

**UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU**

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion



Département des Sciences Economiques

Laboratoire Réformes Economiques et Dynamiques Locales (**REDYL**)

**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme de Master en  
Management Territorial et Ingénierie de Projets  
Option : Management des services publics territoriaux**

**Thème :**

**Gouvernance du service public de santé et management hospitalier :  
Application au service des urgences du CHU de TIZI -TOUZOU**

**Devant le jury composé de :**

**La présidente : RAMDINI Samira, MAA de UMMTO**

**L'encadreur : OUNASSI Hassen**

**L'examineur : KHAMMES Abdenour, MAB de UMMTO**

**Présenté par :**

**IDDIR Naima**

**MAHFOUFI Sabrina**

**Année Universitaire 2016/2017**

# ***Remerciement***

***Aucun travail ne s'accomplit dans la solitude.***

***Pour ce travail de mémoire de master, on voudrait  
remercier, en premier lieu notre encadreur Mr  
OUNASSJ, pour l'apport inestimable qu'il nous a  
apporté pour ça patience.***

***A la responsable de spécialité MADAME AHMED  
ZAJD, pour ces précieux conseils ainsi que ces  
orientations.***

***Au responsable des services des urgences du CHU de  
TJZZ-OUZOU, pour leur disponibilité.***

# ***Dédicace***

***Je dédie ce modeste travail :***

***A ceux qui sont la source de mon inspiration et mon  
courage.***

***A ma très chère mère, qui me donne toujours l'espoir  
de vivre et qui n'a jamais cessé de prier pour moi.***

***A mon père, qui m'encourage.***

***A mes adorables frères.***

***A mes chères sœurs.***

***A toute ma grande famille, MAHFOUFJ.***

***A mes amis M'hand, Naima, Souson, Hakim,  
Meriem, Samira, Ghenima, Zakoua. Katia, Messad.***

***A tous qui m'aiment.***

***MAHFOUFJ Sabrina***

# **Dédicaces**

Je dédie ce modeste travail

**A mes chers parents : Malika, Salah**

Que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pour leur  
patience

Illimitée, leur encouragement contenu, leur aide, en témoignage de mon  
profond

Amour et respect pour leurs grands sacrifices, « *je vous aime très fort* ».

**A mes chers frères et sœurs : Sara, Katia, Rayane**

Pour leur grand amour et leur soutien qu'ils trouvent ici l'expression  
de leur haute gratitude ;

**A mes chers amis : M'hand, Toufik, Hakim, Souad, Sabrina, Sarah, Ibtis**

**A mon financé : houhou**

**A toute ma famille**

**A tous ceux que j'ai omis de citer.**

*IDDIR Naima*

## **La liste des abréviations**

| Abréviations     | Significations                                    |
|------------------|---|
| <b>AVC</b>       | Arrêt Cardiovasculaire                            |
| <b>CHU</b>       | Centre Hospitalier Universitaire                  |
| <b>D.M.S</b>     | Durée Moyenne                                     |
| <b>D-A-M-P-M</b> | Direction des Activités Médicales et Paramédicale |
| <b>DCD</b>       | Décédés   |
| <b>DFC</b>       | Directeur des Finances et Contrôle                |
| <b>DMM</b>       | Directeur des Moyes et Matériels                  |
| <b>DPC</b>       | Développement Professionnel Contenu               |
| <b>GE</b>        | Gouvernance d'Entreprise                          |
| <b>GH</b>        | Gouvernance Hospitalière                          |
| <b>GRH</b>       | Gestion des Ressources Humaines                   |
| <b>ISO</b>       | Organisation Intentionnel de Normalisation        |
| <b>LMG</b>       | Leadership, Management, Gouvernance               |
| <b>N.J.H</b>     | Nombre de Jour Hospitalier                        |
| <b>ORL</b>       | <i>L'oto-Laryngologie</i>                         |
| <b>PASS</b>      | Programme d'Appui au Secteur de Santé             |
| <b>PEH</b>       | Projet d'Etablissement Hospitalier                |
| <b>PU</b>        | Pavillon des Urgences                             |
| <b>SSU</b>       | Secteur Sanitaire Universitaire                   |
| <b>TDM</b>       | TomoDensitoMétrie (scanographie)                  |
| <b>UMC</b>       | Urgence médicale chirurgicale                     |

## **Résumé**

L'hôpital vit plus sur la notion de métier, avec tous ces cloisonnements, le système de gouvernance et de management visent à réguler les comportements de celui-ci, et la performance de ce type d'organisation. Compte tenu du contexte et de la réalité du fonctionnement des établissements publics hospitaliers, des insuffisances et des dysfonctionnements les affectent dans tout leur domaine.

Des efforts tendent à moderniser la gestion et le management des hôpitaux, créer les conditions favorables tant pour les patients que pour les personnels de santé est devenu plus que jamais, un enjeu majeur. Les repenses apportées exigent de revisiter les modes d'organisation, de management et d'appliquer de nouveaux outils.

L'objectif est de créer une chaîne de valeur orientée vers les attentes implicites et explicites du patient et plus important d'aider une société à repenser son propre mode de gestion et à définir elle-même un modèle de gouvernance qui corresponde le mieux à ces propres défis.

### **Mot clés**

Management, gouvernance, performance, mode de gestion, établissement public.

## **Abstract**

The hospital lives more on the concept of business, with all these divisions, the system of governance and management aim to regulate the behavior of the latter, and the performance of this type of organization. Given the context and the reality of the functioning of public hospitals, shortcomings and dysfunctions affect them in all their field.

Efforts are underway to modernize the management and management of hospitals, creating favorable conditions for both patients and healthcare staff has become more than ever a major issue. The repenses bring require to revisit the modes of organization, management and to apply new tools.

The goal is to create a value chain focused on the implicit and explicit expectations of the patient and, more importantly, to help a society rethink its own management style and define itself a model of governance that best corresponds to these needs. Own challenges.

### **Keywords**

Management, governance, performance, management mode, public institution.

# Sommaire

---

|   |            |
|---|------------|
| <b>Introduction générale.....</b>   | <b>11</b>  |
| <br>  |            |
| <b>Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier</b>   |            |
| <b>Introduction du chapitre.....</b>  | <b>17</b>  |
| <b>Section 1 : gouvernance comme matrice institutionnelle.....</b>  | <b>18</b>  |
| <b>Section 2 : les missions du service public et coopération sanitaire du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière .....</b> | <b>22</b>  |
| <b>Section 3 : le corps institutionnel et le système de gouvernance hospitalière.....</b>   | <b>28</b>  |
| <b>Conclusion du chapitre.....</b>  | <b>39</b>  |
| <br>  |            |
| <b>Chapitre II : La mise en place d'un management hospitalier</b>   |            |
| <b>Introduction du chapitre.....</b>  | <b>41</b>  |
| <b>Section 1 : spécificités du management hospitalier.....</b>  | <b>42</b>  |
| <b>Section 2 : le contrôle de gestion en milieu hospitalier.....</b>  | <b>52</b>  |
| <b>Section 3 : stratégies managériales du développement du secteur sanitaire .....</b>  | <b>63</b>  |
| <b>Conclusion du chapitre.....</b>  | <b>72</b>  |
| <br>  |            |
| <b>Chapitre III : évolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU</b>          |            |
| <b>Introduction du chapitre.....</b>  | <b>74</b>  |
| <b>Section 1 : présentation de l'établissement public hospitalier CHU de TIZI-OUZOU.....</b>                                      | <b>75</b>  |
| <b>Section 2 : présentation de l'unité d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU.....</b>  | <b>79</b>  |
| <b>Section 3 : enquête de satisfaction du personnel interne et externe du service d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU .....</b>        | <b>88</b>  |
| <b>Conclusion du chapitre.....</b>  | <b>104</b> |
| <br>  |            |
| <b>Conclusion générale.....</b>   | <b>106</b> |

Les établissements hospitaliers publics, font partie intégrale de l'architecture du système de l'offre de soins, du fait qu'ils sont ouverts sur leur environnement, leur gouvernance devient une question assez complexe, d'autant plus que cette gouvernance et l'une des variables qui explique les bonnes ou mauvaises performances de ces établissements hospitaliers. Ainsi le domaine sanitaire fait référence aux décisions prises soit au niveau du ministère de la santé, ou de la population et des réformes hospitalières, puis au niveau de l'hôpital.

La gouvernance des hôpitaux est évidemment concernée par la réforme hospitalière, Avec le renforcement du pouvoir du directeur et la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, on mettra en place des indicateurs quantifiables de performance. Les différents notions introduits par cette réforme, sont ; la mise en place de la professionnalisation de la gestion des hôpitaux, la modification du statut des praticiens, la mise en place des objectifs, de mesure de la performance<sup>1</sup>...

Il est de plus en plus ordinairement admis que, pour garantir et améliorer la santé des populations dans le monde les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies, le maintien, et la surveillance des normes se rapportent aux meilleures pratiques des services, ils proposent une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé.

En Algérie les hôpitaux consomment une part considérable du budget de santé, le système de santé dans une période de réforme depuis les années 90.

La qualité des services de santé est habituellement jugée par ces résultats, en particulier, ces effets à long termes et immédiats sur la santé des citoyens et des communautés desservies. Le service public de santé regroupe l'ensemble des missions qui implique l'accueil de tous les patients sans aucune différenciation. Ainsi toutes pathologies courantes et complexes y sont traitées à l'hôpital, ce dernier assure la prise en charge des soins de longue durée, le principal recours pour les actes urgents et non programmés. Donc les hôpitaux deviennent responsables envers les consommateurs, les patients, le gouvernement, et ses propres employés, et la bonne démarche du management hospitalier au sein de structure sanitaire.

