle

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Tableau 4 le modèle révisé par Savoie et Morin en 2000..

<u>Valeur des ressources humaines</u> -L'engagement des employés : Degré d'intérêt qu'ont les employés envers leur travail et leur organisation et disposition à investir des efforts pour atteindre et dépasser les objectifs fixés. -Le climat de travail : Degré auquel l'expérience du travail lui-même et le fait de travailler dans et pour l'organisation sont évalués positivement par le personnel. -Le rendement des employés : Degré de performance fournie par les employés et/ou évaluation de la valeur économique des services rendus par l'employé -La compétence des employés Degré auquel les employés ont perfectionné des Compétences déjà acquises ou ont acquis de Nouvelles compétences.	<u>Efficiencia économique</u> La productivité : Rapport extrant/intrant : capacité de produire une qualité de produits d'une qualité donnée avec un minimum de coûts, de temps et de moyens de production, mais aussi capacité d'améliorer continuellement les processus. -L'économie des ressources Capacité de l'organisation d'acquérir et de conserver les ressources dont elle a besoin pour atteindre ses objectifs.
<u>Légitimité de l'organisation</u> -Le respect de la réglementation : Degré auquel les membres de l'organisation Observent les lois et les règlements qui Régissent ses activités. -La responsabilité sociale : Degré auquel une organisation assume ses responsabilités économiques à l'intérieur des codes, des normes et des valeurs d'une société, ainsi que le degré d'investissement philanthropique d'une organisation. -La responsabilité environnementale : Degré de responsabilité environnementale d'une organisation	Arène politique La satisfaction de la coalition dominante La satisfaction des constituants selon leur pouvoir relatif La minimisation des préjudices organisation/envi-ronnement <u>Pérennité de l'organisation</u> -La qualité des produits et services Degré auquel l'organisation est capable de s'adapter aux nouvelles exigences du milieu et, plus précisément, degré auquel les produits et/ou services répondent aux besoins de la clientèle. -La compétitivité Degré auquel certains indicateurs économiques se comparent favorablement ou défavorablement avec ceux de l'industrie ou des concurrents. -La satisfaction des partenaires d'affaires (clientèle, fournisseurs, actionnaires, bailleurs de fond) Degré auquel l'organisation satisfait ses différents partenaires d'affaires qui contribuent directement à sa situation financière.

Source : performance organisationnelle et temps sociaux, Diane-Gabrielle Tremblay, presses de l'université du Québec

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

2.2 Le modèle des parties prenantes d'Atkinson, Waterhouse et Wells.

Ce modèle suggère une conception différente de la performance organisationnelle, basée sur l'approche des parties prenantes.

Nous y retrouvons deux principes fondamentaux dans cette approche.

Premièrement, une organisation dispose de deux types d'objectifs ; les primaires et les secondaires (d'après ces auteurs, l'intention doit être portée sur les seconds puisque cela va permettre de gérer les objectifs primaires)

Deuxièmement, une détermination des différentes parties prenantes qui influencent sur l'organisation et sa rentabilité est une étape cruciale à ne pas négliger. Ils ont répertorié ces parties prenantes comme suit ; les clients, les fournisseurs, les employés, les investisseurs et la communauté. (Voir la figure ci-après).

Il faut noter que ce tableau représente un cas appliqué à une banque de Montréal, et qu'ils ont tenu compte que de quatre des cinq parties prenantes.

Tableau 5 Objectifs primaires et secondaires sélectionnés pour chaque partie prenante de la banque de Montréal

Partie prenante	Objectifs primaires	Objectifs secondaires
Les actionnaires	Rendement sur les investissements des actionnaires	-croissance des revenus -croissance des dépenses -productivité -ratio de capital -ration de qualité -ration de qualité des actifs
Les clients	Satisfaction de la clientèle et qualité des services	-enquête sur la clientèle pour différents marchés et produits
Les employés	-engagement des employés -leurs compétences -et leurs productivités.	-enquête d'opinion auprès des employés -indices sur divers éléments du service à la clientèle -ratios financiers du coût des employés par différentes classifications de revenus
La communauté	Image publique	-différentes enquêtes externes

Source : Traduction d'Atkinson, Waterhouse et Wells (1997, p. 35)

Chapitre II : Le Management hospitalier et performance organisationnelle

Conclusion :

L'évaluation de la performance organisationnelle est une activité essentielle au développement optimal des ressources de l'entreprise. Elle permet de prendre un temps d'arrêt privilégié pour regarder l'évolution du contexte où l'organisation évolue et prendre conscience des différents facteurs pouvant influencer sa performance en fonction de l'environnement. Le gestionnaire reconnaît la contribution de ses employés et fait part de ses attentes pour la prochaine période en fonction des orientations de l'entreprise afin de motiver son personnel et ainsi les inciter à contribuer à la performance de l'organisation, il prend conscience des forces et des éléments qu'il doit améliorer au sein de son organisation et s'engage ainsi à prendre part à son développement. L'évaluation de la performance organisationnelle influence donc grandement la performance de l'organisation.

Chapitre III : le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi

Chapitre III : le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi

Introduction

Dans le chapitre précédent nous avons essayé de faire le tour de toutes les notions théoriques de la performance organisationnelle en détaillant les trois dimensions d'approche de l'évaluation avec leurs déterminants.

Dans le présent chapitre nous allons procéder à une application de terrain à travers le stage pratique que nous avons effectué au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi. Cette étude de cas a pour but de tester les hypothèses de notre recherche et par la suite de donner une réponse valable à notre problématique. C'est dans cette perspective que nous avons devisé notre chapitre de la manière qui suit

- La première section portera sur une définition générale du système de santé en Algérie et de son évolution puis parler de son contexte d'émergence, par la suite présenter l'organisme d'accueil en l'occurrence l'hôpital Chahid Mahmoudi, dans le but de prendre connaissance générale de l'établissement à travers son historique, sa présentation générale et sa structure organisationnelle.
- La seconde section intitulée « le développement du management hospitalier au sein de L'hôpital Chahid Mahmoudi » portera en premier lieu sur la démarche méthodologique que nous avons suivi dans la conception de notre travail de recherche, par la suite nous allons présenter les résultats de notre étude au sein de l'HCM et ainsi que leurs interprétations pour finir avec une série de recommandation.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Section1 : le système de santé en Algérie, et l'émergence du secteur dit ; privé.

Le système national de santé se définit comme « l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire⁵⁰».

Selon l'OMS, « un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé ». Il est dirigé par le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, et relève d'une gestion publique.

Son organisation est basée sur les principes d'égalité d'accès aux soins, de solidarité, d'équité et de continuité des prestations de santé⁵¹.

Le système sanitaire algérien est organisé autour du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), qui gère les soins hospitaliers et de santé du secteur public.

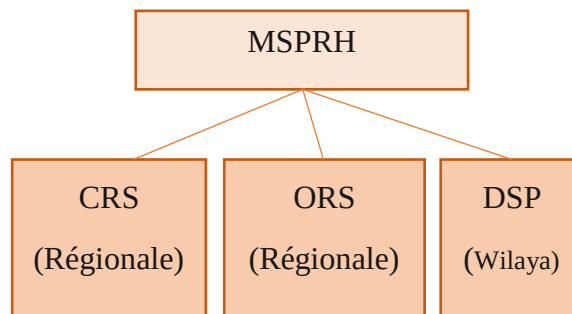
Il existe à travers le pays 5 régions sanitaires avec 5 Conseils Régionaux de la Santé (CRS) et 5 Observatoires Régionaux de la Santé (ORS). Au niveau de wilayas il y a 48 Directions de la Santé et de la Population (DSP) (une direction par wilaya).

⁵⁰ Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

⁵¹ Avant-projet de loi sanitaire, article 242.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Figure 7 le système sanitaire algérien



Source : élaboré par nos soins

1 Evolution du système de santé Algérien :

Le système de santé algérien est entré dans sa cinquantième année. Pour rappel il a été consacré dans la Constitution algérienne à travers le droit aux citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est toujours confronté à de multiples contraintes qui impactent sur son efficacité et sa performance.

L'histoire contemporaine de l'Algérie est profondément marquée par un événement majeur dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours, en l'occurrence La colonisation française (1830-1962)

2 Les différentes périodes d'évolution.

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962. Les Algériens relevaient d'un statut particulier attribué par le colon, dit « indigènes ». Les territoires majoritairement habités par ces populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

Au lendemain de l'indépendance, un état chaotique régnait sur l'Algérie et ses infrastructures, toute (ou presque) la main d'œuvre qualifiée, majoritairement

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

française se voit obligé de fuir les lieux, laissant derrière elle des établissements, des entreprises, des écoles et aussi des hôpitaux inertes aux mains d'une population dite indigène jusque-là privée de scolarisation et de toutes forme d'acquisition du savoir.

Puis par la suite, vient la forte croissance démographique (une forme de baby-boom), comme nous l'avons vu plus haut, à laquelle il fallait répondre en la prenant en charge en matière de santé.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution, s'est déroulée en quatre périodes⁵² s'étendant globalement de **1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui**

2.1 La période 1962-1972

- **1963.** Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.
- **1964.** Création de l'Institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».
- **1965.** Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966.** Instauration de prestations à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires et vaccination de masse par le BCG chez les enfants.
- **1969.** Décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la Pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était « d'assurer le monopole

⁵² Abdelkader, REMAL « système de santé en Algérie » <https://wp.me/s3swc9-27>

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques ».

- **1972.** Vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.

2.2 La période 1973-1986

•**1973.** L'année est marquée par deux mesures très importantes :

- l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins ;
- la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.

1975. L'année est marquée par :

- la programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes ;
- la mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination ;
- l'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire.

1979. Il est créé par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaires. Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de secteur sanitaire qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins.

1983. La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales certifie le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance,

1984. Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.

1986. Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires.

2.3 La période 1987-2003

- **1988.** Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.

-Le décret n° 88-204 du 18 octobre autorisant la création de cliniques privées fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement de celle-ci. (Voir annexe)

- **1989.** Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière.
- **1990.** Réalisation de « l'enquête santé » effectuée par l'Institut national de santé publique. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992.** Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques.
- **1994.** Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la Pharmacie centrale des hôpitaux.
- **1996.** Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril.
- **1998.** Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance.
- **2000.** Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.
- **2002, 2003 et 2004.** Publication d'un document « annuel » intitulé La santé des Algériennes et des Algériens.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

2.4 La période 2004-2011

- **2007.** Décret exécutif n°07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).
- **2008.** Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques.
- **2009.** Prise de mesures incitatives encourageant la dispense des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement.
- **2010.** Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011.
- **2011.** Adoption par le ministère de la Santé d'un plan national cancer.

3 L'émergence du secteur privé de la santé

Afin d'éviter toutes incompréhensions et induction en erreur, nous tenons à préciser que le secteur privé libéral dans sa composante « médecine de ville » a toujours existé à l'ombre d'un secteur public dominant. De ce fait nous ne l'incluons pas dans cette phase d'émergence.

Nous voulons nous intéresser aux hôpitaux privés, qui sont des acteurs plus importants avec plus d'influence sur le tissu sanitaire en Algérie. Par contre le nom « hôpital » n'est pas reconnu par l'Etat algérien qui a dénommé ces derniers comme étant des « cliniques ». Aucun hôpital privé ne figure dans les infrastructures de santé algériennes, comme on peut le voir dans l'article suivant :

Article 1er. - Le présent décret fixe les conditions pour la réalisation, l'ouverture et le fonctionnement des cliniques privées, dénommées ci-après "cliniques".⁵³

⁵³ Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, p. 1110.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

En 2007, un nouveau décret⁵⁴ reconnaît les cliniques privées sous la dénomination « Etablissement hospitalier privé » sous les conditions, que nous allons détailler par la suite.

3.1 Le secteur privé de la santé ; un sujet peu exploré.

Ce secteur est considéré parfois comme étant une boîte noire car les données sur sa taille, les types de prestataires, les mouvements des professionnels entre le secteur public et privé, l'origine des ressources financières, le coût et la qualité des soins, sont pauvres (Bennett 1992, kumaranayake1998, Hanson et Berman 1998, De Roodenbeke 2003, OMS 2005).

Les résultats de la revue de littérature sur les termes « cliniques privées et secteur privé des soins de santé » montrent ce déficit de recherches. Plusieurs auteurs ont souligné la carence de travaux portant sur ces questions (Claver Anne et all, 2003, Piovesan 2003). Ce sujet de recherche a été abordé de façon globale par des recherches générales portant sur la dualité des systèmes de santé. Ces études sont le fait de thèses de médecine portant sur le secteur privé dans son ensemble ou sur des approches spécifiques : l'histoire des cliniques privées, les modes de recrutement du personnel de santé, etc.

Des recherches en sciences économiques ont été consacrées à ce sujet mais toujours dans une perspective macroéconomique en apportant des éclairages sur le financement de ce secteur, la complexité des structures privées de soins ou encore sur l'évolution de leurs activités.

Des travaux dans le domaine du management des organisations ont abordé la clinique privée comme étant une organisation sanitaire à caractère spécifique (GRAPHOS)⁵⁵.

En Algérie, le secteur privé reste assez mal connu des autorités et les données le concernant sont incomplètes. Les recherches et travaux sur le secteur privé de soins

⁵⁴ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

⁵⁵ Groupe de Recherche sur les Organisations Sanitaires, Université Lyon 3, France.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

analysé sous l'angle économique sont inexistants. Cette situation est d'autant plus contraignante.

3.2 Le contexte d'émergence

Dans la plupart des pays en développement, tout comme en Algérie le secteur privé a pris une grande importance dans la fourniture des soins puisque celui-ci est vu comme complémentaire au secteur public, une complémentarité nécessaire étant donné l'état de délabrement que vit le secteur public et les dysfonctionnements le caractérisant.

Il est urgent d'intégrer la dynamique des cliniques dans la politique nationale de santé, le secteur public à lui seul serait incapable de répondre à une demande de soins de plus en plus croissante. Le secteur privé plus souple et réactif devrait être accepté comme un acteur complémentaire.

Les travaux de Mebtoul ⁵⁶ sur les cliniques privées mettent en avant trois éléments ayant favorisé l'émergence des cliniques privées :

- la captation par le secteur privé des soins d'une majorité de médecins spécialistes (gynécologues, cardiologues et chirurgiens) jouissant d'une expérience appréciable à l'hôpital ;

- l'appropriation rapide par le secteur privé des moyens techniques les plus récents (IRM, Scanner, etc.) souvent en panne ou inexistant à l'hôpital ;

- l'adhésion de l'Etat aux réformes imposées par le fonds monétaire international et la Banque Mondiale à travers le programme d'ajustement structurel. Le discours de ces institutions plaide pour l'intégration de ce secteur dans le système de santé officiel et la réforme hospitalière.

4 Le secteur privé en Algérie :

Les cliniques privées en tant que nouvelles organisations sanitaires représentent des innovations organisationnelles, marqueurs des évolutions du système de santé

⁵⁶ Sociologue à l'Université d'Oran, enseignant à l'Institut de sociologie, chercheur au Groupe de recherche en anthropologie de la santé (en 1994).

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

algérien. Elles constituent un support d'exercice des activités médicales et chirurgicales.

- L'émergence des cliniques privées

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante « cliniques privées » mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public.

Juste après l'indépendance du pays, l'Algérie s'est vue appliquée un système dit socialiste, ou tout aspect de privatisation était rejeté et représenté comme antagonique au secteur public.