Le management hospitalier est un champ disciplinaire, qui étudie et s'intéresse à l'organisation hospitalière, aujourd'hui celui-ci réclame une confrontation permanente à l'incertitude et au changement<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Philippe Moreau DEFARGES, la gouvernance, conseiller des affaires étrangères, juin 2003.

<sup>2</sup> ABBAD BERGER, organisation et management hospitalier levraut, paris 2001, p39.

La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, ainsi l'adoption de nouvelle méthode et pratique constitue un nouveau défi pour le management.

La question du management dans la santé peut être traité sous différentes rubriques : les finances, les stratégies, le contrôle de gestion, la gestion des ressources humaines ... (etc.)

Le système de santé en Algérie souffre de plusieurs contraintes, et dysfonctionnements. Ces derniers se renvoient directement sur la qualité des soins prodigués, la mauvaise prise en charge des maladies au niveau des hôpitaux publics a toujours été décriée par les citoyens.

Les longues files d'attente devant les urgences, les erreurs médicales irréfutables, la médiocre qualité des soins sont les principaux dysfonctionnements, et afin d'y remédier à ceux-là le ministre de la santé a inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaire, dans un souci de modernisation, de la gestion, de la performance, et de la bonne gouvernance de la qualité des soins au sein des hôpitaux en Algérie.<sup>3</sup>

La nouvelle gouvernance hospitalière a pour objectif de lutter contre les rigidités et le cloisonnement de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre des grandes orientations. Le résultat attendu est une amélioration de la qualité du service rendu aux patients et une meilleure coordination de santé dans le cadre de l'organisation en réseau. Elle introduit une modification de l'organisation en créant les pôles, généralise la contractualisation interne et développe la délégation de gestion<sup>4</sup>.

### ▪ **Problématique de la recherche**

Devant les grands défis de développement économique et social que pose la gestion et la gouvernance d'un hôpital, le CHU est appelé à jouer un rôle qui lui est dévolu comme le principal acteur dans la fourniture et développement des soins, toutefois plusieurs observateurs estiment que pour pouvoir relever ses défis, (managé un établissement de santé) la gouvernance de service public de santé a besoin d'un grand effort, pour impulser une véritable dynamique de changement vers la modernisation de la gestion des hôpitaux.

Cependant et malgré le rôle important de la performance de management. Une faible prise de conscience serait constaté dans la plus part des hôpitaux. En effet ils souffrent de l'inefficacité de la qualité des soins et des moyens dont-ils disposent.

---

<sup>3</sup> Ministres de la santé, de la population de la réforme hospitalière. [www.santé.dz](http://www.santé.dz).

<sup>4</sup> Monique NOGARET, « la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dans les établissements publique de sante de la Charente », promotion 2006, 2008 soutenue MARS 2008, P 08-09.

Plusieurs raisons sont à l'origine de cette situation notamment, l'absence d'une organisation efficace, l'absence d'un management participatif, et l'absence d'une gouvernance.

En supposant, que le CHU de Tizi-Ouzou souffre d'une insuffisance de gouvernance et de management, ce qui nous amène à suggérer la question du thème :

- **Quelle est la stratégie adoptée par les dirigeants en termes de gouvernance, pour l'amélioration de performance managériale en vue d'une satisfaction et d'une évaluation accrue au niveau du secteur sanitaire de TIZI-OUZOU ?**
- **Questions secondaires**
  - Comment pourrions-nous établir une gouvernance à l'hôpital, qui respectera les personnels mobilisant dans une dynamique de production améliorée ?
  - Quels sont les facteurs et enjeux déterminants dans la mise en place d'un système de management au sein des établissements publics ?
  - Comment évaluer l'activité du service des urgences du CHU de TIZI-OUZOU ?
- **Hypothèse de recherche**

Afin de répondre aux questions, nous posons les hypothèses suivantes :

- **H1-** La gouvernance hospitalière est un processus continu, elle couvre un ensemble d'action politique, économique, administrative, ceci pour mieux gérer les affaires de l'établissement de soin. Celle-ci nous mène à fusionner des relations entre un corps administratif et un autre médical, par ailleurs cela génère une qualité de service, une communication interne et une satisfaction globale de tous les personnels internes ainsi qu'externes.
- **H2-** Le management hospitalier dispose de moyens d'agir sur lui-même et en partie sur son environnement, ses missions soulignent que les efforts de redimensionnements et de meilleure utilisation des ressources méritent d'être accompagnés de dispositifs, qui permettront de s'assurer que l'établissement garde des capacités à investir. Les évolutions futures de système de santé peuvent également modifier le positionnement sanitaire.
- **Objectif de la recherche**

Notre travail a pour objectif d'étudier la gouvernance du service public de santé et le management hospitalier au niveau d'un hôpital public. On crée une chaîne de valeur orientée vers les attentes implicites et explicites du patient et plus important d'aider une société à repenser son propre mode de gestion et à définir elle-même un modèle de gouvernance qui

corresponde le mieux à ces propres défis. Et ainsi, d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier, afin que ce dernier puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé.

Afin d'approfondir et de mieux illustrer notre travail de recherche, on s'est appuyé sur un cas pratique d'un établissement public hospitalier, qui est celui du « centre hospitalier universitaire » de TIZI-OUZOU « Nedir Mohamed ». Ce choix est motivé sur les principaux axes, de gouvernance et de management dans le service des urgences du CHU, et comment ils constituent un atout dans leur gestion interne, et une plus-value dans l'organisation de soins, et les modes de fonctionnement dans ce service.

### ▪ **Méthodologie de la recherche**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons tout d'abord adopté une démarche descriptive basé sur des notions théorique, en donnant un aperçu sur le système de la gouvernance au sein d'un établissement de santé.

Nous avons également adopté la même méthode a fin de présenté les fondements théoriques et les principes sur lesquels se fondent le système de management hospitalier.

Afin d'atteindre cet objectif nous avons effectué des recherches bibliographiques, portant essentielle sur :

- L'exploitation des travaux qui traitent les questions liées au management, aux organisations hospitalières et aux normalisations ;
- L'exploitation des travaux universitaires, articles de revues, mémoires et thèses concernant la gouvernance et le système managériales dans le secteur sanitaire ;
- Adoption d'une démarche contrôle de gestion pour l'amélioration de la performance de l'établissement de santé ;
- La mise en place d'une gouvernance adéquate, qui vise à réguler les comportements des dirigeants pour aboutir à une performance de l'organisation.

Pour la pratique, nous avons adopté la méthode analytique dans la réalisation d'une étude qualitative qui a pour objet l'évaluation des modes gouvernance et de management au sein des urgences du CHU de TIZI-OUZOU qui nous a accueillis pour la réalisation de notre étude de cas.

Trois enquêtes on été réalisé, la première au près du personnels et la deuxième au près des patients dans les urgences du CHU de TIZI-OUZOU et une autre pour les responsables de celui-ci, qui ont pour objectif de relever les facteurs qui influencent le bon fonctionnement de

l'hôpital. Ces trois enquêtes ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire portant sur l'évolution de la satisfaction des clients interne et externe des urgences du CHU.

- **La structure de Mémoire**

Le plan de notre travail de recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.

- **CHAPITRE I :** La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier : il est consacré à mettre la lumière sur la particularité et les problèmes de gouvernance hospitalière, ainsi la détermination des missions du service public et la coopération sanitaire en vue de clarifier ce système de gouvernance, puis rétablir à l'hôpital une gouvernance efficace et respectueuse.
- **CHAPITRE II :** la mise en place d'un management hospitalier : nous essayerons d'expliquer dans ce chapitre le fondement théorique et le champ d'application d'un management hospitalier. Aussi l'apport du contrôle de gestion sur l'organisation hospitalier. Ainsi de mettre en place des stratégies managériale pour l'adoption de la performance hospitalière et gérée les risques en vue de développé le secteur sanitaire.
- **CHAPITRE III :** l'évaluation de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas du CHU ; il s'agira d'abord de présenté l'établissement public hospitalier CHU de TIZI-OUZOU, son organigramme, puis de présenter l'unité d'urgence du CHU et enfin, d'expliquer trois enquêtes qui ont pour objet l'évaluation, le fonctionnement de l'hôpital en matière de gouvernance et de management dans le secteur des urgences.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## Introduction

La gouvernance existe dans tous les secteurs et à tous les échelons d'une organisation. Partout, chacun a un rôle spécifique à jouer au sein d'un système de gouvernance performant, dans le secteur hospitalier, du patient réclamant des soins de qualité, à ceux qui le lui en procure, au conseil d'administration chargé de gérer les ressources d'un hôpital, en passant par le ministère de la santé présentant ses résultats au gouvernement ou au parlement. Quels que soient le lieu et la méthode de gouvernance, il existe un certain nombre de pratiques de gouvernance efficaces applicables à tous les secteurs : à but non lucratif, privé à but lucratif et public<sup>1</sup>.

Les aspects techniques s'intéressent à la réalisation d'un produit ou d'un service qui répond aux attentes d'une clientèle donnée en termes de qualité, de coût et de délai.

Et ceci nécessite de maîtriser les différentes étapes de la production pour éliminer la non qualité génératrice de coûts inutiles et d'être attentif aux attentes des clients, voire si possible, les anticiper par l'innovation afin d'en conquérir de nouveaux.

Les aspects humains concernent la motivation et l'implication des personnes qui travaillent dans l'entreprise concernée. Les méthodes de gouvernance utilisées cherchent à développer une réelle implication et permettent de répondre au besoin de reconnaissance des professionnels en prenant en compte leurs idées, leur créativité, leur sens des responsabilités. La motivation des professionnels est essentielle pour progresser dans la qualité des produits ou des services<sup>2</sup>.