L'Etat a entrepris une démarche de régularisation qui consiste à réguler les activités d'un personnel encore trop rare, conditionnés par l'exercice préalable d'un service national à plein temps porté alors à cinq ans. Par ailleurs, les médecins privés sont astreints à une mi-temps obligatoire dans le service public. L'articulation et l'interpénétration public-privé sont donc réalisées par le double système du service national et de la mi-temps. A partir de 1973 et après la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire, Un choix définitif est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé.

La crise économique qu'a connu le pays en 1986 suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures. Ce choc exogène a réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la reproduction d'un secteur public dominant et surdimensionné.

Une très forte pression démographique compressait le secteur public, qui se voyait démunie face à cette demande de plus en plus croissante et particulièrement variée. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation du mi-temps pour

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning⁵⁷.

Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté.

Un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins⁵⁸, (La capacité de la clinique doit être de quinze (15) à quatre-vingt-dix (90) lits).

« Nous distinguons les cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un médecin néphrologue⁵⁹. Certaines cliniques médico-chirurgicales assurent aussi la prise en charge des malades dialysés. »⁶⁰

« Depuis la promulgation de la nouvelle carte sanitaires en 2007, les cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP). L'article 2 du décret exécutif n°07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités(s) exercée(s) les activités suivantes : la consultation ; l'exploration et le diagnostic ; les urgences médicales et/ou médico-chirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical. »⁶¹

⁵⁷ Mesure contraignant les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire.

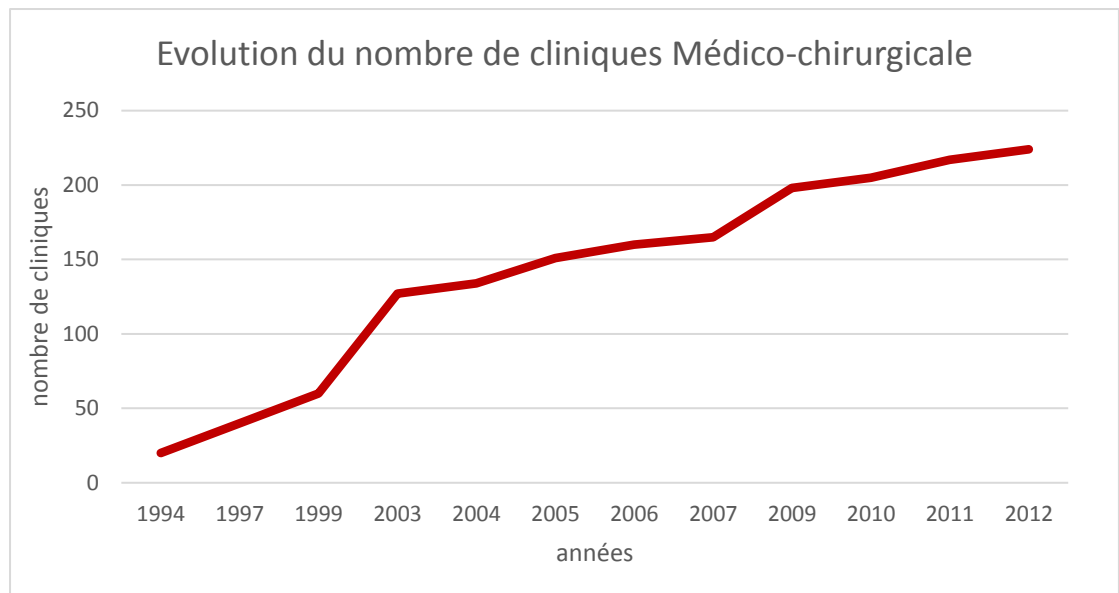
⁵⁸ Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées

⁵⁹ Un autre type d'établissement dénommé Centre d'Hémodialyse Allégé de Proximité (CHAP) existe et qui peut être exploité par un médecin généraliste ayant suivi une formation de base en néphrologie.

⁶⁰ Ahcène ZEHNATI, *Les cahiers du CREAD* n°105/106-2013.

⁶¹ Idem.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré par nos soins

5 Présentation de l'hôpital Chahid Mahmoudi

En 1994, Dr Mahmoudi Saïd a débuté son activité en ouvrant un centre spécialisé dans l'imagerie médicale situé au boulevard Frères Belhadj, Tizi Ouzou où lui-même exerçait sa profession, entouré d'un nombre restreint de collaborateurs.

Seize ans (2010) plus tard il a été décidé de faire une extension de son activité en investissant, dans la construction d'un hôpital privé qui portera le nom de tous les défunts Mahmoudi tombés sur le champ d'honneur lors de la guerre de libération algérienne, et ce pour leur rendre hommage. Cet établissement a été inauguré cinq ans (2015) après le début des travaux en ouvrant certains services, pour finaliser les travaux par la suite en 2016.

L'Hôpital Chahid Mahmoudi est situé au 01 Bd, Krim Belkacem Nouvelle-Ville Tizi Ouzou (ex Bastos). C'est un établissement hospitalier spécialisé dans le diagnostic et le traitement des pathologies cancéreuses, basé sur une approche multidisciplinaire et multimodale intégrée pour la prise en charge du patient.

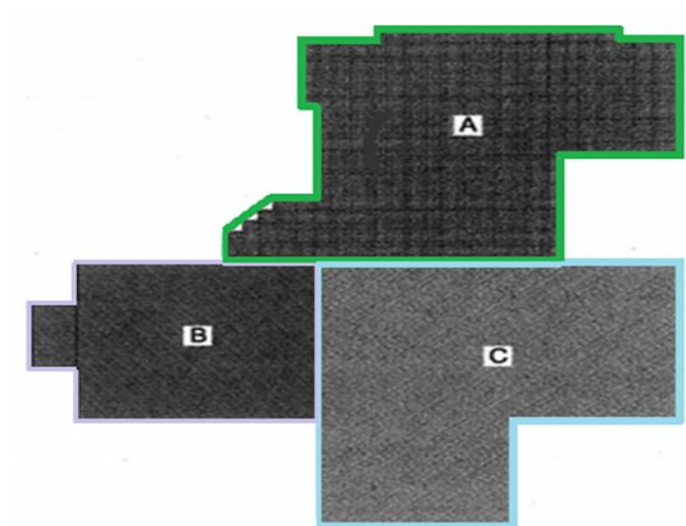
Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Son objectif est de prodiguer des soins de qualité et de conférer au malade un confort, un suivi et une sécurité optimale durant sa prise en charge. Le HCM vise à être un pôle d'excellence où la préoccupation thérapeutique centrale est le cancéreux et pas seulement le cancer.

5.1 Infrastructures et corps de métiers :

L'hôpital est composé de trois bâtiments séparés par des joints de dilatation avec intercommunication par des portes coupe-feu. Deux bâtiments sont composés de cinq niveaux et de trois sous-sols, un bâtiment composé d'un sous-sol et de cinq niveaux.

Figure 8 Représentation globale des bâtiments composants HCM



Source : documents fournis par l'hôpital.

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

L'hôpital présente deux accès :

- Un accès Nord donnant sur le rez-de-chaussée.
- Un accès sud donnant sur le deuxième niveau.

Il dispose de quatre ascenseurs dont l'un d'une capacité de 1600 kg capable de transporter un malade avec son lit d'hospitalisation et d'un monte-linge. La circulation verticale est privilégiée et les flux des personnes est optimisé. Doté d'un pôle énergétique avec un poste électrique de 2400 kVA et de deux groupes électrogènes d'une capacité de 1500 kVA chacun, d'une station de traitement d'air et d'un poste de gaz naturel, un système de gestion technique centralisée (GTC), un système incendie, un système de désenfumage et d'un système de vidéo surveillance de 82 caméras pour la sécurité de l'établissement et des personnes.

L'hôpital dispose de tous les moyens d'acheminement et d'évacuation des malades (Véhicule Sanitaire léger, Ambulance, Ambulance médicalisée) et d'un hélicoptère. L'accès aux malades et véhicules est très facile et tous les moyens d'assistance aux patients sont disponibles.

5.1.1 Infrastructure :

L'hôpital Chahid Mahmoudi est une structure moderne qui réponds à des normes architecturales mondiales de par la qualité de ses composantes et sa dimension esthétique.

L'établissement est composé de plusieurs services répartis comme suit :

▪ Sous-sol : avec une emprise de 2600 m² au sol.

- **Radiothérapie :**
 - Deux accélérateurs linéaires de 18 MV
 - Une salle de dosimétrie
 - Un Scanner simulateur
 - Deux cabinets de consultation
 - Une salle de staff
 - Une salle d'attente

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

- **Médecine Nucléaire**

- Une Gamma-caméra
- Un Laboratoire chaud
- Deux salles d'injection
- Une salle d'épreuve d'effort
- Une salle d'attente

- **Imagerie Moléculaire**

- Deux PET-scan
- Six salles d'injection
- Un Laboratoire Chaud
- Une salle d'attente

- **Unité de production de radiopharmaceutiques pour la modalité PET**

- Cyclotron de 16 MeV
- Un Labo chaud de synthèse et de production de radiopharmaceutique
- Un Laboratoire de contrôle de qualité

Le sous-sol présente quatre issues de secours répondant aux normes et aux critères exigés (anti-incendie)

- **Rez-de-Chaussée**

- **Pavillons des Urgences Médicochirurgicales**

- **Imagerie Médicale A**

- Deux IRM
- Deux Scanner
- Deux Salles de Radiologie
- Trois Salles d'échographie

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

▪ 1^{ère} Etage

- **Laboratoire d'analyses biologiques**
- **Deux blocs opératoires**
- **Imagerie Médicale B**
 - Une salle d'angiographie
 - Deux salles de mammographie
 - Un ostéo-densitomètre
 - Une Salle de Radiologie

▪ 2^{ème} Etage

- **Deux blocs opératoires**
- **Une morgue**
- **Un restaurant**
- **Un bloc administratif**

▪ 3^{ème} Etage

- **Salle de conférence**
- **Poste de standard téléphonique et de la télésurveillance**
- **Une unité d'oncologie médicale avec 22 lits (hôpital du jour)**
- **Une unité de consultation externe avec trois cabinets de consultation**

▪ 4^{ème} Etage

- **Service de Cardiologie**
 - Deux blocs opératoires
 - Quatre lits de réanimation
- **Service d'hospitalisation de 10 lits**

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

▪ 5^{ème} Etage

- Une unité d'hospitalisation de 10 lits
- Une unité d'hospitalisation de 10 lits

▪ 6^{ème} Etage

- Une unité d'hospitalisation
- Local technique
- Une unité de consultation externe avec trois cabinets de consultation

▪ 7^{ème} Etage

- Un Laboratoire d'anatomopathologie
- Un Laboratoire de cytologie
- Un Laboratoire de bactériologie
- Un Laboratoire de génie génétique

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Tableau 6 Récapitulatif des services avec leur localisation dans les différents bâtiments

	Bloc A	Bloc B	Bloc C
Sous-sol	Buanderie/ Département PET/CT	Médecine Nucléaire	Radiothérapie
Rez-de-chaussée	Urgence	Imagerie Médicale	Imagerie Médicale
Etage 1	Bloc opératoire	Laboratoire Biologie ouvert au public	Pharmacie Centrale Imagerie & Unité lecture Traitement de l'Image
Etage 2	Bloc opératoire	Cuisine - Restaurant	Morgue / Administration
Etage 3	Unité Chimiothérapie	Consultation externes	Séminaire/caféteria/ Serveur PACS- Reproduction
Etage 4	Hospitalisation	Service de Réanimation	Unité Cardiologie – Salle KT et Bloc opératoire
Etage 5	Hospitalisation	Hospitalisation	Hospitalisation
Etage 6	Locaux techniques	Hospitalisation	Hospitalisation
Etage 7		Laboratoire d'Anatomopathologie	Laboratoire Microbiologie

Source : documents fournis par HCM

Chapitre III : Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

5.1.2 Les corps de métiers :

Les acteurs hospitaliers, notamment le corps médical, le personnel paramédical et administratif représentent l'ossature du système hospitalier étant donné que l'activité est dépendante d'une utilisation massive du personnel.

Le personnel de HCM est composé majoritairement de médecins spécialistes, de médecins généralistes, d'un personnel paramédical, administratif et technique.

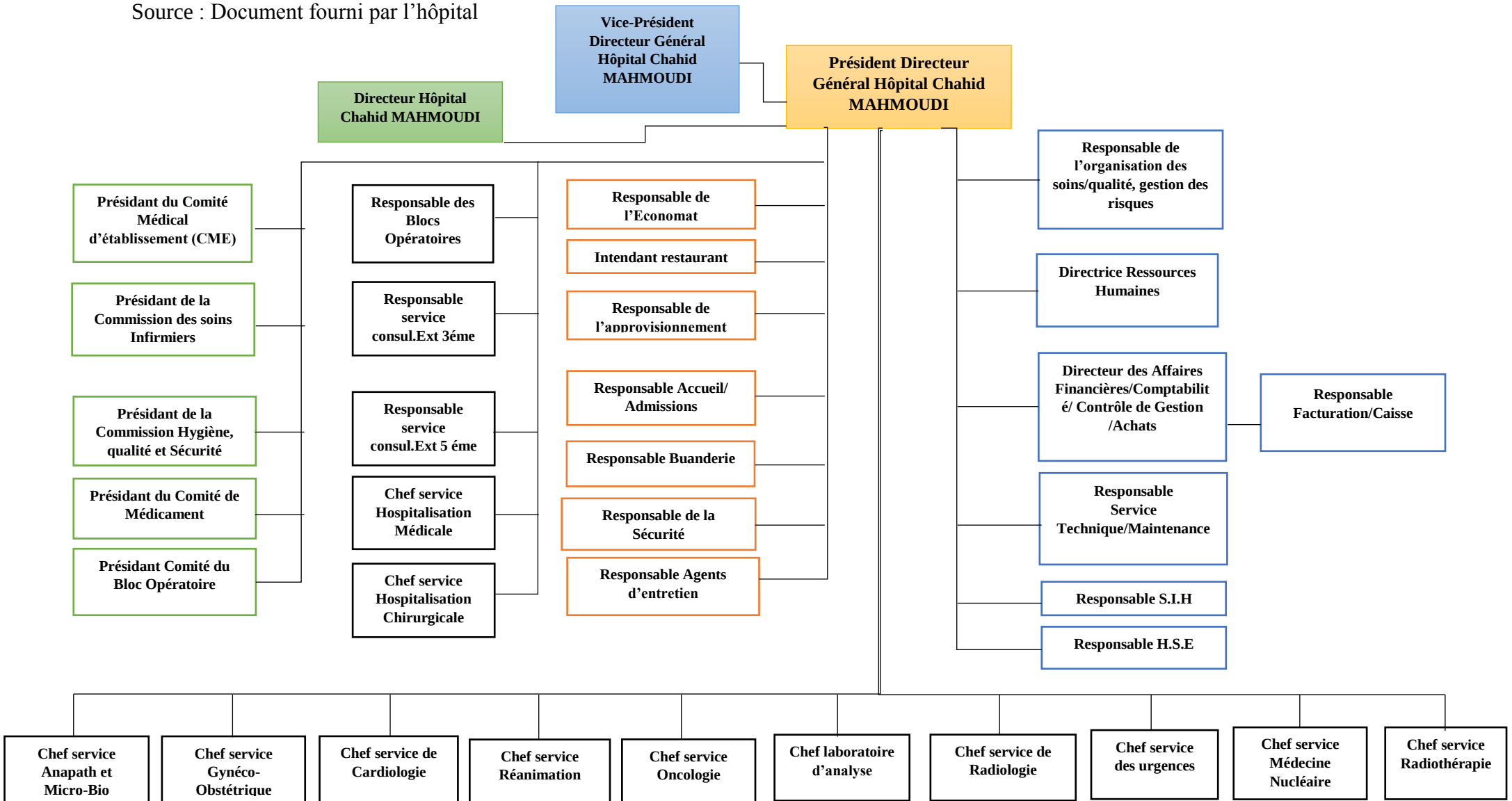
L'effectif de l'hôpital tous corps confondus est de 292 employés.