Ce premier chapitre est l'introduction au concept de gouvernance, de ce fait ses applications, son cheminement pour mieux l'appliquer au secteur hospitalier aussi les différents problèmes liés à sa transposition à ce secteur, puis quelques fondamentaux sur lesquels il devrait s'appuyer. Pour se faire nous avons retenu cet enchaînement :

Section 1 : la gouvernance comme matrice institutionnelle.

Section 2 : les missions du service public et la coopération sanitaire du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière.

Section 3 : le corps institutionnel et les systèmes de gouvernance hospitalière.

---

<sup>1</sup> The E manager, « *stratégies de gestion pour un renforcement des services de santé* », mars 2003, p.02.

<sup>2</sup> Mordelet P, « *Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux* », La réforme de l'hôpital, Paris, La documentation française, n° 352, 2009, p. 60-68.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## Section 1 : Gouvernance comme matrice institutionnelle

La gouvernance est un sujet de plus en plus important pour les responsables de la sante à travers le monde ; pour cet effet plusieurs pratiques et manières sont misent à l'acte pour que celle-ci puisse être amélioré.

### 1-1. Réflexions et Particularité de la gouvernance et territoires de sante

De nos jours la notion de gouvernance a largement dépassé ses fonctions pour intégrer le domaine de l'action publique « gouvernance territoriale », de la santé « gouvernance hospitalière » et du secteur privé non lucratif « gouvernance associative ».

L'application du concept de la gouvernance dans le secteur hospitalière relie aux différentes mutations qui le traversent tel que la professionnalisation des acteurs ,la complexification du cadre réglementaire et budgétaire et ton d'autres ,donc cela donne naissance à une nouvelle forme de régulation prônant la participation des usagers, fixant des exigences de qualification, d'évolution, de planification ou encore de contractualisation enfin ses perspectives de regroupement et de fusion percutent les pratique managerielles et celle de gouvernance .

#### 1-1-1. Définition de la gouvernance

Etymologie du terme gouvernance, il vient de l'anglais, GOVERNANCE, GOUVERNEMENT, venant du latin GUBERNARE, diriger un navire.

La gouvernance désigne l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un état, d'une institution ou d'une organisation quel que soit publique ou privée, régionale, nationale ou internationale<sup>3</sup>.

La gouvernance a pour but de fournir l'orientation stratégique de s'assurer que les objectifs sont atteints que les risques sont gères comme il le faut et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable elle veille en priorité au respect des intérêts des ayants droits (citoyens, pouvoirs publics, actionnaire...) et à faire en sorte que leurs voix soient entendues dans la conduite des affaires<sup>4</sup>.

#### 1-1-2. Définition de la gouvernance hospitalière

Associer à la responsabilisation des acteurs et de l'autonomie des établissements. Ceci rassemblé dans un plan, sur lequel les travaux gouvernementaux débutent, ces principes doivent conduire à une nouvelle loi hospitalière qui subordonne l'hôpital aux décideurs

---

<sup>3</sup> Site internet : <https://fr.wikipedia.org/gouvernance>, consulté le 05/09/2017.

<sup>4</sup> La gouvernance par les nombres : cours a l'école de France Alain Supiot, Editions Fayard, paris, 2015, p 14.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

administratifs, à la hiérarchie locale et aux « acheteurs de soins » aux déterminants des besoins sociaux et des patients eux-mêmes<sup>5</sup>.

### 1-1-3. Définition du territoire de sante

Le territoire de sante est l'espace défini par les pouvoirs public pour la mise en œuvre au niveau local des politiques de santé, doté d'un système de pilotage et de surveillance qui permet le bon fonctionnement et le contrôle de celui-ci.

Des limites géographiques ont été définies dans la démarche d'évaluation des mouvements de population entre les établissements de santé<sup>6</sup>.

### A- De la gouvernance des entreprises à la gouvernance hospitalière

La transposition de la question de la gouvernance des entreprises à la gouvernance hospitalière conduit à étudier les éventuels liens de causalité entre les systèmes de gouvernances visant à la régulation des comportements des dirigeants et de la performance des organisations.

Si la notion de gouvernance nous vient directement du monde de l'entreprise alors en la considère telle une matrice institutionnelle pour les autres organisations.

Sur cette base d'application de la gouvernance d'entreprise a l'organisation hospitalière ont devrait avoir pour objectif d'étudier les liens entre les systèmes de gouvernance visant la régulation des comportements des dirigeants de l'hôpital pour accéder à la perspective En matière de GE, la grille théorique dominante postule que l'efficacité et la performance de la grande firme cotée se mesurent à l'aune de la richesse des actionnaires, seule partie prenante considérée.

Cet objectif est abandonné dans la théorie partenariale de la Gouvernance d'entreprise, tant sur le plan explicatif que normatif. Il n'a bien entendu, aucune pertinence pour les hôpitaux qui sont des établissements publics. Il faut donc adopter une perspective partenariale pour analyser la gouvernance et la performance de ce type d'organisation, ce qui conduit à s'interroger sur l'identité des différentes parties prenantes à inclure dans un modèle de la Gouvernance Hospitalière<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Jean-Paul Domin, « *la nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics* », Ed la Découverte, 2004, p.550.

<sup>6</sup> Batifoulrier F, Noble F, « *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* », Dunod, 2005, p18.

<sup>7</sup> Pérez R, « *La gouvernance de l'entreprise* », Paris, La Découverte, Collection Repères Gestion, 2ème édition, 2009, p40.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

La comparaison des deux systèmes de gouvernance GE et GH conduit à conclure que les dirigeants des hôpitaux disposent d'une latitude significativement plus faible, tant ils sont insérés dans un maillage de mécanismes souvent très contraignants, tout particulièrement de nature intentionnelle, qu'ils soient spécifiques ou non.

En raison tant de la subordination de la stratégie d'un hôpital à la politique nationale de santé, les hôpitaux s'apparentent bien davantage à des centres de coût tels qu'ils peuvent exister au sein des grandes firmes qu'à de véritables entreprises autonomes et le qualificatif d'hôpital-entreprise, parfois employé, apparaît très excessif.

Du seul point de vue de la configuration des mécanismes intentionnels spécifiques, les leviers incitatifs au niveau de la rémunération des directeurs d'hôpitaux, même avec l'introduction d'une part variable, sont comme une mesure et des pratiques usuelles rencontrées dans les grandes entreprises, en particulier à travers les rémunérations sous formes d'actions ou de stock-options.

L'importance des mécanismes intentionnels ne doit toutefois pas conduire à ignorer la discipline assurée par les nombreux mécanismes spontanés qui sont vraisemblablement amenés à jouer de façon plus importante avec les réformes récentes. Cependant, ils sont loin d'avoir la place souvent prépondérante qu'ils occupent dans la gouvernance des grandes firmes.

Autrement dit, les modes globaux de régulation apparaissent très différents : la GH est avant tout une gouvernance intentionnelle par les pouvoirs publics et, même s'il existe des éléments de régulation spontanée, il est loin d'être garanti, notamment au vu du contenu des nombreuses réformes, que les évolutions se fassent globalement en faveur de cette composante de la gouvernance<sup>8</sup>.

### **B- Problèmes associés à la transposition du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière**

Une bonne gouvernance à l'hôpital implique une liberté de décision et d'action de ses dirigeants dans un cadre de politique de santé bien défini, car celui-ci ne vit plus sur la notion de métier avec tous les cloisonnements générés sur ses fonctions.

Dans les hôpitaux il faut impulser une nouvelle politique managériale basée sur une gouvernance près du terrain réactive et juste afin de réaliser des objectifs clairement définis ou chaque établissement trouvera sa place.

---

<sup>8</sup> Pérez R., 2003, « *La gouvernance de l'entreprise* », Paris, La Découverte, Collection Repères Gestion, 2ème édition, 2009, p. 62.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Cette gouvernance permettra une souplesse d'action qui se fera par des règlements d'intérieure propre à chaque établissement en tenant compte de sa culture, sa dimension, sa mission de service public ...

La modélisation de la gouvernance hospitalière devrait avoir pour objectif d'expliquer les différences de performance entre hôpitaux à partir de la capacité de leur système de gouvernance respectifs, aussi l'encadrement de leurs dirigeants pour une réduction des coûts.

Les dirigeants des hôpitaux sont censés être des « entrepreneurs publics » et leur mission est d'assurer au mieux la préservation du capital santé de la population dans le ressort territorial dans lequel ils ont la responsabilité. Mais cette modélisation passe par l'identification des différents mécanismes de gouvernance qui en délimitent la latitude des dirigeants des hôpitaux, contribuent à déterminer la performance hospitalière.

Cette latitude est fortement contrainte par le statut juridique ainsi que les conflits traditionnels existant entre le pouvoir managérial et le pouvoir médical d'autre part le mode de désignation des dirigeants aussi la perspective financière... Car les détonateurs d'action sont les parties prenantes. Donc la gouvernance hospitalière présuppose une identification préalable des différentes parties prenantes aux décisions des dirigeants hospitaliers.

Cela mène de nombreux établissements de soins publics au déficit financier et à une lourde perte due à plusieurs erreurs soit : de pilotage, soit de carence managériales, des personnels hospitaliers mal placés, de la lenteur et de la faiblesse de l'administration, aussi des directeurs mal préparés au management, et des comportements étranges d'élus...