5.2 Organigramme de l'hôpital Chahid Mahmoudi :

L'organigramme de l'hôpital est une représentation graphique des différents liens fonctionnels, et hiérarchiques qui existe au sein de ce dernier.

Chapitre III : le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi

Source : Document fourni par l'hôpital



Chapitre III : le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi

Section 2 : le développement d'un management hospitalier au sein de L'hôpital Chahid Mahmoudi.

Le cadre théorique approché dans la deuxième section du deuxième chapitre nous a servi de base dans la conduite de notre enquête. Cette dernière nous a permis de faire une collecte de données et de procéder à des entretiens auprès de quelques responsables, avec observation dans les différents services afin de présenter l'HCM et ses services. Toutefois, cette enquête doit être complétée par un questionnaire qui va permettre d'approcher le plus d'effectifs possible et de faire l'état des lieux de l'établissement concernant son fonctionnement, son organisation et d'identifier les principaux dysfonctionnements pour nous permettre d'évaluer avec le plus de précision possible la performance organisationnelle de cet hôpital.

1. Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée

Toute enquête nécessite une méthodologie afin d'aboutir aux résultats recherchés qui nous aideront dans la rédaction finale des comptes rendus.

1.1 Contenu de l'enquête

Dans un premier temps, nous avons commencé par observer de manière globale les interactions entre le personnel, quelques pratiques de gestion, du moins les plus apparentes, l'état des lieux etc.

Puis nous avons procédé à des entretiens avec certains cadres hiérarchiques pour justifier ou non les résultats de nos observations et avoir des données qui nous ont échappé lors de l'observation ; par manque de vision ou de temps.

Pour finir nous avons opté pour la technique du questionnaire qui consiste à poser aux personnels de l'HCM, une série de questions relatives à leurs fonctions 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. Cette méthode appelle 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. Cette méthode convient particulièrement lorsqu'il s'agit d'analyser le

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

fonctionnent d'un établissement et que l'on pense pouvoir mieux le cerner à partir d'informations collectées auprès du personnel de l'établissement.

Nous allons essayer de croiser les résultats de ces trois démarches afin d'arriver à des conclusions se rapprochant le plus de la réalité lors de l'interprétation des résultats statistiques.

1.2 Choix et constitution de l'échantillon

Nous avons approché par questionnaire 64 employés de l'HCM, hommes et femmes. Nous avons donc, choisi de rencontrer quatre principales catégories « corps médical-personnel paramédical-personnel administratif et personnel technique ».

Tableau n° 7 Récapitulatif du nombre de questionnaires par service

Catégorie d'acteur	Personnel médical	Personnel paramédical	Personne administratif	Personnel technique
Le nombre d'effectif Questionnés	10	22	21	11

Source : élaboré par nos soins

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

2. Résultat de l'enquête et analyse statistique :

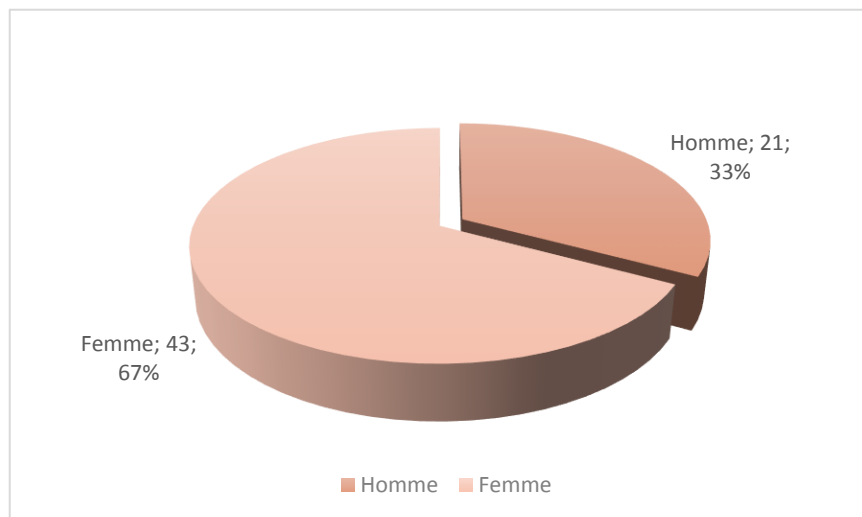
Il s'agit principalement de rendre toutes les informations recueillies exploitables en les présentant sous forme de données chiffrées dans des tableaux et graphiques dont l'analyse permettra de tirer des résultats. Pour le traitement des données, nous avons utilisé Excel.

2.1 Analyse de la motivation organisationnelle :

Il n'existe pas deux organisations semblables. Chacune a une histoire, une mission, une vision d'avenir, une culture et un système de mesure d'incitation.

Genre :

- ☐ Femme
- ☐ Homme

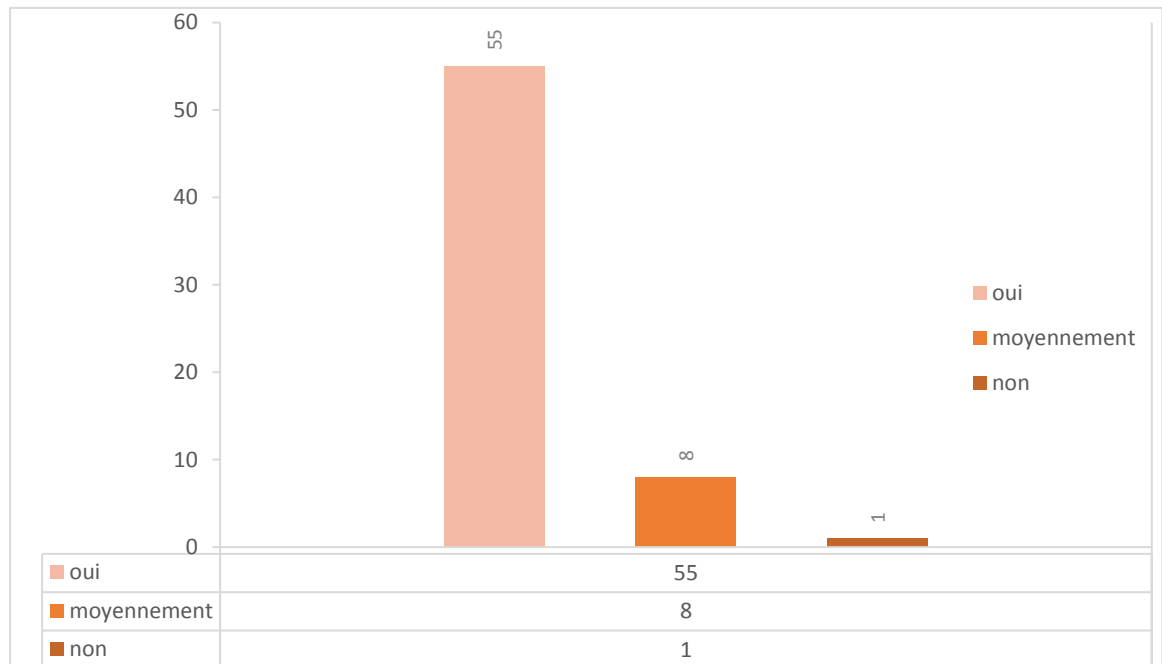


Source : élaboré à partir de notre questionnaire.

1- Etes-vous facilement intégrés au sein de l'hôpital ?

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

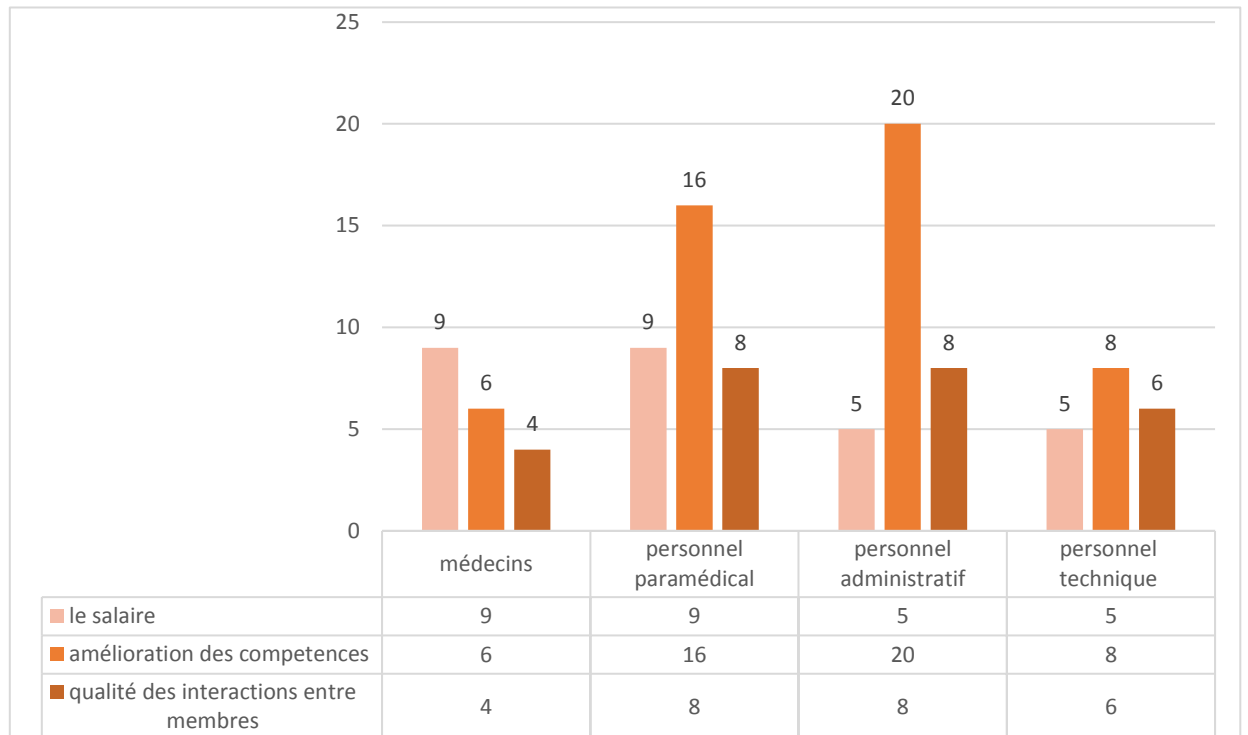
Constat :

- 55 employés (85%) sont facilement intégrés au sein de l'HCM.
- 8 employés (13%) le sont moyennement.
- 1 employé (2%) se voit mal intégrée.

2- Qu'est-ce qui vous motive le plus ? (Question à choix multiple)

- ☐ Le salaire.
- ☐ L'amélioration de vos compétences.
- ☐ La qualité des interactions avec vos collègues et supérieurs.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

Pour le corps médical

- 9 employés (90%) sont motivés par le salaire
- 6 employés (60 %) sont motivés par l'amélioration de leurs compétences.
- 4 employés (40%) sont motivés par la qualité des interactions entre collègues et supérieurs

Pour le corps paramédical.

- 9 employés (41 %) sont motivés par le salaire
- 16 employés (73 %) sont motivés par l'amélioration de leurs compétences.
- 8 employés (36 %) sont motivés par la qualité des interactions entres personnels

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Pour le corps administratif

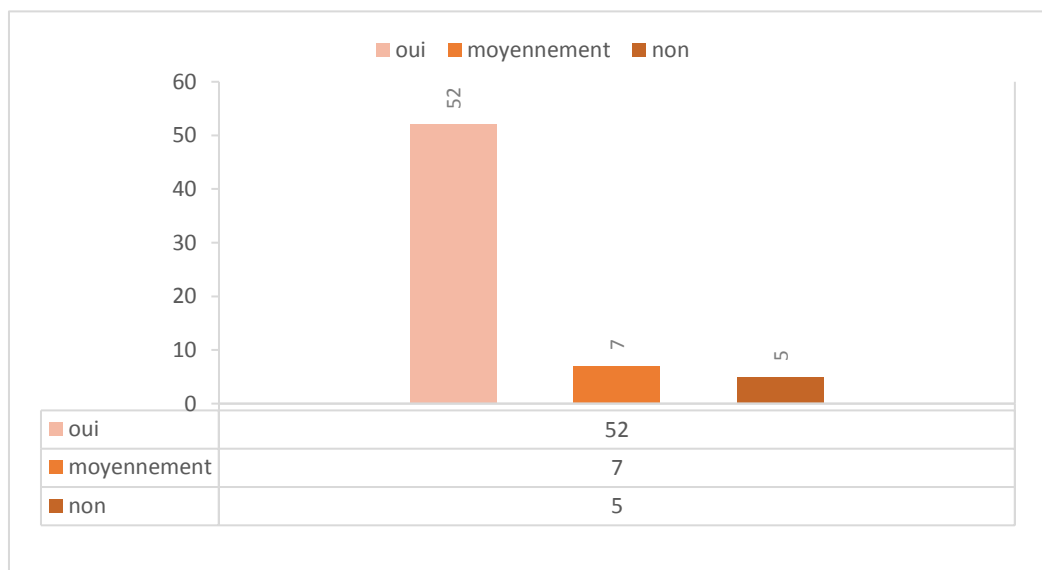
- 5 (24%) employés sont motivés par le salaire.
- 16 (76%) employés sont motivés par l'amélioration de leurs compétences.
- 8 (38%) employés sont motivés par la qualité des interactions entre personnels

Pour le corps technique

- 5 employés (45%) sont motivés par le salaire
- 8 employés (73%) sont motivés par l'amélioration de leurs compétences.
- 6 employés (54%) sont motivés par la qualité des relations entre les membres.

3- Existe-t-il une entraide entre les membres ?

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

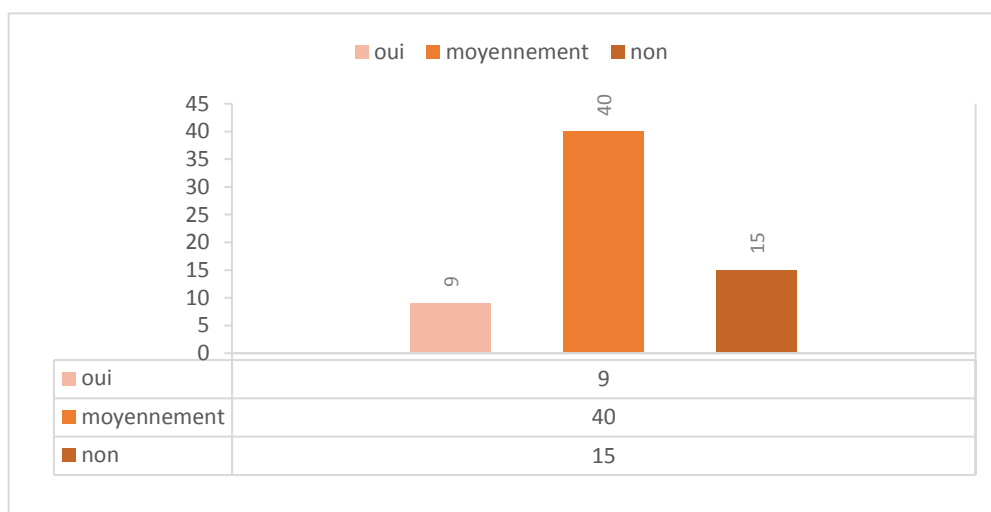
Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Constat :

- 52 (81%) personnes trouvent qu'il existe une entraide entre les membres.
- 7 (11%) personnes le trouvent moyennement
- 5 (8%) personnes trouvent qu'il n'existe pas du tout d'entraide.

4- Est-ce que vous êtes convenablement rémunérés ?

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

- 9 (14%) personnes trouvent qu'elles sont bien rémunérées
- 40 (63%) personnes le trouvent moyennement.
- 15 (23%) personnes se voit mal rémunérées.

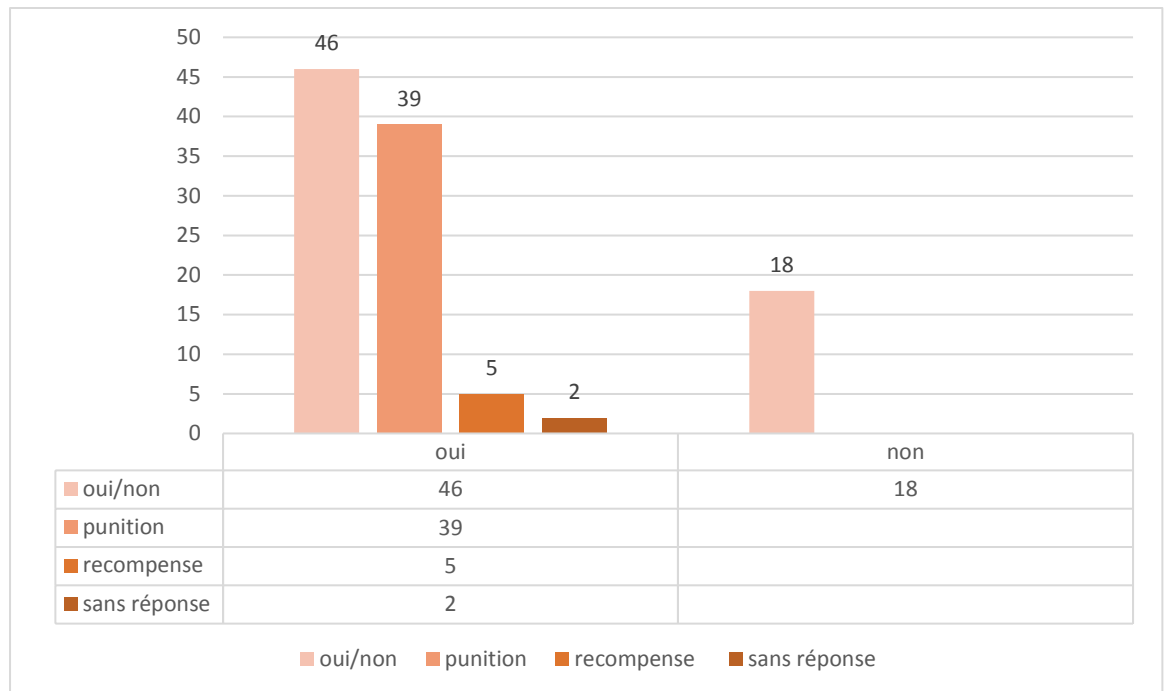
5- Existe-t-il un système de mesure d'incitation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui :

- ☐ De récompense
- ☐ De punition

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

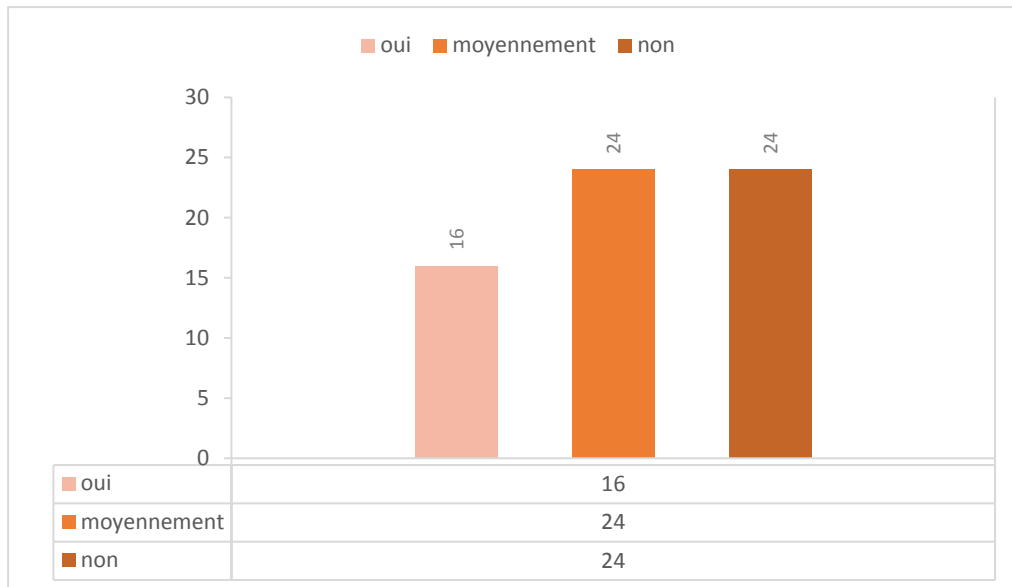
Constat :

- 46 (72%) employés stipulent qu'il existe un système d'incitation
- 18 (28 %) employés stipule le contraire.
- Sur les 46 employés qui ont dit oui, 39 (85%) employé déclarent uniquement l'existence d'un système de punition. 5 (11%) employés disent qu'il existe un système de récompense et 2 (4%) employés restent sans avis.

6- En votre statut d'employé, existe-il une équité quant au traitement des employés ?

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir du questionnaire

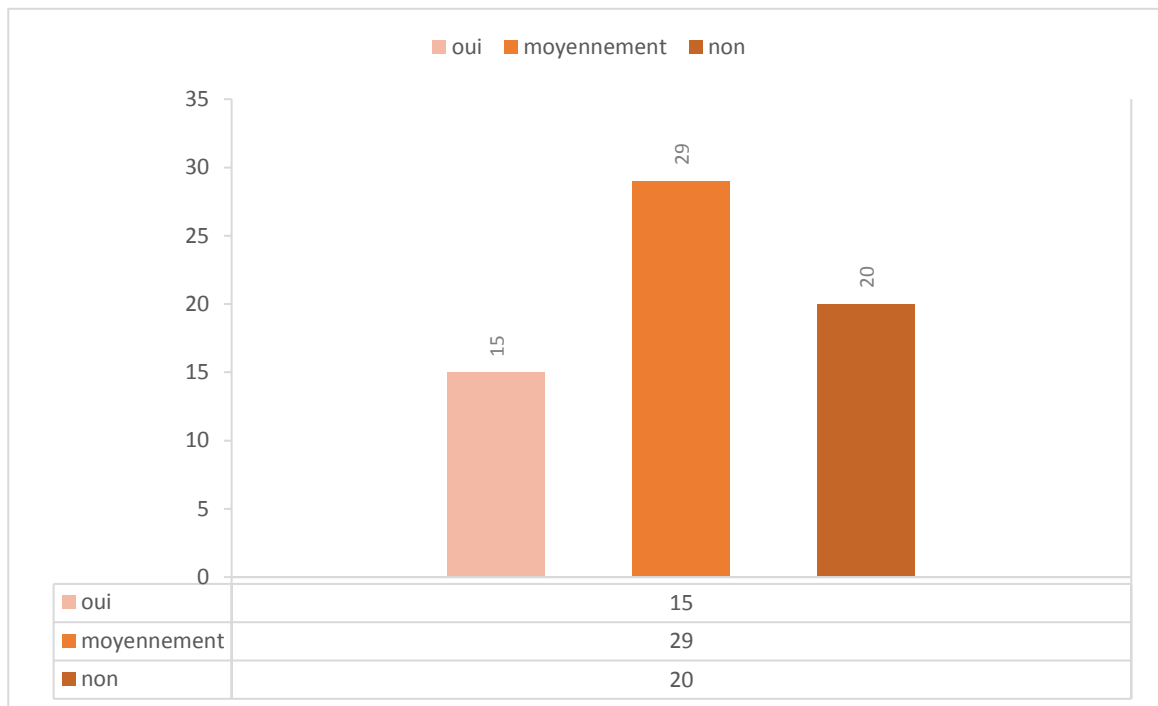
Constat :

- 16 employés (25%) pensent qu'il existe une équité au sein de l'hôpital.
- 24 employés (37.5%) pensent qu'ils ne sont pas tout à fait traités avec équité.
- 24 employés (37.5%) pensent qu'il n'existe pas d'équité au sein de l'hôpital
-

7- Estimez-vous que vos supérieurs soient à l'écoute de vos revendications ?

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire.

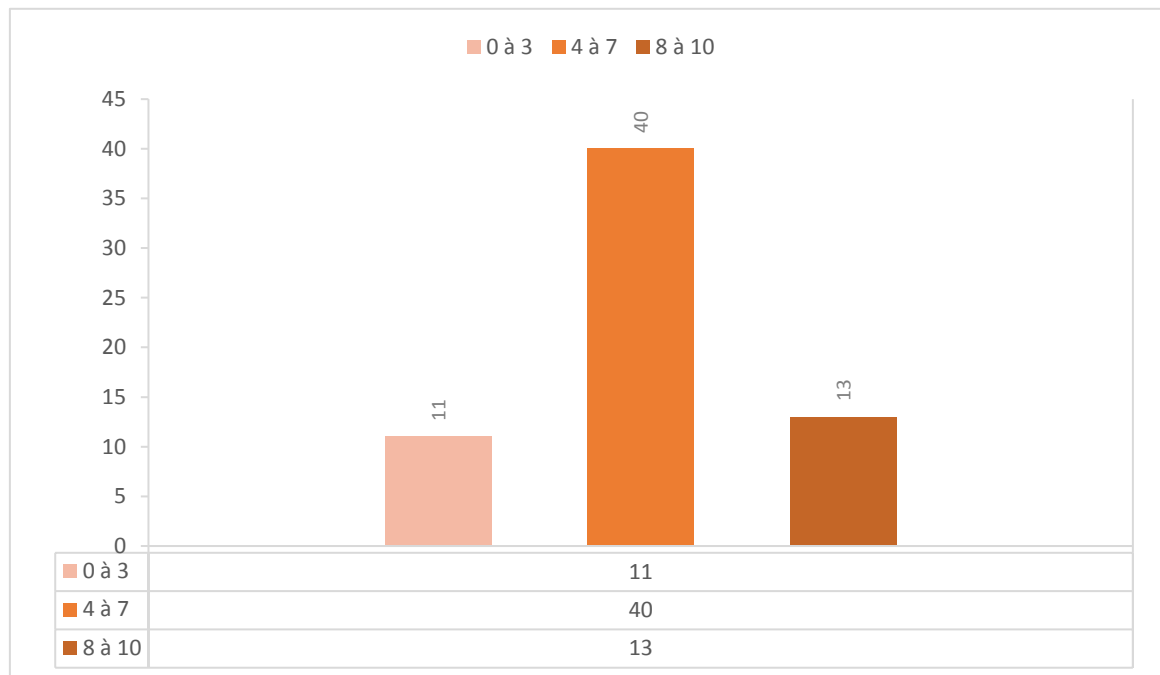
Constat :

- 15 employés (23 %) estiment que leurs supérieurs sont à leur écoute
- 29 employés (45%) jugent que leurs supérieurs sont moyennement à leur écoute
- 20 employés (31%) disent que leurs supérieurs ne sont pas à leur écoute

8- Sur une échelle de 0 à 10, de combien notez-vous l'atmosphère générale qui règne au sein de l'hôpital ?

- ☐ 0 à 3
- ☐ 4 à 7
- ☐ 8 à 10

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

- 11 employés (17%) notent de 0à3 l'ambiance générale de l'organisation.
- 40 employés (63%) notent de 4à7 l'ambiance générale de l'organisation
- 13 employés (20%) notent de 8à10 l'ambiance générale de l'organisation.

Interprétation des résultats et commentaires :

D'après ces résultats, les entretiens avec les interviewés et nos observations, nous constatons :

- Presque la majorité du personnel avec un taux de 85% est parfaitement intégré au sein de l'organisation, ce que nous confirmons avec nos observations et entretiens.
- Nous avons observé aussi un personnel généreux dans son comportement et ses pratiques, chacun aide l'autre à mieux effectuer sa tâche, ce qui est confirmé avec une affirmation de 81 % du personnel, tous corps confondus.
- La motivation matérielle est de loin celle recherchée par les employés à l'exceptions des médecins qui trouvent que le salaire est leur seule motivation avec un taux de 90%. Pour

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

les paramédicaux, les administrateurs et les techniciens, leur motivation principale est l'amélioration de leurs compétences avec des taux distribués respectivement de 73%, 76% et 73%. Au contraire après observation et entretiens le salaire reste une variable démotivante pour le personnel qui se voit moyennement rémunéré avec un taux de 63% de réponse mis à part une grande partie des médecins.

- Presque la moitié (45%) des interviewés considèrent que la communication verticale n'est pas optimale avec la direction : à l'insuffisante présence de l'équipe de direction sur le terrain, s'ajoutant des défauts de concertation et d'écoute entre la hiérarchie et le personnel que celui-ci juge avec un taux de 45 %. De plus, après observation nous remarquons la non définition des tâches des cadres dirigeants où par exemple le DG effectue des tâches normalement accomplies par un DRH, ce qui nuit à la prise de décisions et certainement crée un manque de cohésion. Après entretien avec le vice-président directeur général, nous avons observé une volonté de rétablir cette faille liée à la communication en instaurant une démarche consistant à mettre en place des comités organisationnels qu'il a lui-même qualifié comme « *le début de la solution* » qui favorisera la proximité avec le personnel et fortifiera la communication dans les deux sens (annexe : organigramme des comités).
- Quant à l'équité au sein de l'organisation, les avis sont partagés mais tendent principalement vers un manque d'égalité envers le personnel, tous corps confondus, 75 % des répondants sont partagé pareillement entre un traitement moyen (37.5%) et un non catégorique (37.5%). Toutefois nos observations n'ont pas relevé ce manque d'équité.
- Pour ce qui concerne les mesures d'incitations, 72% confirment l'existence d'un système de mesure d'incitation, le problème est un peu plus loin, en approfondissant la question 85 % des répondants (oui) déclarent qu'il n'existe qu'un système d'incitation de sanction, ce qui a été confirmé par l'observation. Peut-on punir sans récompenser ? ou faudrait-il trouver le juste milieu ?