En voulant tout faire, et partout l'hôpital souffre de la dispersion de ses actions, sa gouvernance s'embrouille dans une triarchie administrative, médicale et infirmière paraissant, qui ne facilite pas le développement d'une gouvernance sereine et d'un management uniquement fixé sur la prise en charge des malades et des blessés, l'hôpital est bien malade de sa propre désorganisation et de l'absence d'incitation à agir de ses acteurs<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Batifoulier P., Domin J.P. et Gadreau M, « *Politique de santé : la grande Transformation ?* », 2007, Économie Appliquée, p. 5-10.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## Section 2 : Les missions du service public et coopération sanitaire du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière

La notion du service public hospitalier se substitue des missions des services publics, de ce fait le système hospitalier se caractérise par une coexistence d'établissement de soin à caractère public et privé, formant un système public hospitalier sanitaire et social qui regroupe des établissements publics relevant des domaines sanitaires, social et médico-social comme les hôpitaux, les centres d'hospitalisation spécialisés, et ceux tous regroupés sous une appellation de « hôpital public » ce dernier est défini comme : personnes morales de droit public, assurant une mission de service public, qui est souvent rattachés à une commune et disposant d'une certaine autonomie de gestion<sup>10</sup>.

### 2-1. Les spécificités des établissements de santé

Un certain nombre de particularités sont à rappeler ;

#### 2-1-1. La complexité des établissements de santé qui est caractérisée par

- Des processus nombreux, en partie non standardiser d'évolution rapide ;
- Des métiers multiples et en évolution permanente ;
- Une sociologie particulière, notamment en ce qui concerne la répartition des pouvoirs de décision ;
- Une qualité des produits (résultat des soins délivrés) difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ;
- Une difficulté à identifier et à valoriser l'effet des démarches qualité (exemple : certains coûts de la non-qualité peuvent être supportés par la collectivité et non par l'établissement qui les a générés) ;

De plus, les modalités de régulation économique des soins de santé peuvent également engendrer de la complexité, Cependant ils ne sont pas les seules structures complexes à la fois dans leurs processus et dans la répartition des pouvoirs<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Didier Stingre, « les services publics hospitalier » 5e édition, 2012, p.29.30.

<sup>11</sup> Gasquet I, Lairy G, Ravaud P. « *Étude de la satisfaction des patients* ». In: Matillon Y, Durieux P, éd. L'évaluation médicale, Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2000. p.14.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## 2-1-2 Différents types de clients ayant des attentes très diverses

En se limitant aux clients externes, on peut lister les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les patients potentiels, les professionnels de santé externes qui adressent les patients et qui en assurent le suivi.

### 2.1.3. Le rôle des professionnels

- Les professionnels de santé sont conduits à délivrer un service en temps réel dont la qualité est dépendante de la qualité des décisions qu'ils prennent pour assurer une prise en charge adaptée.
- Chaque acteur (notamment les médecins) dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention, cette indépendance impliquant l'existence d'une responsabilité propre, prévue dans un cadre déontologique et juridique.

### 2-1-4. Les étapes de la prise en charge dans un réseau de soins

La qualité du résultat est souvent à appréhender à un niveau plus global que celui de l'établissement de santé<sup>12</sup>.

## 2-2. L'organisation hospitalière : une production et des pouvoirs particuliers

### 2-2-1. L'hôpital : lieu de production de prestations de services

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierique de la « production » semble inopportune, du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire<sup>13</sup>. La logique apparente, affichée, ne sera pas de produire des soins, mais de susciter la guérison, de faire recourir au patient un meilleur état de santé.

On parle aussi de l'hôpital, dans la production dans la distinction, qui se décline d'abord au niveau des rapports entre médecins, elle se retrouve également aussi au niveau de la direction de l'établissement.

Donc nous pensons que l'hôpital est comme lieu de production de prestations de services. Il s'agira de tenter une caractérisation de cette production et de son organisation. HATCHUEL A. et SARDAS J.C. « caractérisent le système productif comme un agencement d'entités, de ressources, de tâches et de modes de pilotage. Les entités constituent les cibles, leur circulation constitue la nature des activités productives.

---

<sup>12</sup>Gasquet I, Lairy G, Ravaud P, OP, CIT, p 17-20.

<sup>13</sup>VINOT D, « *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation* », thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Les ressources concourent à la transformation des entités, ce sont donc, des machines, des locaux, des savoirs, des compétences des acteurs et du financement. Les tâches précisent le niveau de description des opérations. Une tâche permet de croiser une entité avec les ressources mobilisées. Les modes de pilotage de la production réunissent les actions réalisées par un ensemble d'acteurs, ces modes sont dépendants de la définition de la performance »<sup>14</sup>.

D'après MINVIELLE E. « le système de production hospitalière peut être approché de la façon suivante : le patient est une entité qui est l'objet du processus envisagé, les ressources sont notamment constituées du personnel des services cliniques ou logistique, mais également des techniques utilisées, les tâches servent de support à l'organisation du travail, assurant la prise en charge du patient, et enfin, le pilotage se situe dans les unités de soins.

Le pilotage de la prise en charge ne se satisfait donc pas de la seule expertise médicale, mais peut difficilement se suffire d'un ajustement entre les seules unités de soins. L'ensemble doit être coordonné au sein de l'établissement par une fonction, s'assurant de la mise en œuvre et du suivi du dispositif et de la formalisation de la prise en charge »<sup>15</sup>.

### 2.2.2. L'hôpital : Un pouvoir bicéphale

#### A. Le concept de pouvoir

Le pouvoir est une notion qui revêt des aspects multiples et ce terme peut désigner des réalités différentes :

- Le pouvoir est une fonction de l'Etat : pouvoir législatif, judiciaire, exécutif. En ce sens, le pouvoir est exercé sur l'ensemble du corps social ;
- Le pouvoir représente les compétences juridiques d'une personne et a trait à la fonction qu'il occupe ;
- La hiérarchie, dont le sens littéral est « pouvoir sacrer », est associée au pouvoir de commandement. Le pouvoir hiérarchique est un attribut des organisations telles que l'armée<sup>16</sup>.

#### B. Les pouvoirs au sein de l'hôpital

Les établissements publics de santé sont caractérisés par la cohabitation de deux pouvoirs :

- Le pouvoir administratif du directeur ;
- Le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins.

---

<sup>14</sup>VINOT D, *Op cit*, p.214.

<sup>15</sup> Idem, p.218.

<sup>16</sup>JUILLIARD-FOURNIER N., « *L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique* », 2002, p.24.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

J.M.CLEMENT souligne, que, « lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs... »<sup>17</sup>. Selon cet auteur, les modalités de recrutement, de nomination et de carrière des médecins et des directeurs qui entraînent ces différences d'objectifs. Ce qui pose problème, selon lui, est, l'absence de pouvoir arbitral. On parle aussi, dans les organisations, de pouvoir pyramidal, où les lignes hiérarchiques et la division du travail entre les concepteurs et les opérateurs rendaient clairement visible la détention du pouvoir<sup>18</sup>.

Au sein de l'organisation hospitalière, le pouvoir est chez les opérateurs professionnels. Les jeux de pouvoir se focalisent sur deux enjeux principaux, le premier est celui de l'attribution des ressources financières, matérielles ou en support logistique, bien que les professionnels soient, peu impliqués dans les buts organisationnels, ils comptent sur l'organisation pour qu'elle fournisse les ressources nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

L'autre enjeu concerne ce que l'on appelle le processus de classement ; vers quel professionnel, vers quel service, le patient à l'hôpital va-t-il être orienté ? Si le pouvoir est dans les mains des professionnels, le sommet stratégique n'en est pas dépourvu, parce qu'il est le mieux placé pour gérer les nombreux conflits, mais il joue aussi un rôle important dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de liaison entre services<sup>19</sup>.

### C. Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif

Ce pendant des relations au sein de l'hôpital entre le pouvoir médical et le pouvoir gestionnaire, se caractérise par la prééminence du métier technique de base (la technique médicale), reléguant en dernière place la dimension managériale et organisationnelle. Aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique, mais aussi sur sa capacité à manager, animer une équipe, et travailler dans la transversalité.

Beaucoup d'expériences mettent en avant la domination, dans les pratiques, de la technique sur le management, où la direction déplore le temps passé par l'encadrement à la technique au détriment de l'animation, du pilotage et du management des équipes. Cette difficulté est ressentie comme une frustration pour le personnel encadrant, qui se trouvent débordé en termes de charge de travail, et qui ne parvient pas à assurer son rôle correctement.

---

<sup>17</sup> CLEMENT J-M., « *Réflexions pour l'hôpital* », les études hospitalières, Bordeaux, 1998, p. 25.

<sup>18</sup> *Idem*, p.27.

<sup>19</sup> CHEVALLIER J., « *Science administrative* », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986, pp. 45-46.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Il s'ensuit des difficultés de relations et de communication au sein des équipes et des défauts de qualité importants en raison du manque de pilotage effectif des responsables<sup>20</sup>.

Face au pouvoir bicéphale, les organisations hospitalières doivent allier, les préoccupations de gestion et l'exercice d'un professionnalisme de pointe. Les professionnels de santé doivent comprendre la gestion de la structure dans laquelle ils exercent, les gestionnaires doivent avoir toujours à l'esprit le fait que la valeur de l'entité qu'ils dirigent est médicale<sup>21</sup>.

## 2-3. Les établissements de santé et leurs missions

### 2-3-1. Les établissements de sante

Pour répondre à la demande de qualité et d'accessibilité aux soins des malades, c'est l'organisation interne des hôpitaux qu'il faut améliorer. Encore faudrait-il ;

- Produire les données qui préluideront à une politique de soins adaptée, en définissant le rôle exact et le temps des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des secrétaires, et des agents techniques.
- Evaluer les actions médicales et paramédicales entreprises et à modifier les procédures en conséquence.
- Analyser ce qui doit rester spécifiquement à l'hôpital et ce qui peut être sous-traité.
- Le maintien du statut des hôpitaux publics est finalement un chiffon rouge que l'on agite pour éviter de se lancer dans une restructuration à haut risque électoral et syndical.