Nous pouvons dire ; que la principale motivation du personnel que nous retenons est bien l'amélioration de ses compétences, mais nous ne pouvons pas dire que c'est bénéfique pour l'organisation puisque cela revient juste à l'individu lui-même, qui se voit acquérir des compétences et un savoir-faire. La question à se poser : est-ce que cela les motivera sur le long

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

terme ? l'hôpital n'est pas une école de formation où le premier objectif est la formation du personnel.

Une rotation des postes sera constatée, puisque le personnel une fois formé quitte l'organisation par faute de motivation, l'organisation se verra obligée de recruter puis de former encore une fois ce nouveau personnel, ce qui engendre d'énormes coûts, et influence négativement la performance organisationnelle.

2.2 Analyse du contexte porteur :

Les organisations n'existent pas en vase clos. Chacune existe dans un contexte particulier dont les multiples facettes influent sur elle et sur sa performance.

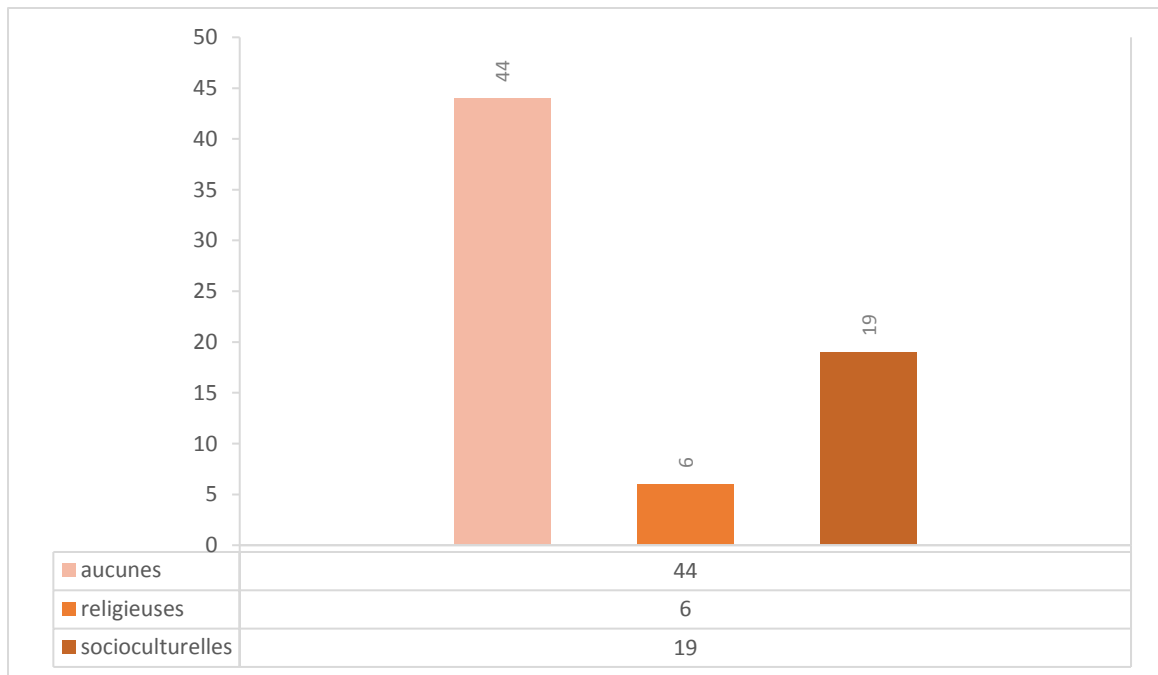
Ce contexte est difficile à analyser vu la pluralité des variables à prendre en considération surtout les variables externes démesurées ne facilitant pas leur analyse ; le contexte politique, économique, juridique du pays... qui gouvernent le fonctionnement de l'organisation.

Nous allons tout de même essayer d'approcher certaine dimension de ce contexte qu'on pourra facilement observer ou récolter des données les concernant.

1- Quelles sont parmi ces variables celles qui influent sur votre comportement ?

- ☐ Aucunes
- ☐ Religieuses
- ☐ Socioculturelles

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

- 44 employés (69 %) déclarent qu'aucunes valeurs n'influencent leurs comportements au sein de l'organisation.
- 6 employés (9%) trouve que les valeurs religieuses influencent leurs comportements.
- 19 employés (30%) n'excluent pas l'influence des valeurs socioculturelles sur leurs comportement.

Interprétation des résultats et commentaires :

D'après ces résultats, les entretiens avec les interviewés et nos observations, on constate :

- Les codes implicites qui influencent les comportements des individus au sein de l'organisation peuvent avoir un impact considérable sur celle-ci, au sein de l'HCM. 69% du personnel jugent ne pas être influencés par aucune des valeurs qu'elles soient religieuses ou socioculturelles. Pour les 30% considérant l'influence des variables socioculturelles sont pour la majorité des employés femmes (corps paramédical et

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

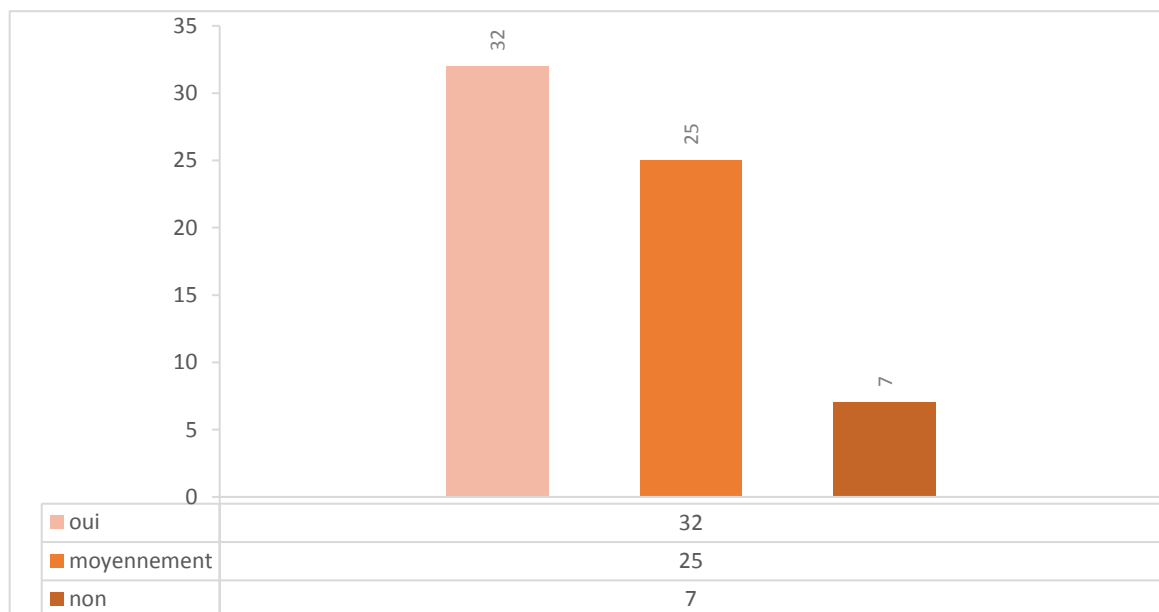
administratifs) qui se plaignent du volume horaire, jugeant celui-ci contraignant vis-à-vis de leur entourage et de la société.

2.3 Analyse de la capacité

La capacité organisationnelle est la mesure dans laquelle une organisation utilise ses ressources pour être performante.

1- Jouissez-vous de toutes les commodités nécessaires pour une exécution optimale de votre/vos tâche(s)

- ☐ Oui
- ☐ Moyennement
- ☐ Non



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

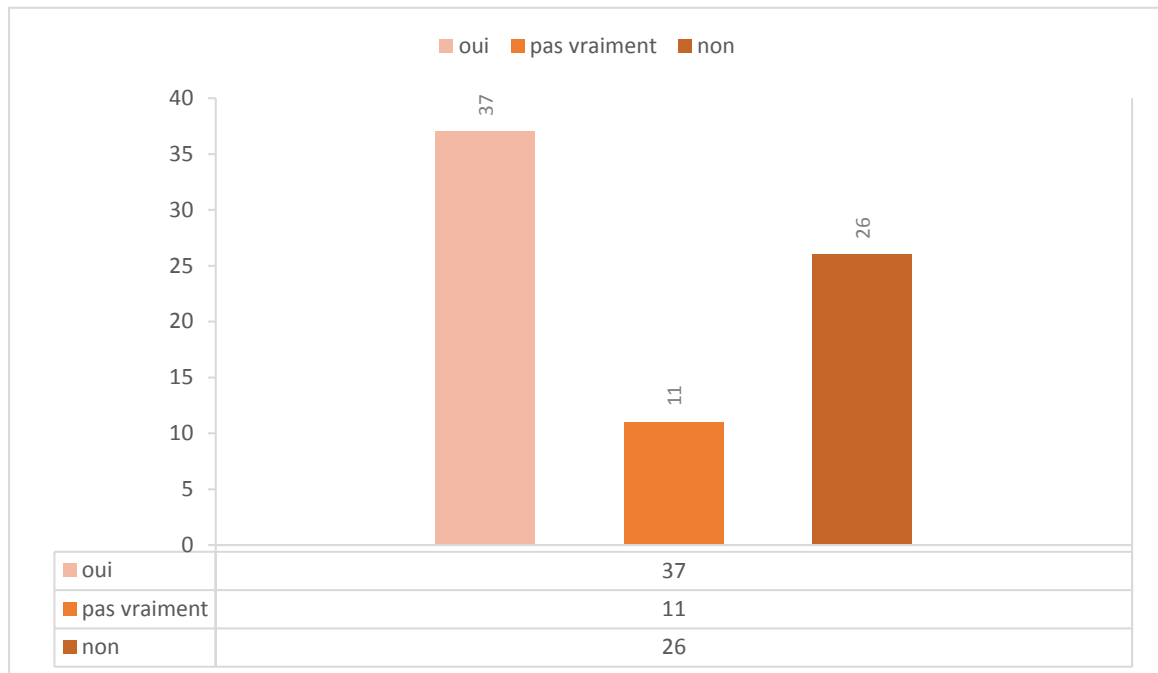
Constat :

- 32 employés (50%) trouve qu'ils disposent de toutes les commodités nécessaires pour effectuer leur travail de manière optimale
- 25 employés (39%) juge la disponibilité des commodités moyenne.
- 7 employés (11%) déclarent ne pas avoir les commodités nécessaires pour effectuer leur travail de manière optimale.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

2- Avez-vous eu la formation adéquate au poste que vous occupez ?

- ☐ Oui
- ☐ Pas vraiment
- ☐ Non



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

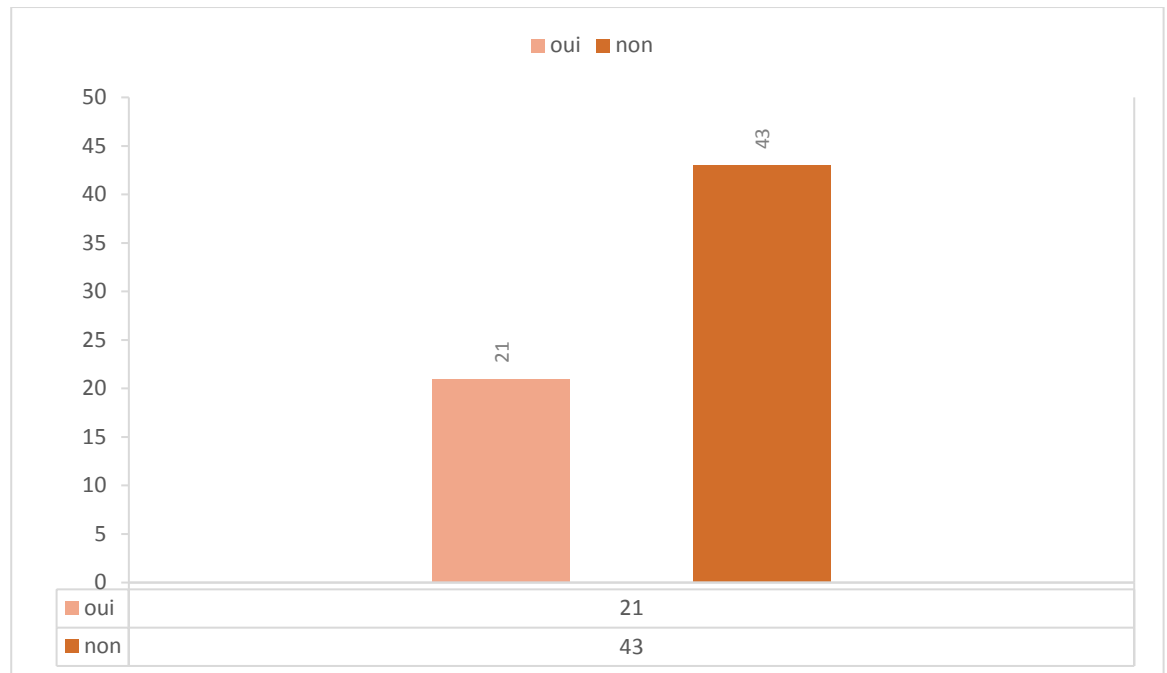
- 37 employés (58 %) ont eu la formation adéquate au travail qu'ils occupent au sein de l'hôpital.
- 11 employés (17%) n'ont pas vraiment eu la formation adéquate au travail qu'ils exécutent.
- 26 employés (41 %) n'ont pas eu la formation adéquate au travail qu'ils effectuent au sein de l'HCM.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

3- Avez-vous bénéficié d'une formation offerte par l'hôpital ?

☐ Oui

☐ Non



Source : élaboré à partir des données du questionnaire.

Constat :

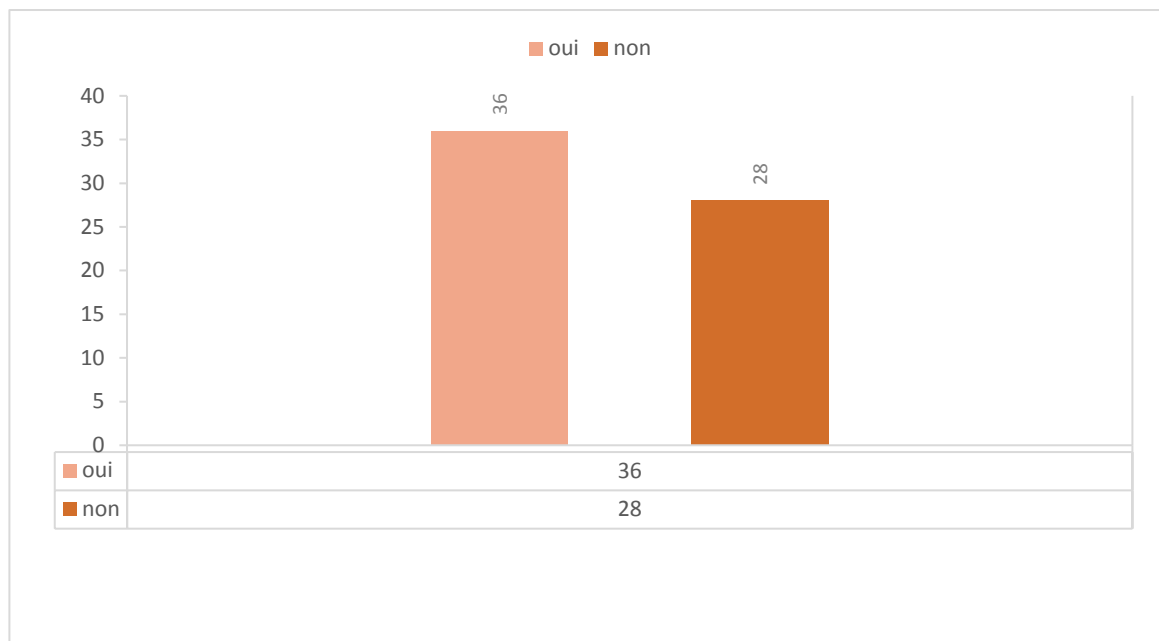
- 21 employés (33%) ont été formés par l'hôpital.
- 43 employés (67%) n'ont pas reçu de formation par l'hôpital.