Ces missions d'ordre général que les établissements de soins publics supportent n'expliquent pas à elles seules les déficits abyssaux de certains établissements petits ou grands, dont les projets ne correspondent pas à une analyse pertinente de leurs capacités à produire des soins de qualité et dont la gestion laisse à désirer par défaut d'indicateurs précis. Sans savoir concrètement ce que l'on dépense et pourquoi, il est illusoire d'optimiser son budget. Sans connaître la qualité de ses prestations, on ne peut ni situer son niveau d'excellence, ni s'améliorer.

Pour évaluer, il faut d'abord mesurer. La priorité des priorités est d'équiper les établissements des systèmes informatiques utiles à la collection des données multiples qui, remises en lignes et analysées avec pertinence serviront de base indispensables à la réorganisation du travail des personnels, médecins y compris.

---

<sup>20</sup> KRIEF N., « Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public », communication réalisée à l'université Lumière Lyon 2, centre de recherches ISEOR, p.10-12.

<sup>21</sup> *Idem*, p.14.15.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Il existe incontestablement des tendances particulières de la production de soins publics que nul ne saurait nier qui sont les missions des établissements de santé<sup>22</sup>.

## 2-3-2. Les missions des établissements de santé

Les missions des établissements de santé sont communes à l'ensemble des organismes de santé quel que soit leur statut : public ou privé. et celle-ci se résume en générale à :

- Les hôpitaux assurent à une très grande majorité de missions d'intérêt général ou public qui peuvent entraîner des prises en charge extrêmement coûteuses ;
- L'assurance des diagnostics, la surveillance, et le traitement des malades, des blessés... ;
- Ce sont eux qui soignent les malades les plus fragiles et socialement défavorisés expliquant des durées d'hospitalisation plus longues que la moyenne nationale ;
- La délivrance des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire, ou à domicile ;
- Certaines pathologies chroniques ne sont pas financées à la hauteur de l'engagement des équipes hospitalières qui les prennent en charge car la Tarification à l'Activité ne prend pas en compte le temps passé sans actes codés<sup>23</sup> ;
- Participation à la mise en œuvre de la politique de santé publique ainsi qu'émission de dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- Mener en leurs seins une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- Elaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ;
- Aussi assurer une permanence de soins.
- L'enseignement universitaire ;
- La recherche ;
- L'aide médicale urgente ;
- Les actions de santé publique<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup>Guy Vallancien , « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire* », 10 juillet 2008, p.09-12..

<sup>23</sup>Idem, p.18.

<sup>24</sup> Didier Stingre , « *les services publics hospitalier* » 5<sup>e</sup> édition, 2012, p.31.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## Section 03 : Le corps institutionnel et les systèmes de gouvernance hospitalière

La gouvernance constitue un axe essentiel d'une réforme de grande ampleur : les processus mis en œuvre prennent appui sur multiples volets portant sur un nombre de réformes et de méthodes afin de rétablir à l'hôpital sa spécificité et son environnement évolutif face à des réformes nouvelles.

### 3-1. Les différentes parties prenantes de la gouvernance hospitalière

Pour les identifier, il est nécessaire de revenir sur les missions qui sont attribuées aux hôpitaux par le législateur. Quel que soit leur statut, public ou privé, les établissements de santé dits d'intérêt collectif sont chargés d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients...

Cette mission générique s'inscrit dans la mise en œuvre de la politique de santé publique qui passe par la coordination de l'offre de soins dans le cadre défini au plan régional.

Les hôpitaux sont de plus chargés d'un certain nombre de missions de service public telles que la permanence des soins, la formation du personnel médical, l'éducation et la prévention en matière de santé, l'enseignement universitaire et la recherche...<sup>25</sup>.

En termes d'efficience, l'objectif des hôpitaux peut se formuler comme la préservation, sur le long terme, du capital santé de la population au meilleur coût possible, avec des contraintes fortes liées en particulier à l'accès aux soins et à leur qualité. Une telle formulation se traduit par une grande complexité dans l'évaluation de la performance, comparativement à ce qu'elle est pour une firme cotée.

Cette complexité est liée à la nature et aux conséquences des prestations assurées ainsi qu'à la spécificité des ressources humaines, des matériels mobilisés et des modes de financement, tous éléments auxquels sont associées les différentes parties prenantes.

L'adoption d'une perspective partenariale implique une évaluation de la performance indissociable des conséquences de l'activité hospitalière pour les différentes parties prenantes.

Dans une première analyse, les principales parties prenantes sont les usagers, les personnels médicaux et non médicaux (dont les managers) et les financeurs publics ou non (État et collectivités locales, compagnies d'assurances).

Une analyse plus large conduit à inclure d'autres acteurs, tels que les entreprises privées qui ont tout intérêt à ce que le capital santé de leurs salariés soit préservé et concourent au financement de la sécurité sociale.

---

<sup>25</sup>Didier Stingre, « *les services publics hospitalier* » 5e édition, 2012, p.29.30.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Une analyse sommaire des objectifs de ces différents stakeholders montre que les conflits d'intérêts sont potentiellement nombreux et importants, surtout dans un domaine aussi sensible que la santé. Les usagers ont intérêt à recevoir les meilleurs soins dans les meilleurs délais sachant qu'ils contribuent également au financement, soit de façon directe, soit de façon indirecte (comme contribuables ou assurés), qu'il peut y avoir des décalages temporels importants entre les contributions financières et le moment où ils bénéficient des soins et, enfin, qu'ils peuvent choisir entre prestataires de soins publics ou privés. Pour les personnels médicaux, au-delà des rémunérations, explicites ou implicites, et des conditions de travail, les objectifs peuvent également se traduire en termes de préservation et d'accroissement des compétences et du capital humain.

Les objectifs des financeurs sont également particuliers. Ceux des assureurs (en dehors de la couverture assurance maladie assurée par l'État) varient en fonction de leur forme juridique (mutuelles ou non). Quant aux financeurs publics, leurs objectifs, notamment d'équilibre financier, sont fortement contraints par les préoccupations électorales nationales ou locales des élus politiques, la dimension fiscale constituant fréquemment un argument de poids<sup>26</sup>.

La composition des CS reflète, au moins en partie, cette diversité et la délicate question des arbitrages à réaliser entre ces intérêts qui peuvent être fortement divergents. Une catégorie non évoquée est celle des dirigeants qui, dans la perspective de la GE, sont censés constituer une variable centrale pour expliquer la performance de la firme.

Transposée dans un cadre partenarial et appliquée à l'hôpital, cette problématique implique que l'origine d'une moindre performance hospitalière est à rechercher dans les conflits d'intérêts entre les dirigeants et les différentes parties prenantes et, en élargissant, dans une capacité insuffisante des dirigeants à arbitrer entre les conflits d'intérêts entre différentes parties prenantes, voire à profiter de ces conflits, pour satisfaire leurs propres objectifs (rémunération, carrière, enracinement, avantages non pécuniaires...) selon l'hypothèse traditionnelle d'opportunisme.

Le système de GH est alors à examiner dans sa capacité à réduire les coûts d'agence nés de ces conflits d'intérêts, dans un cadre où il y a autant de « principaux » que de stakeholders<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup>Mordelet P, « Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux », La réforme de l'hôpital, Paris, La documentation française, n° 352,2009, p. 61-65.

<sup>27</sup> Idem p.70.73

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## 3-2. Les dysfonctionnements et les freins dans les établissements de santé

De nombreux problèmes sont associés à la transposition du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière.

### 3-2-1. Les disfonctionnements dans les établissements de santé

La modélisation de la GH devrait avoir pour objectif d'expliquer les différences de performance entre hôpitaux, à partir de la capacité de leurs systèmes de gouvernance respectifs à encadrer les décisions de leurs dirigeants de façon à réduire les coûts d'agence avec leurs « principaux ». Les dirigeants des hôpitaux sont censés être des « entrepreneurs publics » ayant le statut d'agents d'un ensemble de parties prenantes qui leur confient des ressources avec la mission d'assurer au mieux la préservation du capital santé de la population dans le ressort territorial dont ils ont la responsabilité.

Cette modélisation passe par l'identification des différents mécanismes de gouvernance qui, en délimitant la latitude des dirigeants des hôpitaux, contribuent à déterminer la performance hospitalière. Cette latitude est fortement contrainte par le statut juridique.

Les hôpitaux, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, sont soumis au contrôle de l'État et leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Leur action s'inscrit dans une politique nationale de santé définie et régulée par l'État notamment à travers le code de la santé publique et l'organisation de l'offre territoriale de soins confiée aux agences régionales de santé.

Ces agences sont chargées de piloter le système de santé au niveau régional dans le cadre de projets régionaux définissant des objectifs pluriannuels et d'un schéma régional d'organisation des soins contraignant l'offre de soins, les programmes d'équipements lourds et les coopérations entre établissements.

Si latitude des dirigeants des hôpitaux il y a, le statut public et l'organisation de la politique nationale de santé et sa déclinaison au plan régional l'encadrent très fortement et, dès à présent, on peut conclure qu'elle sera sensiblement moins importante que celle des dirigeants des grandes entreprises privées. Au-delà de la tutelle publique particulièrement présente dans le domaine de la santé, deux questions importantes se posent pour pouvoir modéliser la GH.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup>Coriat P., 2009, « Contre le volet gouvernance de la réforme de l'hôpital. Entretien avec Pierre Coriat », in La réforme de l'hôpital, Paris, La documentation française, n° 352, 2009, p. 24.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Premièrement, la question de l'encadrement des décisions des dirigeants est indissociable de celle de la localisation du pouvoir décisionnel. Si, dans l'entreprise privée cette identification est relativement aisée, elle est plus complexe pour les hôpitaux en raison, d'une part, des conflits traditionnels existant entre pouvoir managérial et pouvoir médical, d'autre part, du mode de désignation des dirigeants.