4- Voyez-vous possibilité de faire carrière dans cet hôpital ?

☐ Oui

☐ Non

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaires

Constat :

- 36 employés (56%) ne voient pas la possibilité de faire carrière dans l'hôpital.
- 28 employés (44%) voient une possibilité de faire carrière au sein de l'hôpital.

5- Comptez-vous rester au sein de l'organisation ?

☐ Oui

☐ Non

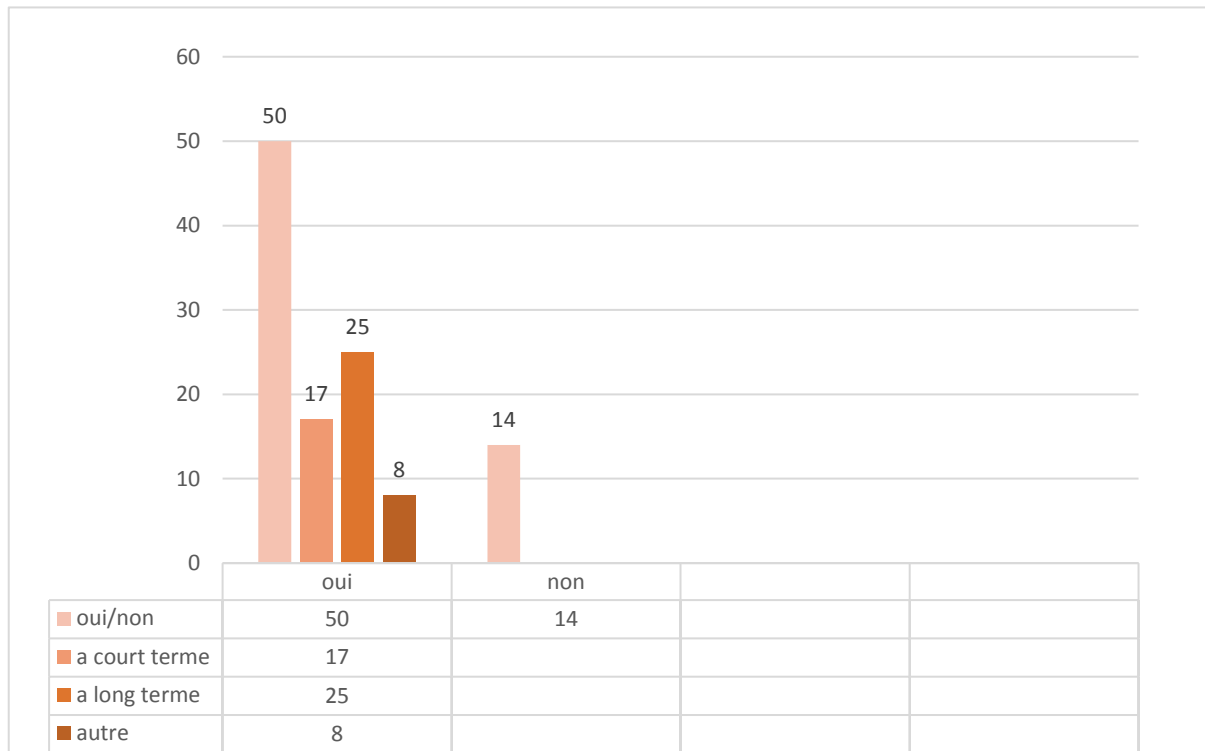
Si oui :

☐ A court terme

☐ A long terme

☐ Autre

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.



Source : élaboré à partir des données du questionnaire

Constat :

- 50 employés (78%) pensent rester au sein de l'organisation (34%) à court terme et (50%) à long terme.
- 14 employés (22%) ne se voient pas restés au sein de l'organisation.

Interprétation des résultats et commentaire :

- Nous constatons que 50% des employés interrogés disent avoir toutes les commodités nécessaires pour effectuer de manière optimale leur travail au sein de l'organisation, ce que nous confirmons après observations puisque nous sommes frappés par la qualité du matériels utilisés son adéquation parfaite avec le travail effectué et sa disponibilité auprès des usagers, ce qui n'explique pas les 39% et 11 % qui affirment un manque de commodités.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

- Après observation des lieux, nous constatons une infrastructure moderne qui rivalise ses pairs à l'échelle nationale voir continentales, doté d'une technologie de pointe qui d'ailleurs représente un avantage concurrentiel pour l'organisation, ce qui a été confirmé aussi par le vice-président directeur général de l'HCM.
- Concernant la ressource humaine au sein de l'HCM, nous remarquons un réel problème d'adéquation entre l'offre et la demande de travail, que nous pouvons expliquer par deux approches :
 - La première supposition à émettre est le manque d'accès à un marché du travail qui réponde aux besoins des organisations en matière de ressource humaine, qui est un problème externe à l'organisation sur lequel celle-ci n'a pas vraiment d'influence, mais elle pourra y remédier en formant son personnel.
 - La deuxième supposition à émettre est qu'il y'a un dysfonctionnement au niveau du recrutement du personnel, ou les compétences ne sont pas mises en valeur.
- Nous remarquons que plus de la moitié des employés n'ont pas reçu de formation offerte par l'hôpital avec un pourcentage de 67%. Mais nous pouvons justifier cela par l'âge de l'organisation qui ne dépasse pas encore les 4 ans et dire que l'établissement a entrepris une démarche de formation du personnel et a déjà formé 33% de l'effectif étudié. Nos observations nous mènent aussi à une conclusion concernant la politique de formation entreprise par l'hôpital : la formation par priorité, presque tous le personnel administratif (secrétaire médicale) a été formé pour manipuler les outils lui permettant de mener à bien leur travail, même si cela reste dans l'informel et dans le verbale.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Recommandation :

Au terme de l'analyse des résultats et après observation et entretiens fait au préalable, nous nous permettons de faire quelques recommandations et suggestion à l'hôpital. Cela dans le but d'améliorer certains points organisationnels afin d'améliorer sa performance.

- Favoriser la communication avec le personnel, celui-ci représente une richesse pour l'hôpital. On remarque un attachement entre collègues, où nous retrouvons comme une ambiance familiale. Mieux les « considérer » les motivera à s'attacher aussi à l'organisation.
- Procéder à une amélioration (méritée) des salaires, surtout pour certaines catégories qui s'en plaignent voir ; le personnel administratif, personnel paramédical et personnel technique.
- Revoir le système de mesure d'incitation, la punition est certainement l'acte adéquat dans certaines situations mais la récompense est tout aussi convenable dans d'autres. Le mot « accusé » est propre à un tribunal pas à un hôpital !
- Essayer de revoir le volume horaire des salariés en prenant en considération la spécificité du service ; en instaurant par exemple un système de permanence assuré par effectif moindre.
- Garder un œil attentif quant à la rotation des postes, le phénomène du *turn over* menace l'organisation dans le court terme si cela n'est pas encore déclenché.
- Redéfinir les tâches de certains postes hiérarchiques importants afin qu'une cohésion des décisions soit atteinte.
- Conserver ce rythme de veille sur l'hygiène qui est irréprochable.

Chapitre III : Le Management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.

Conclusion :

Cette enquête, même si elle s'appuie sur un échantillon limité de personnes questionnées et interviewées rajoutés a ça la contrainte du temps, elle apporte quelques réponses à notre problématique.

Nos observations nous ont permis de cerner le climat général qui règne au sein de l'établissement et de dénicher quelques informations que nous n'aurons pas retrouvé à l'écrit.

A partir de l'analyse des résultats du questionnaires, nous avons pu recueillir des données sur tout concernant la motivation du personnel qui était selon nous la dimension la plus facile à appréhender parmi les trois que nous avons essayé d'étudier.

Les interviewes avec certains cadres hiérarchiques principalement les deux entretiens que nous avons eu avec le vice-président directeur général nous ont permis de comparer entre ses réponses et celles de son personnel mais aussi de comprendre la complexité de sa tâche au sein de l'HCM, ce dernier essaye d'instaurer des démarches managériales et de donner un brin de modernité dans la gestion de son organisation qui vont lui servir sur le long terme.

Conclusion générale

Conclusion générale

Notre travail de recherche a pour objet d'étudier et d'analyser l'adoption d'un management hospitalier au niveau des hôpitaux en Algérie, dans notre cas l'hôpital privé, notamment l'évaluation de la performance organisationnelle qui a une incidence très importante sur la performance globale de l'organisation.

L'intérêt du sujet est double, pour les sciences de gestion et pour les acteurs hospitaliers. Puisque cela représente un enrichissement des travaux en rapport avec ce sujet vu la précarité des recherches et travaux en ce sujet. Le sujet intéressera aussi les acteurs de l'hôpital, dans la mesure où l'application d'un management hospitalier connaîtra un renouveau certain dans la gestion de l'organisation.

Pour cela nous avons, à travers une revue de la littérature, présenté le management hospitalier, comme un domaine dans lequel s'insère notre travail de recherche, puis analysé le modèle organisationnel utilisé pour appréhender les organisations hospitalières, et enfin, essayer d'appliquer une démarche managériale au sein de l'HCM où nous jugeons un manque d'intérêt à l'aspect non financier de la performance, ce qui pourrait mettre à mal l'organisation. En effet, les diverses recherches effectuées ont démontré l'importance du management hospitalier dans la gestion des organisations en générale et dans les hôpitaux en particulier.

Pour résumer, on peut dire que le management hospitalier est un moyen d'amélioration de la gestion de l'hôpital donc sa performance dans la mesure où il permet une initiation au management participatif du personnel, une démarche de concertation et de communication, une gestion par objectifs, il constitue un outil de coopération et un moyen d'organisation de l'offre de soins. Cela peut confirmer en partie nos deux hypothèses.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution préliminaire pour un tel thème d'actualité. C'est le prélude à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Néanmoins, nous espérons que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures.

Conclusion générale

Limites de recherche :

Nous avons travaillé sur un sujet, le management hospitalier, qui est riche et large et donc beaucoup plus complexe à cerner. Nous étions donc obligés de faire une sélection dans les concepts étudiés, nous n'avons pas pu aborder tous les contours du sujet par peur de nous y perdre.

- Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre travail concernent principalement l'accès à certaines informations jugées pertinentes, il était aussi, difficile pour nous d'obtenir des entretiens avec certains responsables ;
- Un manque de données et d'études sur le secteur hospitalier en Algérie, en particulier, le secteur privé ;
- Le temps consacré à notre travail de recherche était limité, nous avons, en effet, dû changer notre thématique à la dernière minute.

Bibliographie

Bibliographie

I. Ouvrages

- 1- ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger Levrault, Paris, 2001.
- 2- ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public », Editions d'organisation, Paris, 2002
- 3- BENOIT, CHRISTINE « Modes d'organisation - Pratiques de management Nouveaux outils de gestion ». Edition Gereso. 2017
- 4- BOUTINET J.-P., « La problématique du projet », L'Harmattan, Paris, 1992.
- 5- CHEROUTE-BONNEAU « La production de soins, un enjeu managérial », gestion hospitalière, février, 1998
- 6- CLAVERANNE J.-P., « Le projet d'établissement à l'hôpital », Economica, Paris, 1996.
- 7- CLEMENT J.-M. « Réflexion pour l'hôpital », les études hospitalières, bordeaux, 1998
- 8- CONTANDRIOPOULOS André-pierre : « l'hôpital stratège : dynamique locales et offre de soins » ; EUROTEXT, Paris , 1996
- 9- CREMADEZ M. et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier », 2ème Edition MASSON, Paris, 1992.
- 10- CROS F, « Comment faire un projet d'établissement (écoles, collèges et lycées) », Edition chronique sociale, Lyon, 1991.
- 11- GAUTHIER P. H., GRENON A., OMNES L., PERCHET J. Y., « L'analyse de gestion à l'hôpital », Heral Editions, Paris, 1975.
- 12- GENELOT D., « Manager dans la complexité », Insep Consulting Édition, Paris, 2011.

- 13- GIARD V. et MIDLER C., « Management et gestion de projet : bilan et perspectives », Gregor, Paris, 1996.
- 14- GIARD V. et MIDLER C., « Pilotage de projets et entreprises : diversités et convergences », Economica, Paris, 1993.
- 15- GLOUBERMAN S., MINTZBERG H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation », Aspen Publishers, Inc., 2001.
- 16- GLOUBERMAN S., MINTZBERG H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration », Aspen Publishers, Inc., 2001.
- 17- GROSJEAN M. et LACOSTE M., « Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital », PUF collections, Paris, 1999.
- 18- HART Josette, « Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres, concepts, méthodes et études de cas », Edition Lamarre, Paris, 2003.
- 19- HONORE B., « L'hôpital et son projet », Edition Privat, Toulouse, 1960.
- 20- LUSTHAUS. C, ANDERSON. G, Evaluation organisationnelle, Centre de recherche pour développement international, Ottawa, 2003
- 21- MINTZBERG H., La naturalisa del trabajo directivo (Trad. D. Bonner et J. Nieto), Barcelona, Ariel, 1983
- 22- MINTZBERG H. « structure et dynamique des organisations », Édition d'organisation, paris, 1982
- 23- MORIN E. « Comprendre la complexité des organisations de soins », Aspes éditions, Paris, 1997.
- 24- NIZET J, PICHAULT F., « La coordination du travail dans les organisations », Dunod, Paris, 2012.
- 25- PERROW C. « Hospital, technologie, structure, and goals », in J.G. March Edition, herdbook of organizations,1970, capter 22, cite par MINTZBERG H, « structure et dynamique des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982
- 26- PINEAULT R. et DAVELUY C., « La planification de la santé : concepts et méthodes », Editions Nouvelles AMS, Ottawa, 1995.
- 27- ROUET J. « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces »

II. Références universitaires :

- 1- GASTE M ; « les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins », mémoire ENSP de directeur des soins, école nationale de santé publique, RENNES,2004
- 2- HOLCMAN R « l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », thèse de doctorat, soutenue à l'université paris dauphine,2008

III. Webographie :

- 1- [http:// www.ons .dz/](http://www.ons.dz/)
- 2- <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/ BMEncyclopedie/BMEphemeride.jsp>
- 3- <http://www.who.int/fr/>

IV. Revues :

- 1- BEDDI. H « Les modes de coordination comme analyseurs des relations siège-filiales : une étude de dix firmes multinationales françaises. » *Management international*, volume 17, numéro 2, hiver 2013
- 2- Démographie algérienne ONS, 2015 n° 740
- 3- Glossaire de la qualité et de l'évaluation en santé – quelques définitions utiles pour les organismes de développement professionnel continu (ODPC). Élaboration du glossaire coordonnée par M. Lafont. Haute Autorité de santé. Février 2014
- 4- LEONARD J.-L., « Gérer la complexité à l'hôpital », *Gestion hospitalière*, n°321, Décembre 1992,
- 5- NOBRE T, « l'innovation managériale à l'hôpital », *revue française de gestion*,2013/6 n°235
- 6- OMS, Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde. 2006. Genève

- 7- STEUNDLER F. « le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497,2004
- 8- VALETTE A., « Une gestion stratégique à l'hôpital ? », revue française de gestion n°109, Juin 1996

Annexes

QUETIONNAIRE

« Le management hospitalier »

Hôpital Chahid MAHMOUDI

TIZI OUZOU

Mlle KECHAD Katia

Etudiante, master 2 en management stratégique des entreprises.