Deuxièmement, dans la perspective financière, le critère d'efficacité qui sert également d'objectif de performance ; la richesse des actionnaires mesurée sur la base du marché financier supposé efficace ; est clairement établi, sous l'hypothèse, cependant, que les actionnaires sont les seuls « créanciers résiduels ».

Dès qu'on introduit une perspective partenariale que ce soit pour les firmes privées ; elle est déjà présente chez Berle et Means ou, a fortiori, pour les organisations publiques, la question de l'évaluation de la performance se complexifie en relation avec la multiplication des stakeholders qui constituent autant de « principaux » à la relation d'agence avec les dirigeants. L'analyse de la GH présuppose ainsi l'identification préalable des différentes parties prenantes aux décisions des dirigeants hospitaliers<sup>29</sup>.

## 3-2-2. Les freins spécifiques au milieu hospitalier

### 1- Les caractéristiques socio organisationnelles

L'hôpital est un terrain social marqué par des identités professionnelles fortes, tant du côté médical que paramédical, favorisant la création de zones de pouvoir éclatées dans l'organisation et de hiérarchies parallèles. La communauté médicale est très attachée à son autonomie, au moins dans son domaine d'expertise, domaine sur lequel la direction a peu de moyen de contrôle, il existe même chez certains médecins une volonté de s'impliquer dans la gestion.

De plus, le monde hospitalier est marqué par des modes de contrôle traditionnels, contrôle culturelle, hiérarchique, procédural, qui ont fondé jusqu'à présent l'organisation des tâches et missions dévolues à l'hôpital.

Cet ensemble d'éléments peut expliquer les réticences des professionnelles de santé à accepter un nouveau mode de contrôle imposé par les gestionnaires et donc considéré comme un moyen pour la direction de s'immiscer dans les pratiques professionnelles en contrôlant les résultats.

---

<sup>29</sup> Berle A, et Means G.C, 1932, *The Modern Corporation and Private Property*, New-York, Macmillan, p18.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## 2- Les obstacles managériaux

On a vu que le fonctionnement du processus de contrôle de gestion était conditionné par des moyens d'incitation et de motivation des responsables opérationnels. Or il n'existe pas de moyens d'incitation forts. Les mécanismes de motivations individuels se heurtent aux règles de la fonction publique hospitalière qui empêchent toute dérogation en matière de rémunération ou de promotion. Sous l'angle collectif, des formes d'intéressements peuvent être envisagées mais avec des marges de manœuvre financières limitées<sup>30</sup>.

## 3- Les freins techniques

Tout processus de contrôle de gestion repose sur des systèmes d'information performants, constater le retard pris par les hôpitaux dans ce domaine, dans de nombreux établissements un manque d'automatisation de comptabilité analytique... Dans la plus part du temps les systèmes d'information ne sont pas intègres, les données restent éparées et éclatées dans l'organisation par défaut de centralisation .ainsi aucune exploitation synthétique de l'information n'est possible est pire ce défaut d'intégration engendre doublons et erreurs car la saisie n'est pas réalisée en temps réel et n'est pas suffisamment décentralisée au niveau opérationnel<sup>31</sup>.

### 3.3. Établir à l'hôpital une gouvernance efficace et respectueuse

L'hôpital, comme toute entreprise est un univers où se confrontent des intérêts souvent divergents, entre dirigeants eux-mêmes pour le pouvoir, entre employés et encadrement, entre direction et syndicats. Des difficultés surviennent aussi entre les producteurs et les clients, entre les fournisseurs et les producteurs. La communauté d'établissements expose au risque de voir les grosses structures récupérer les budgets et ne laisser que les miettes aux petites ; or travaillent dans nos hôpitaux, quelle que soit leur taille, des personnels qui peuvent être remarquables, capables d'initiatives et de dévouement sans compter. Comment les reconnaître, comment les fédérer pour agir contre la maladie ? Réussir une bonne gouvernance hospitalière au service des citoyens consiste à mêler deux motivations :

- La motivation à agir des dirigeants qui doivent réussir à faire vivre leur entreprise de façon autonome et prospère et en retour recevoir un bénéfice à la hauteur de leurs responsabilités et de leur bilan ;

---

<sup>30</sup> CAUVIN C, « établissements de santé : spécificité de la gestion »encyclopédie de gestion. Vol 1, paris economica, 1997, p.42.

<sup>31</sup> Cindy BAGES, mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2006, p.32.33.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

- La motivation à agir des employés de l'établissement, médecin y compris, qui dépend de trois facteurs : Les conditions de travail, la participation à un projet d'équipe et d'établissement, la reconnaissance financière. Seule la combinaison de ces aspirations est capable de générer une productivité accrue des acteurs dans un respect social partagé. Toute rupture de cet équilibre fragile qui dépend avant tout de l'écoute des dirigeants vis à vis des personnels et d'un dialogue social honnête et permanent est source de conflit. Or aujourd'hui, l'hôpital public ne sait plus offrir des conditions de travail apaisées, et ne reconnaît pas financièrement celles et ceux qui se donnent plus que les autres pour le faire vivre<sup>32</sup>.

### 3-3-1. Une bonne gouvernance passe par une évaluation objective des hommes

Cette analyse des résultats attendus à partir des objectifs définis en commun et basée sur des indicateurs simples et pertinents est le garant d'une démarche de qualité à laquelle tous les acteurs du monde hospitalier devraient adhérer, direction, médecins, infirmiers, agents des divers métiers.

Une bonne gouvernance respecte les personnels et lorsqu'il y a inadéquation entre un poste et celui ou celle qui l'occupe, le centre de gestion devrait assurer sa mission de reconversion dans un parcours professionnel flexible et sécurisé à la fois. Une bonne gouvernance utilise la délégation de tâches et de responsabilités qui motivent les acteurs. Elle réduit le nombre d'instances et de commissions internes, source de pertes de temps, elle évalue en temps réel sa production grâce à des indicateurs reconnus par tous.

Une bonne gouvernance sait reconnaître la compétence et le dévouement des hommes, tels sont les changements de management et de comportements, dont l'hôpital a tant besoin au risque de déranger. L'esprit d'entreprise n'est pas fait pour plaire, il est fait pour agir et valoriser les hommes au service de la qualité pour les malades.

#### A- Mettre l'accent sur la formation et l'information

Un renforcement de la formation, de l'information et de l'accompagnement. Il est nécessaire de mettre l'accent d'une part sur la gestion de la centralisation et d'autre part sur la gestion des conflits.

Les freins à la mise en place de la gouvernance sont une manifestation, notamment, de la difficulté du monde hospitalier à envisager des changements même si par ailleurs il les réclame.

---

<sup>32</sup> GAY VALLANCIEN, OP, CIT, p.14.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Et cela se fait par une formation sur la gouvernance ses objectifs, d'autant un accompagnement peut être proposé pour soutenir les établissements avec une mise en place de formations a l'intention des cadres<sup>33</sup>.

### **B- Rechercher un accompagnement nécessaire**

Parallèlement à la formation, certain établissements ont besoin d'accompagnement. Pour les établissements qui disposent de moyens limités un appui technique pour la mise en place d'outils interne (des journées de mutualisation, d'expérience et de partage d'outils...) un soutien méthodologique pourrait être mis en place à l'échelon du territoire de santé pour les établissements qui s'engage dans la démarche<sup>34</sup>.

### **C- Mobiliser le corps médical sur l'avenir de l'hôpital public**

Il est opportun de rendre les médecins conscients de leurs responsabilités dans l'attractivité de l'établissement ou ils travaillent.

Multiplier les contacts avec les médecins un partenariat permettra une meilleur vision pour l'hôpital public.

### **D- Accompagner l'évolution des établissements**

Les petits établissements se sentent peu concernés par une réforme dont ils pensent ne pas être le cœur de cible. Ils sont aussi fragiliser par la remise en cause de certains de leurs activités et doivent développer des projets nouveaux pour y remédier il faudrait donc activer des groupe de travail prenant appuis sur des projets médicaux de territoire pour développer les activités répondant aux besoins<sup>35</sup>.

#### **3-3-2. L'hôpital a besoin de modes d'organisation stables pour être bien gouverné**

- La triarchie actuelle nocive qui pilote les établissements de soins. Les trois pouvoirs, administratif, médical et infirmier ne facilitent pas les prises de décision et génèrent plutôt l'immobilisme en se neutralisant. Il existe des fonctions stratégiques et d'autres tactiques qui ne peuvent se mélanger. Une bonne gouvernance ne consiste pas à mettre tout le monde à la direction, mais en premier lieu à établir une hiérarchie dans la responsabilité et la prise de décision.
- Le statut de fonctionnaire à vie des personnels administratifs, médicaux et autres parfois intouchables qui obèrent la dynamique de production.

---

<sup>33</sup> BICHER E , FELLINGER F, « mise en place de la nouvelle gouvernance, évaluation dans 100 centre hospitaliers », réflexion hospitalière n°513, décembre 2006, p.68.

<sup>34</sup> B. Bonnici, D. Debrosse « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », revue réflexions hospitalières, juin 2007, p.52-53.

<sup>35</sup> DUPUY O « la nouvelle gouvernance hospitalière » heure de France, 2007, p.44.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

Gouverner sans pouvoir embaucher ou débaucher en fonction des besoins de l'établissement de soins revient à administrer sans risque une structure qui attendra toujours d'être sauvée par les deniers publics dans une politique de repassage injuste pour ceux qui font les efforts d'évoluer et émolliente pour ceux qui vivent de l'aumône étatique.

- Les règles rigides de la comptabilité et du code des marchés publics qui gênent les investissements en matériels ou les retardent, limitant d'autant les capacités d'achat.
- Le rôle de la Commission Médicale d'Etablissement, organisme qui regroupe les chefs de pôles et les élus du corps médical, dont l'ambiguïté des prérogatives ne favorise pas toujours une collaboration sereine avec l'administration.
- L'absence de délégation financière vraie aux différents pôles médicaux par crainte de voir les médecins s'approprier la gestion de leur outil de travail qui, en édulcorant fortement le projet initial du plan de Hôpital, démobilise ceux qui y avaient cru.
- Une multiplicité d'instances, de commissions et autres comités qui pourraient se regrouper au sein d'un Comité d'Entreprise efficace et responsable.

En utilisant les mots de la gouvernance d'entreprise, l'hôpital veut jouer les modernes, sans aller au bout de la logique d'un management vrai basé sur une autorité incontestée qui en retour reconnaisse celles et ceux qui se donnent à la cause publique. Année après année, les meilleurs se désespèrent et baissent les bras en assurant le minimum légal ou quittent le navire en silence pour d'autres cieux. Des professeurs des universités n'ont pas trouvé preneur, L'élite se tourne de plus vers le privé, gâchis inacceptable d'une formation longue et chère..... Par un laxisme coupable, à ceux qui ont épuisé des hommes dévoués et compétents en les enfermant dans un système devenu ingérable, dispendieux et sous productif<sup>36</sup>.

---

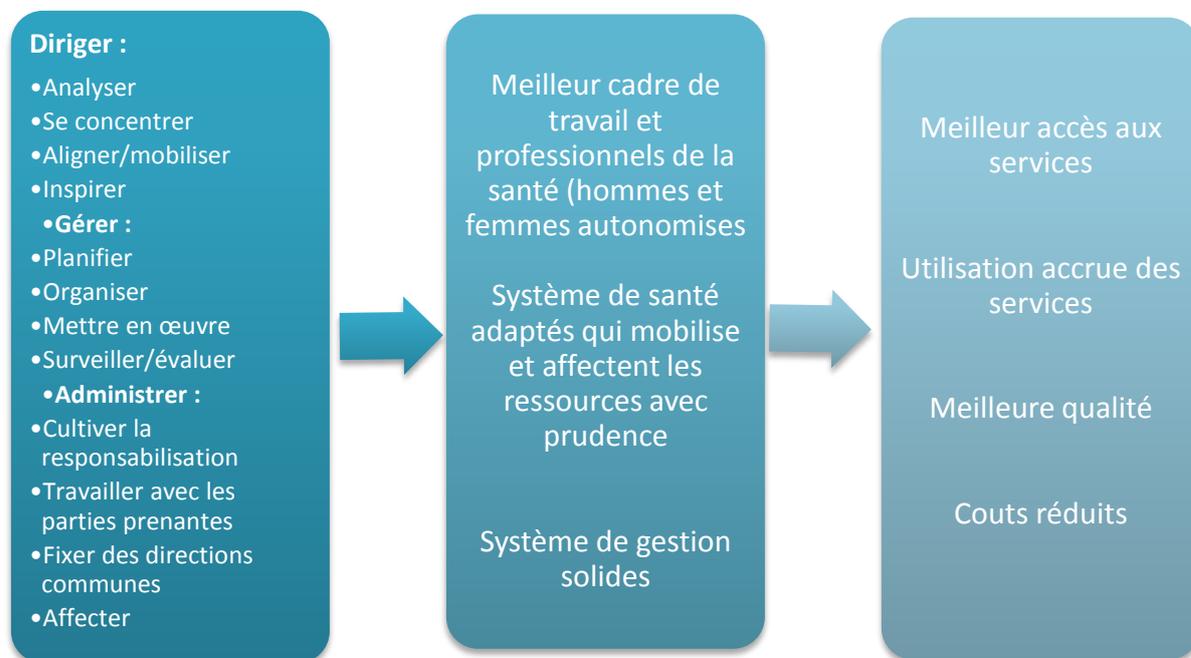
<sup>36</sup> Guy Vallancien, OP,CIT, p13.14

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

Schéma 1 : Modèle de leadership, management et gouvernance orienté sur les résultats.

Personnes et équipes habilitées à  
Diriger, gérer et administrer

Meilleur système de santé



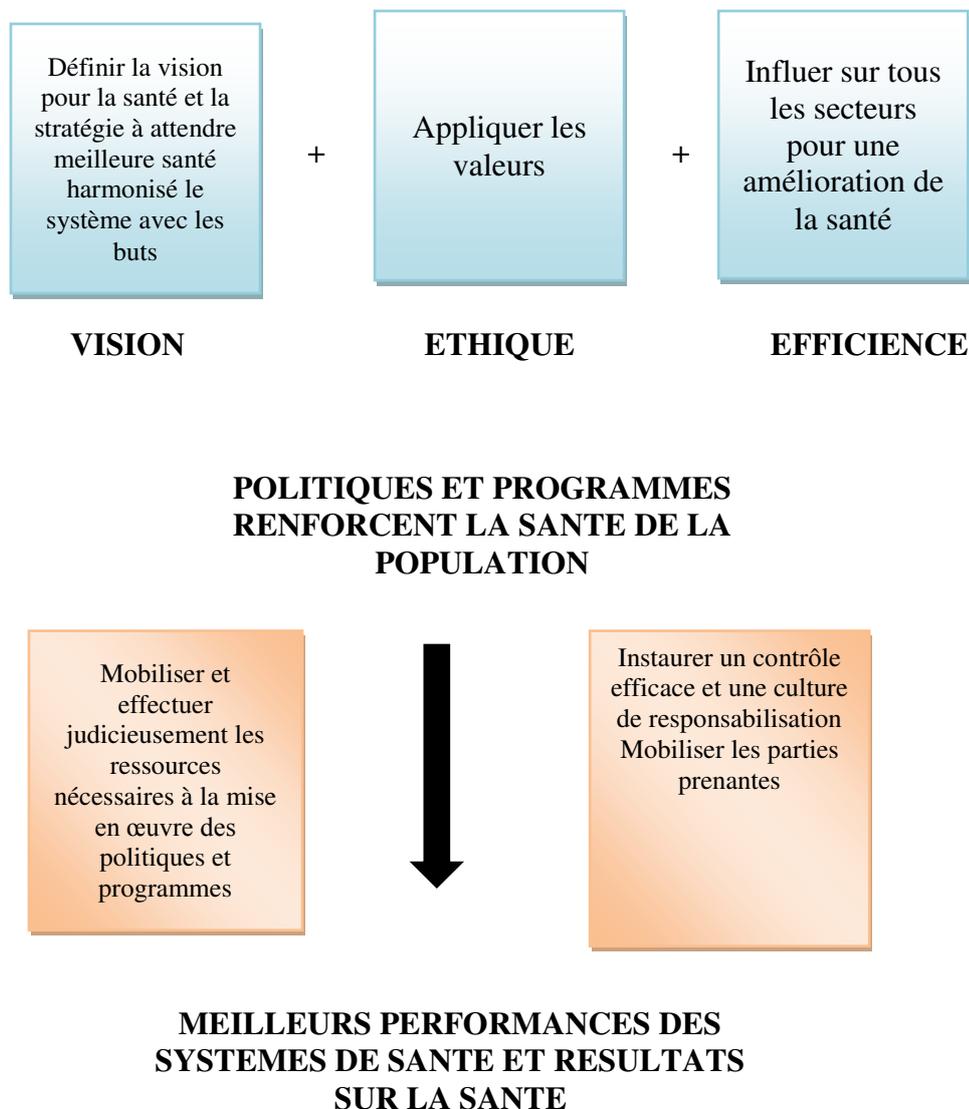
Source : THE eManager, « stratégies de gestion pour un renforcement des services de santé » .P 3

Le schéma 01 illustre le modèle LMG de leadership, gestion et gouvernance permettant d'obtenir des résultats. Sur la gauche figurent les pratiques clés qui doivent être employées pour diriger, gérer, et gouverner. Les dirigeants doivent savoir comment traiter rapidement l'information, se concentrer, harmoniser/mobiliser leur organisation et être une source d'inspiration. Les gestionnaires doivent savoir planifier, organiser, mettre en œuvre, contrôler et évaluer. Les responsables de la gouvernance, quant à eux, doivent savoir cultiver la responsabilisation, travailler avec les parties prenantes, fixer des orientations communes et affecter judicieusement les ressources.

Conjuguer les unes aux autres et touchant tous les aspects du système de santé ces pratiques permettent d'améliorer les performances de ce système, ce qui permet ensuite d'obtenir des meilleurs résultats dans le domaine de santé.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

## Schéma 02 : Modèle conceptuel d'administration



Source : THE eManager, « stratégies de gestion pour un renforcement des services de santé » .P 17

De nos jours, la pensée éthique se fonde sur les concepts de droits de l'homme, de libertés individuelles et d'autonomie, et sur la réduction optimale du mal causé à autrui. Le concept d'égalité ou de considération égale accordée à chaque personne est essentiel. L'éthique est la discipline qui définit ce qui est moralement bien ou mal, correct ou incorrect. La morale, quant à elle, consiste à déterminer si une personne se conforme effectivement aux idéaux de la bonne conduite humaine. L'éthique et la morale sont toutes deux liées à l'intégrité individuelle.

## Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

L'absence d'intégrité éthique et morale peut survenir dans tout domaine du secteur de la santé ; par exemple dans le cadre de la construction et de la remise en état de bâtiments, l'achat de matériel, de fournitures et de médicaments, la formation des professionnels de la santé et la prestation de services par le personnel médical et autre personnel de santé. Le manque d'intégrité se manifeste de bien des façons : pots-de-vin, dessous-de-table, piètres performances, refus d'appliquer des politiques institutionnelles, absentéisme, paiements parallèles ou vol de ressources publiques.