Appui du répondant

*Notions permettant une meilleure compréhension de notre étude

L'environnement hospitalier est en évolution croissante, ce qui génère de plus en plus de complexité.

Pour faire face à cela les hôpitaux doivent modifier leur organisation, avec une compréhension globale de l'environnement et la mise en œuvre des divers instruments de management.

« La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management »

Dans le cadre de la réalisation d'un travail de recherche scientifique au sein de la faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des sciences de Gestion de l'Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, portant sur la gestion et l'intégration d'un management au sein d'un hôpital, nous vous prions de bien vouloir répondre soigneusement à ce questionnaire.

Nous tenons à **préciser** que toute information que vous fournissez est uniquement destinée pour notre recherche, et sera traitée en toute **confidentialité**, de ce fait nous vous prions, messieurs/dames, de bien vouloir répondre aux questions avec un maximum de clarté.

profils

* Genre :	Femme	☐	Homme	☐
*Catégorie:	Médecin spécialiste	☐	Médecin généraliste	☐
	Personnel paramédical	☐	Personnel administratif	☐
	Personnel technique	☐		
*Service :	Imagerie médicale	☐	Neurochirurgie	☐
	Médecine nucléaire	☐	Radiothérapie	☐
	Autre			

I Questions par rapport a la motivation organisationnelle:

1- Etes vous facilement intégrés au sein de l'hôpital ?				
oui	☐	moyennement	☐	non ☐
2- Avez-vous un code vestimentaire?				
oui	☐	non	☐	
3- Avez-vous des rituels (cérémonie, fête, repas)?				
oui	☐	non	☐	
4- Qu'est ce qui vous motive le plus ?				
le salaire	☐		l'amélioration de vos compétences	☐
la qualité des interactions avec vos collègues et vos supérieurs?				☐
	Autre			
5-Existe-t-il une certaine entraide entre les membres ?				
oui	☐	moyennement	☐	non ☐
6-Est-ce que vous êtes convenablement rémunérés ?				
oui	☐	moyennement	☐	non ☐

7-Existe-t-il un système de mesure d'incitation?

oui ☐ non ☐

Si oui:

De récompense ☐ et/ou De punition ☐

8-En votre statut d'employé, existe-t-il une équité quant au traitement des employés ?

oui ☐ moyennement ☐ non ☐

9-Estimez vous, que vos supérieurs sont à l'écoute de vos revendications ?

oui ☐ moyennement ☐ non ☐

10-Sur une échelle de 0 à 10 , de combien notez vous l'atmosphère générale qui règne au sein de l'hôpital (de votre point de vue)

0 à 3 ☐ 4 à 7 ☐ 8 à 10 ☐

II Questions par rapport au contexte porteur:

1-Jugez-vous les procédures administratives lentes et complexes ?

oui ☐ moyennement ☐ non ☐

2- Y'a-t-il une précision dans la définition des tâches dans les services ?

oui ☐ moyennement ☐ non ☐

3- Y'a-t-il un manque de transmission des informations ?

oui ☐ non ☐

4-Quelles sont parmi ces variables celles qui influent sur votre comportement ?

aucunes ☐ religieuses ☐ Socioculturelles ☐

5-Jouissez vous de toutes les commodités nécessaires pour une exécution optimale de votre/vos tâche(s) ?

oui ☐ moyennement ☐ non ☐

III Questions par rapport à la capacité:

1-Avez-vous eu la formation adéquate (nécessaire) au poste que vous occupez?

oui ☐ pas vraiment ☐ non ☐

2- Avez-vous bénéficié d'une formation offerte par l'hôpital ?

oui ☐ non ☐

-Si oui :

3-Jugez-vous qu'elle a été bénéfique (ajout de valeur supplémentaire) ?

oui ☐ pas vraiment ☐ non ☐

4-Voyez vous une possibilité de faire carrière dans cet hôpital ?

oui ☐ non ☐

5-Est ce que, si on vous le demandait, vous êtes prêt à assumer une fonction de responsabilité plus importante?

oui ☐ non ☐

6-Pensez vous que la hiérarchie est jalousement protégée ?

oui ☐ non ☐

7-Comptez-vous rester au sein de l'organisation ?

oui ☐ non ☐

-Si oui :

a court terme ☐ a long terme ☐ autre

8-Avez-vous des suggestions à donner, dans le cadre de l'amélioration de la performance organisationnelle au sein de l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Croyez, Madame, Monsieur, à mes sincères remerciements.

Annexe 2

Guide d'entretien

Questions générales :

Q1 : Quelle est la date de commencement des travaux ?

Q2 : Quelle est la date de fin des travaux ?

Q3 : Quelle est la superficie de l'établissement ?

Q4 : Quel est le nombre d'employé ?

Q5 : De combien est la couverture sanitaire ?

Q6 : Quel est le nombre de l'effectif du corps médical, paramédical, administratif et technique ?

Volet organisationnel :

La défaillance organisationnelle peut agir à tout niveau et à tout moment :

Q1 : Etes vous conscient de ces défaillances ?

Q2 : Cernez-vous l'origine de ces défaillances tacitement ?

Q3 : Comment comptez vous y faire face ?

Q4 : Avez-vous le personnel adéquat pour ?

Q5 : Quel est le but de mettre en place des comités (organigramme) ? Pensez vous que cela va réduire les défaillances ?

Q6 : Ne voyez vous pas l'utilité d'organiser la communication au sein de votre hôpital ?

Q7 : Votre hôpital comporte-il un plateau managérial ? Si oui, de combien de personnes est-il composé ?

Q8 : Est-ce que les tâches de chacun sont prédéfinies ?

Q9 : Combien de personnes sont chargés de gérer le personnel ?

Q10 : Comment impliquez vous et motivez vous votre personnel ?

Q11 : Etes vous à l'écoute de votre personnel ?

Q12 : pour développer une cellule organisationnelle, instaurez vous des valeurs qui influenceront les actions des membres afin de créer une certaine cohésion ?

Q13 : Est-ce-que vous planifiez vos besoins en matière de ressources humaines ?

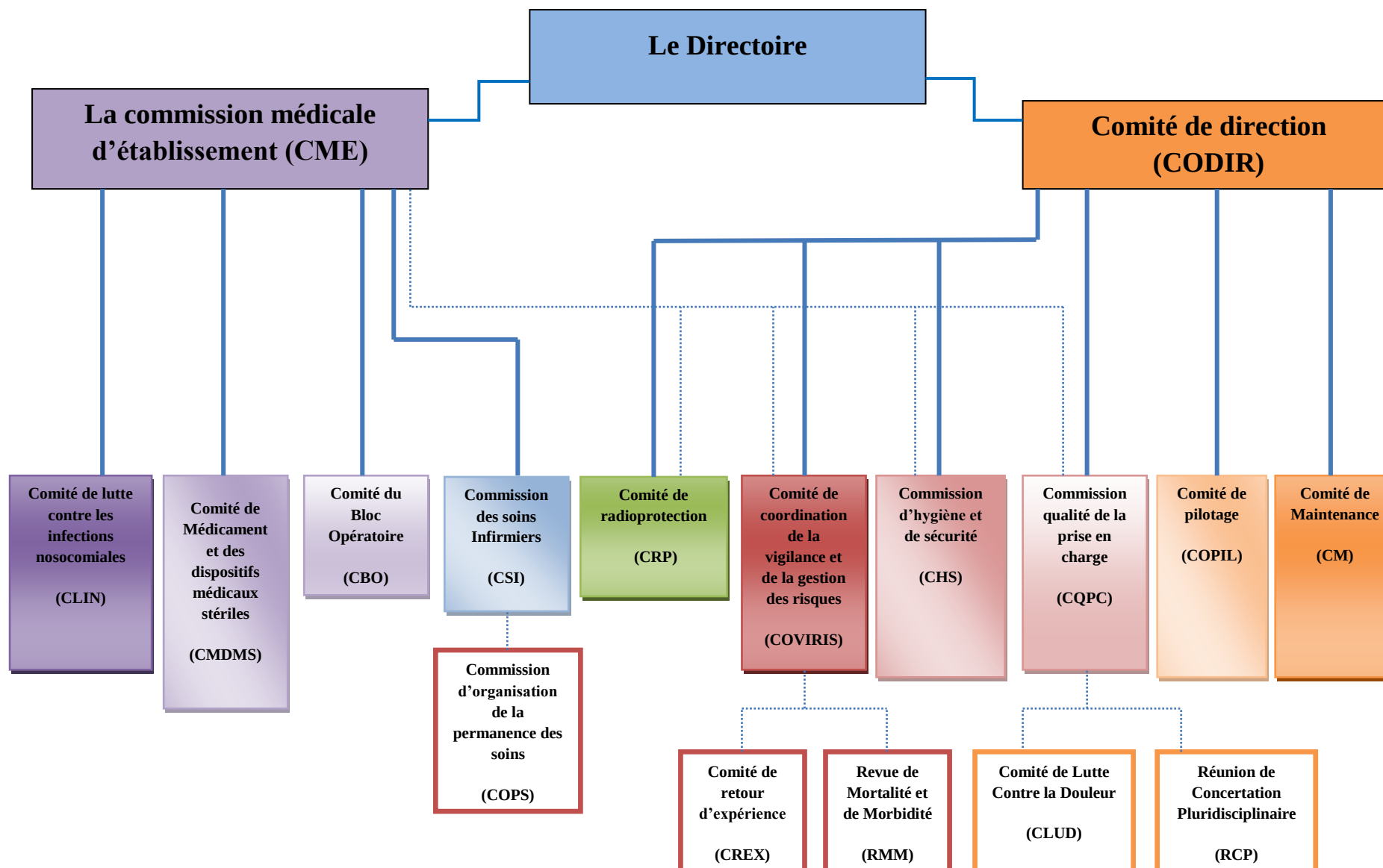
Q14 : Avez-vous des procédures ou moyens vous permettant de savoir quel type d'employé cherché ?

Q15 : Quel est le système vous permettant de sélectionner les candidats ?

Q16 : Faites-vous des formations pour le personnel ?

Q17 : Encouragez-vous le personnel avec des mesures d'incitation ?

Organigramme des commissions et comités de l'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI



L'Etablissement Hospitalier Privé

Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil;
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce;
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales;
Vu la loi n° 84-10 du 11 juillet 1984, modifiée et complétée relative au service civil;
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° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations;
Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990 modifiée et complétée relative aux mutuelles sociales;
Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé;
Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 février 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances;
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence;
Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux;

Décrète :

Article 1er : Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers privés, en application des dispositions des articles 208 et 208bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 2 : L'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes:

- la consultation ;
- l'exploration et le diagnostic ;
- les urgences médicales et / ou médicochirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation;

- l'hospitalisation.

Article 3 : L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale. Il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

Article 4 : La capacité minimale de l'établissement hospitalier privé est fixée à sept (7) lits.

Article 5 : L'établissement hospitalier privé doit assurer un service permanent et continu.

Article 6 : L'établissement hospitalier privé est tenu de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement, de son personnel et de ses patients.

Article 7 : L'établissement hospitalier privé doit être conforme aux conditions et normes architecturales, techniques et sanitaires fixées par la réglementation en vigueur.

CHAPITRE II

CONDITIONS DE REALISATION ET D'OUVERTURE

Article 8 : La réalisation de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

Article 9 : Le dossier administratif et technique prévu à l'article 8 ci-dessus, comporte les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de santé territorialement compétente,
 - un extrait de naissance du ou des promoteurs,
 - un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
 - un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
 - la copie des statuts de la personne morale,
 - le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location,
 - la fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales l'énoncé des activités détaillé, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, la capacité en lits, le plateau technique notamment les matériels relatifs à la radiologie, l'exploration fonctionnelle, l'imagerie et les équipements médicaux,
- le rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique de la construction ou par un bureau d'étude d'expertise en bâtiment agréé dans le cas d'une structure existante, le plan de situation précisant l'emplacement et la délimitation du projet, le plan de masse (1/50) devant fournir toutes les indications nécessaires notamment les nivellement général en sol, les bâtiments avoisinants, les voiries existantes, les parkings, les réseaux divers, les espaces verts, les plans détaillés des types de schéma d'hospitalisation (1/50), les plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50), les coupes transversales et longitudinales, l'élévation des différentes façades.

Article 10 : La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné de l'avis motivé du directeur de la wilaya chargé de la santé, dans un délai n'excédant pas quarante-cinq (45) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

Article 11 : Le ministre chargé se prononce sur la demande de réalisation dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de réception du dossier.

Article 12 : Le promoteur dispose d'un délai de trois (3) ans à compter de la date de délivrance de l'autorisation pour réaliser son projet.

Ce délai peut être prorogé de deux (2) ans à la demande du promoteur sur la base d'éléments dûment justifiés.

A l'issue de la réalisation du projet, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé, au promoteur.

Article 13 : L'ouverture de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé sur la base d'un dossier déposé par le promoteur auprès de la direction de wilaya chargée de la santé.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

Article 14 : Le dossier mentionné à l'article 13 ci-dessus, comprend les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de la santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- une fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales les activités détaillées, la capacité en lits, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, le plateau technique prévu à l'article 9 ci-dessus,
- une copie de la décision d'autorisation de réalisation,
- une copie de la décision de conformité prévue à l'article 12 ci-dessus,
- le rapport d'approbation définitive des services de la protection civile,
- le rapport définitif du contrôle technique de la construction ou d'un bureau d'expertise de construction agréé,
- le rapport de conformité des installations électriques délivré par l'entreprise nationale d'agrèage et de contrôle technique,
- le rapport de conformité des installations radiologiques émettant des sources ionisantes délivré le commissariat à l'énergie atomique,
- le procès-verbal d'installation d'un incinérateur agréé par les services concernés de l'environnement ou à défaut, la copie de la convention établie avec un établissement public ou privé d'incinération, ou tout autre procédé de traitement des déchets hospitaliers agréé par le ministère chargé de la santé,
- les documents justifiant l'acquisition d'une ou plusieurs ambulances ou la copie de la convention établie avec un opérateur de transport sanitaire privé agréé,
- la copie de la convention établie avec le centre de transfusion sanguine de wilaya relative à l'approvisionnement en produits sanguins labiles,
- le dossier administratif du directeur technique,
- les dossiers administratifs du personnel médical et paramédical.

Article 15 : La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier prévu à l'article 13 ci-dessus et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné du rapport de visite du directeur de wilaya chargé de la santé concerné mentionnant les observations et réserves éventuelles, dans un délai n'excédant pas trente jours (30) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

Article 16 : Le ministre chargé de la santé se prononce sur la demande d'ouverture dans un délai de trente (30) jours à compter de la date du réception du dossier.

Article 17 : Les établissements hospitaliers privés peuvent disposer d'annexes où s'exercent les activités de consultation, dont les conditions de création et de fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 18 : Tout changement de la destination ou suppression, des locaux ou des activités médicales, de l'établissement hospitalier privé est subordonné à l'autorisation expresse et préalable du ministre chargé de la santé.

Article 19 : Les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des établissements de santé privés de type ambulatoire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 20 : L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un règlement intérieur.

CHAPITRE III

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 21 : L'organisation de l'établissement hospitalier privé est déterminée en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur.

Article 22 : Sous réserve des dispositions de l'article 21 ci-dessus l'établissement hospitalier privé, créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur.

Article 23 : L'établissement peut être dirigé par le directeur technique médecin.

Section I

Le conseil d'administration

Article 24 : Le conseil d'administration est composé :

- du ou des promoteurs de l'établissement hospitalier privé,
- d'un représentant de la caisse nationale des assurances des travailleurs salariés,
- du président du comité médical de l'établissement hospitalier privé,
- du représentant des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- de deux (2) représentants des associations des usagers,
- d'un représentant des praticiens médicaux, élu par ses pairs,
- d'un représentant des personnels paramédicaux, élu par ses pairs,

Les membres du conseil d'administration élisent en leur sein un président.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur assiste aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

Article 25 : Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- les programmes de travail de l'établissement hospitalier privé ;
- les projets de budget et des comtes de l'établissement hospitalier privé ;
- les projets d'organisation interne et du règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé ;
- les acquisitions des biens meubles et immeubles ;
- les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement hospitalier privé ;
- les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique de l'établissement hospitalier privé ;
- toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement hospitalier privé ;

Article 26 : Les règles de fonctionnement du conseil d'administration seront fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

Section 2

Le directeur

Article 27 : Le directeur assurant la gestion de l'établissement hospitalier privé doit justifier d'une expérience professionnelle de cinq (5) années au moins.

Article 28 : Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier privé.

A ce titre, il a pour mission :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration,
- de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile,
- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- d'assurer la gestion administrative et financière de l'établissement hospitalier privé,
- de préparer le budget et les comptes de l'établissement hospitalier privé,
- de faire assurer un service de garde,
- de mettre en oeuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière,
- de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'établissement, soit

adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient,

- de tenir un dossier médical pour chaque patient,
- de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.

Article 29 : Le directeur technique médecin est chargé :

- d'organiser l'activité médicale et d'hospitalisation au sein de l'établissement hospitalier privé et en assurer le contrôle et le suivi,
- d'assurer de la présence permanente des praticiens médicaux et du personnel paramédical nécessaire à l'activité d'hospitalisation,
- d'assurer une gestion rigoureuse des médicaments conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,
- de s'assurer du bon fonctionnement de la garde.

Il exerce en outre, les missions prévues aux articles 28, 30 et 32 du présent décret lorsqu'il assure la direction de l'établissement hospitalier privé.

Article 30 : le directeur doit communiquer à la direction de la wilaya chargée de la santé la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes du personnel médical et des auxiliaires médicaux et du personnel administratif et technique assurant des activités dans l'établissement en précisant pour chacun, la spécialité assurée, la fonction exercée dans l'établissement et, le cas échéant, la position vis-à-vis du service civil.

Article 31 : Tout changement de directeur doit être notifié à la direction de wilaya chargée de la santé, dans un délai de quinze (15) jours, par le responsable de l'établissement. Le remplaçant doit répondre aux mêmes conditions prévues à l'article 27, ci-dessus.

Article 32 : Le directeur technique de l'établissement hospitalier privé doit transmettre un bilan d'activité trimestriel ainsi qu'un rapport annuel d'activité, à la direction de wilaya chargée de la santé.

Section 3

Le comité médical

Article 33 : Le comité médical est un organe consultatif qui a pour mission de donner un avis sur :

- les programmes d'activité de l'établissement hospitalier privé,
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux de l'établissement hospitalier privé,
- la création ou suppression de services médicaux au sein de l'établissement hospitalier privé,
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques de l'établissement hospitalier privé,
- les conventions de formation de l'établissement hospitalier privé,
- l'évaluation des activités de soins et de formation de l'établissement hospitalier privé,

Article 34 : Le comité médical comprend, outre le président :

- un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé ;
- un représentant du personnel paramédical désigné par le responsable de l'établissement hospitalier privé.

Le comité médical élit en son sein un président.

Le comité médical peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Article 35 : Les règles de fonctionnement du comité médical sont fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 36 : L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un budget propre

Article 37 : Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses.

Au titre des recettes :

- les ressources propres,
- les dons et legs
- les recettes provenant de ses activités et prestations,
- les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.

Au titre des dépenses :

- les dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'équipement,
- toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

Articles 38 : La comptabilité de l'établissement hospitalier privé est tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 39 : Le contrôle financier de l'établissement hospitalier privé est assuré par un commissaire aux comptes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE V

MODALITES DE CONTROLE

Article 40 : Sans préjudice des formes de contrôle prévues par la législation et la réglementation en vigueur, les établissements hospitaliers privés sont soumis au contrôle des services compétents relevant du ministère chargé de la santé

Article 41 : Le contrôle porte notamment sur :

- la qualité des prestations fournies,
- l'application des dispositions de la législation et de la réglementation en vigueur notamment en matière de normes, de gestion et d'hygiène hospitalière,
- le bon état de fonctionnement des services, des équipements et des matériels,
- la bonne gestion des produits pharmaceutiques,
- les conditions de sécurité des biens et des personnes.

Article 42 : Les agents de contrôle sont tenus de consigner les insuffisances et manquements constatés sur un registre spécial coté et paraphé par le directeur de wilaya chargé de la santé , concerné. Ils établissent à ce sujet des procès-verbaux qu'ils transmettent aux services de santé concernés avec copie au responsable de l'établissement hospitalier privé.

Article 43 : En cas de constatations de manquement à la législation et à la réglementation en vigueur, l'intéressé est mis en demeure et doit s'y conformer dans un délai n'excédant pas un (1) mois.

En cas d'inobservation de la mise en demeure, il encourt les sanctions administratives suivantes :

- la suspension de l'exercice de l'activité d'hospitalisation pendant une durée de deux (2) mois.
- La fermeture de l'établissement pendant une durée n'excédant pas trois (3) mois,
- Le retrait de l'autorisation d'ouverture de l'établissement hospitalier privé.

Les sanctions citées ci-dessus, sont prononcées par le ministre chargé de la santé, sur la base d'un rapport circonstancié, établi par les services compétents du ministère chargé de la santé.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 44 : Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer, dans un délai de deux (2) années, aux dispositions du présent décret à compter de la date de sa publication au journal officiel.

Article 45 : Toutes dispositions contraires sont abrogées notamment le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé.

Article 46 : le présent décret sera publié au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007.

Abdelaziz BELKHADEM

Annexe 5

Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, p. 1110.

Le Président de la République,

Sur proposition du ministre de la santé publique et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée par la loi n° 86-11 du 19 août 1986 relative au service civil;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée par la loi n° 88-15 du 3 mai 1988 relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu le décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature et la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux.

Décète:

Article 1er. - Le présent décret fixe les conditions pour la réalisation, l'ouverture et le fonctionnement des cliniques privées, dénommées ci-après "cliniques".

Art. 2. - La réalisation d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le ministre de la santé publique, sur la base d'un dossier visé par le wali et comportant, en plus des pièces et documents requis pour une construction, les plans et la description détaillée du projet, l'implantation envisagée, les activités et les actes prévus.

Le délai imparti pour se prononcer sur la demande de permis ne saurait, en aucun cas, excéder une période de trois (3) mois qui court à compter de la date de dépôt du dossier au niveau de la wilaya. Passé ce délai, le permis est réputé acquis.

Le projet de réalisation doit être conforme aux conditions et normes fixées par le présent décret et par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 3. - L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire nationale. Le permis en précise l'emplacement.

Art. 4. - L'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali, après constatation de la conformité des lieux et installations aux normes et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

L'autorisation précise:

- le ou les exploitants de la clinique, avec l'adresse personnelle;
- l'adresse de la clinique;
- les activités que la clinique peut assurer et en fonction desquelles

elle a été réalisée et équipée.

Copie de l'autorisation est adressée par le wali au ministre de la santé publique.

Art. 5. - La capacité de la clinique doit être de quinze (15) à quatre vingt dix (90) lits.

Art. 6. - Tout changement dans la destination d'une clinique est subordonné à l'autorisation préalable du ministre de la santé publique.

Art. 7. - La clinique est placée sous la direction effective et permanente d'un médecin.

Art. 8. - Les activités médicales, chirurgicales et d'exploration sont assurées par des praticiens qualifiés.

Les activités des auxiliaires médicaux sont assurées sous le contrôle de praticiens médicaux.

Art. 9. - L'utilisation à temps plein ou à temps partiel de tout praticien médical qui exerce dans une structure publique, soit comme fonctionnaire, soit pour l'accomplissement du service civil, soit en tant qu'étudiant de post-graduation en sciences médicales est interdite.

Art. 10. - Un arrêté du ministre de la santé publique fixe les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques.

Art. 11. - Toute clinique est soumise, à tout moment, au contrôle et à l'inspection technique et sanitaire dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Art. 12. - Chaque clinique est tenue de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement et de son personnel.

Art. 13. - Le montant des prestations effectuées dans les cliniques sont remboursées à l'assuré social dans les conditions et limites fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 14. - Les manquements aux dispositions relatives aux normes et conditions de fonctionnement des cliniques sont sanctionnés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Art. 15. - Les cliniques privées dûment autorisées à exercer avant la date de publication du présent décret sont tenues de se conformer aux normes et conditions fixées par le présent décret et ce, avant le 31 décembre 1991.

Fait à Alger, le 18 octobre 1988.

Chadli BENDJEDID.

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction générale

Chapitre I : L'hôpital, un acteur à part entière, un mode organisationnel complexe..... 1

Introduction.....2

Section 1 particularité de la gestion hospitalière.....3

1 Caractéristiques de la structure hospitalière..... 3

1.1 Sommet stratégique..... 3

1.2 Le centre opérationnel..... 3

1.3 La ligne hiérarchique..... 4

1.4 La technostructure..... 4

1.5 La logistique..... 5

2 Description de la structure professionnelle..... 5

2.1 Définition de la structure professionnelle..... 6

2.2 Le caractère bureaucratique de la structure..... 6

2.3 Quelques difficultés de la structure..... 7

2.3.1 Problèmes de coordination..... 8

2.3.2 Problème de contrôle..... 8

2.3.3 Problème d'innovations..... 8

3 Mécanismes de coordination..... 9

3.1 L'ajustement mutuel..... 9

3.2 La standardisation des qualifications..... 10

3.2.1 La formation..... 10

3.2.2 La socialisation..... 10

4 Différenciation et intégration..... 10

4.1 La notion de différenciation..... 11

4.1.1 Les types de différenciation..... 11

4.2	La notion d'intégration.....	13
4.2.1	Les types d'intégration possible.....	13
Section 2 Compléxité organisationnelle au sein de l'hôpital.....		14
1	L'hôpital, un mode organisationnel complexe.....	14
1.1	La complexité au sein d'un hôpital.....	14
1.2	Les dimensions pour appréhender cette complexité.....	15
1.2.1	Un pouvoir bicéphale.....	15
1.2.2	La multiplicité de service et activité.....	16
1.2.3	Une prise de décision ambiguë.....	16
1.2.4	Une dynamique d'évolution.....	16
2	L'hôpital dans son environnement.....	16
2.1	Spécificité de l'environnement hospitalier.....	17
2.1.1	Le micro environnement.....	17
2.1.2	La macro et méso-environnement.....	19
2.2	La perméabilité de l'environnement.....	20
3	La perception de l'environnement.....	22
3.1	L'environnement comme contrainte.....	22
3.2	Une logique réactive.....	22
3.3	Le repliement de l'organisation.....	22
4	La demande et l'offre de soin face au contexte d'évolution de la population algérienne.....	23
4.1	Le contexte d'évolution.....	24
4.1.1	L'évolution démographique en Algérie.....	24
4.1.2	Les facteurs influençant l'état de santé des algériens.....	25
4.2	La demande et l'offre de soins.....	29
4.2.1	La demande.....	29
4.2.2	L'offre.....	30
4.2.3	L'interaction offre-demande-besoin.....	31
Conclusion.....		33
Chapitre II : Le management hospitalier et performance organisationnelle		34
Introduction.....		35
Section 1 particularisme de mesure de la performance et management hospitalier.....		36
1	Spécificités de mesures de la performance dans un hôpital.....	36

1.1	Le critère d'efficacité :.....	36
1.1.1	Les attributs de l'efficacité	37
1.2	Le critère d'efficience	38
1.3	Le critère de pertinence.....	38
1.4	Le critère de viabilité financière.....	39
2	La spécificité de mesure :.....	40
2.1	Par rapport à l'efficacité :... ..	40
2.2	Par rapport à l'efficience :... ..	41
2.3	Par rapport à la pertinence :.....	42
2.4	Par rapport à la viabilité financière :.....	43
3	Contexte international actuel :.....	43
3.1	La mise à niveau des compétences :.....	44
3.2	La problématique de la ressource humaine en santé :.....	47
4	Nécessité d'appliquer un management au sein de l'hôpital :.....	48
Section 2 la performance organisationnelle.....		50
1	La notion de la performance organisationnelle.....	50
1.1	La performance organisationnelle, une influence implicite :... ..	51
1.1.1	Le contexte porteur	51
1.1.2	La motivation organisationnelle.....	54
1.1.3	Les capacités organisationnelles.....	56
2	Les nouveaux modèles de la mesure de la performance multidimensionnelle.....	60
2.1	Le modèle de Morin, Savoie et Baudin.....	60
2.2	Le modèle des parties prenantes d'Atkinson, Waterhouse et Wells.....	62
conclusion.....		63
Chapitre III : Le management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi.....		64
Introduction.....		65
Section 1 Le système de santé en Algérie et l'émergence du secteur dit ; privé		66
1	Evolution du système de santé Algérien :.....	67
2	Les différentes périodes d'évolution.....	67
2.1	La période 1962-1972.....	68
2.2	La période 1973-1986.....	69

2.3	La période 1987-2003.....	70
2.4	La période 2004-2011.....	71
3	L'émergence du secteur privé de la santé.....	71
3.1	Le secteur privé de la santé ; un sujet peu exploré.....	72
3.2	Le contexte d'émergence.....	73
4	Le secteur privé en Algérie :.....	73
5	Présentation de l'hôpital Chahid Mahmoudi.....	76
5.1	Infrastructures et corps de métiers :.....	77
5.1.1	Infrastructure :.....	78
5.1.2	Les corps de métiers :.....	83
5.2	Organigramme de l'hôpital Chahid Mahmoudi :... ..	83
Section 2 Le developpement d'un management hospitalier au sein de l'hôpital Chahid Mahmoudi		
1.	Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée... ..	85
1.1	Contenu de l'enquête.....	85
1.2	Choix et constitution de l'échantillon.....	86
2.	Résultat de l'enquête et analyse statistique :... ..	87
2.1	Analyse de la motivation organisationnelle :... ..	87
2.2	Analyse du contexte porteur :... ..	97
2.3	Analyse de la capacité... ..	99
	Conclusion.....	106
	Conclusion générale.....	107
Bibliographie		
Annexes		
Table des matieres		