La corruption du système de santé entraîne une augmentation des coûts et une baisse de la qualité des soins, touchant le plus durement la population la plus défavorisée lorsque les services tendent à favoriser l'élite de la société. Les femmes pauvres, par exemple, peuvent alors ne pas bénéficier de services médicaux essentiels, simplement parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer ces frais supplémentaires. Certains patients peuvent ne pas recevoir de soins de qualité. Il existe un risque de préjudice. Donner l'opportunité de relever ces défis en raison des médicaments et du matériel de qualité inférieure, des traitements inappropriés et de la formation inadaptée du personnel.

Les patients et la population perdent foi et confiance dans le système de santé et le gouvernement lorsque le système -de santé est gangrené par la corruption. Le gouvernement perd alors, dans une certaine mesure, sa légitimité.

Le concept d'efficacité et de viabilité du système de santé dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires revêt une importance croissante étant donné que, dans un grand nombre des pays, il existe un décalage entre les plans opérationnels développés et l'affectation, l'utilisation et le contrôle réels du budget. L'affectation responsable des ressources permet d'améliorer l'efficacité, qui permet à son tour de renforcer la viabilité du système.

# Chapitre I : La gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier

---

## Conclusion

La gouvernance ne contribue à expliquer la performance des organisations que si les dirigeants disposent d'une certaine latitude. Cette influence reste très discutée en matière de gouvernance d'entreprise alors que les systèmes de gouvernance sont beaucoup moins contraignants que dans le domaine hospitalier. On peut donc s'interroger sur la capacité de la gouvernance à expliquer les différences de performance entre les différents hôpitaux dans une perspective microéconomique.

En revanche, il est plus vraisemblable qu'elle puisse être un facteur explicatif important, si on compare les performances des différents systèmes nationaux de gouvernance hospitalière<sup>37</sup>.

L'amélioration de la gestion des hôpitaux ne peut se faire que s'il y'a plus d'autonomie en matière de gestion et de décision, et que la tutelle et le ministère de la santé fournissent des efforts et coopèrent avec les professionnels de santé et les gestionnaires des établissements et offrent des conditions favorables.

Au final la mise en œuvre de la gouvernance dans le secteur hospitalier rencontre de difficulté car il reste difficile d'adhérer l'élément constitutif a des projets commun.la gouvernance repose grandement sur la capacité des responsables à mobiliser leurs équipes.

---

<sup>37</sup>B.Bonnici, D.Debrosse « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », revue réflexions hospitalières, juin 2007, p.102.

**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 la production de soins devient un problème managérial et l'adoption de nouvelles méthodes et pratiques constitue un nouveau défi pour le management.

Ainsi, 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. L'organisation hospitalière est donc une organisation complexe, marquée par des particularités de fonctionnement.

Ce deuxième chapitre est consacré à présenter quelques éléments concernant le management hospitalier, comme un champ d'application de l'organisation hospitalière, d'aborder le modèle organisationnel utilisé concernant ces organisations, ses évolutions. Enfin, d'évoquer les caractéristiques et les spécificités de ces organisations. Et pour ce faire, nous avons retenu le cheminement ci-après :

- La section 1 : les spécificités de management hospitalier ;
- La section 2 : le contrôle de gestion en milieu hospitalier ;
- La section 3 : la stratégie managériale du développement du secteur sanitaire.

**Section 1 : Spécificités de management hospitalier**

Aujourd'hui l'hôpital, dans le contexte de turbulence qu'il vit, a besoin de gestionnaires compétents. Mais, il a besoin aussi des leaders, hommes ou femmes, perçus par les équipes de terrain, comme porteurs de sens et capables de les guider vers des objectifs précis et stimulants pour eux.

**1-1 Management hospitalier**

Le management hospitalier est un ensemble des techniques d'organisation des ressources mise en œuvre dans le cadre de l'administration d'une structure de santé, afin d'obtenir une performance satisfaisante dans un souci d'optimisation de la gestion hospitalier.

**1-1-1 Définition, rôle, enjeux**

Le management est posé comme l'art de diriger une organisation et de prendre les décisions nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

**A- Définition**

Bien que d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup> ».

Par rapport à ces deux définitions, il existe deux horizons du management : le management stratégique c'est au niveau de la direction qui met en perspective l'activité de l'institution. Le management opérationnel fait référence au fonctionnement de l'institution. En général le concept du management ou la gestion est l'ensemble des techniques d'organisation de ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une organisation, dont l'art de diriger des hommes, afin d'obtenir une performance satisfaisante. Ces ressources peuvent être financières. Humaines, matérielles ou autres, on entend par organisation une entreprise, une administration ou même une association.

En effet, le management hospitalier, prévoir c'est anticiper les besoins des patients, s'adapter au nouveau contexte économique et social. Pour ce faire, il y a lieu de planifier, et de se projeter à long terme afin de réaliser des objectifs.

---

<sup>1</sup> ABBAD J. « Organisation et management hospitalier ». Berger Lavarault ; Paris, 2001, P. 45.

<sup>2</sup> ALECIAN S. et FOUCHET D. « Le management dans le service public » Edition d'organisation, Paris, 2002, P. 10.

**B- Le rôle de management dans l'hôpital**

Le management fait appel au contrôle de gestion pour collecter, traiter, remonter et valider l'information de gestion.

Ces informations essentielles au pilotage de l'hôpital contribuent aussi à la réduction de l'asymétrie d'information entre les parties prenantes. Par cette réduction, il est donc possible d'envisager une diminution des conflits et des rapports de force au sein de l'hôpital source parfois d'inefficacité, c'est en reliant les processus aux différentes parties prenantes que l'hôpital assure sa cohésion et sa cohérence.

Les établissements de santé, sont soumis à de profondes mutations. Ainsi les nouveaux modes de régulation de ce secteur se fondent en particulier sur des réformes du financement et de la nouvelle gouvernance, une normalisation croissante et une tension accrue sur l'accès aux ressources. Qu'elles soient humaines ou matérielles ces évolutions nécessitent de développer au sein des établissements de véritables compétences managériales, indispensables pour mettre en œuvre un pilotage stratégique assurant la pérennité et la performance des structures de santé.

- Développer les compétences managériales des différentes catégories d'acteurs participant à la prise de décision stratégique dans les établissements de santé en apportant les connaissances et savoir-faire les dimensions clés du management appliqué aux organisations de santé ;
- Accompagner la transition des pratiques de gestion pour mettre en œuvre les réformes du système de santé dans les établissements faciliter l'introduction d'un management de la performance garantissant les spécificités du domaine de la santé et de sa dimension éthique et mettre l'accent sur la transversalité des problématiques managériales. Intégrer la place du patient dans les différents processus managériaux ;
- Contribuer au développement d'une culture managériale transversale en s'appuyant sur la diversité des recrutements (médical, administratif, soignant) permettant de croiser les perspectives et de partager des expériences enrichissantes.

**C- Les enjeux du management hospitalier**

La démarche stratégique à l'hôpital, permet l'analyse des dysfonctionnements et l'identification des enjeux managériaux. Ces derniers, combinent la maîtrise des coûts, la différenciation, l'efficacité et la création de valeur pour le patient.

Donc les enjeux majeurs du management hospitalier sont caractérisés par l'évolution ingénierie et l'évolution des systèmes informatiques qui veut dire les outils à mettre en œuvre comme<sup>3</sup> :

**1- Le pilotage par les processus :** pour accroître son efficacité, l'établissement doit se concentrer sur le capital humain, les procédures et les méthodes, les équipements et matériel. Les enjeux managériaux s'inscrivent dans l'amélioration de la performance de chaque établissement hospitalier qui possède des caractéristiques, et des objectifs différents à réaliser on distingue :

**a- Les processus « patient » :** à partir duquel il est possible de mesurer la performance opérationnelle en termes de qualité, de délais, de coûts et capacité à réagir à une modification ;

**b- Les processus « support » :** c'est tous qui concerne les services comptable et financier, service GRH, services d'achat, service administratif, système d'information, service qualité, qui crée les conditions de fonctionnement de l'organisation, et pour permettre les mutations espérées;

**c- La transversalité :** afin de décloisonner des services, de créer les passerelles entre les services et les différents professionnels, de mutualiser des compétences dans un objectif commun par exemple : de la prise en charge globale de la personne soignée et à du plus jeune au plus grand âge.

Le rôle de manager ces processus pour résoudre les problèmes donnés et pour que ces effets puissent être quantifiables, et plus important de centrer les attentes des patients.

**2-Le pilotage par les outils de gestion :** la performance économique doit être pilotée par des outils de gestion :

**a- Le budget prévisionnel :** est le reflet chiffré de la stratégie de l'établissement : le chiffre représente la traduction des décisions et des objectifs fixés, un budget prévisionnel ne doit pas être construit plus au moins X% de l'année précédente mais être le reflet de la stratégie à venir.

**b- Les tableaux de bord :** permettent la mise en œuvre et le suivi d'indicateurs de performance pertinents, ce dernier résulte de sa capacité à traiter l'ensemble des points clés soit quantitative (chiffre d'affaire, masse salariale, achat...) soit qualitative (satisfaction des clients, événements indésirables...)

<sup>3</sup> Christine BENOIT, « manager un établissement de santé », la logique au service de l'humain, 2ème édition, France, 2015, P. 55-63

**c- La comptabilité analytique** : est une comptabilité administrative, elle se réduit à une procédure tendant à la détermination des consommations par service. C'est-à-dire à la fin de chaque année on établit un bilan d'état des consommations dans lequel sont enregistrées les différentes charges par services.

Aussi l'évolution culturelle : comment faire évaluer les différentes catégories d'acteurs (corps médical, direction, personnel soignant) tout en respectant les spécificités notamment éthiques du secteur de la santé.

## **1-2 Le champ d'application du management hospitalier**

### **1-2-1 L'organisation et prise en charge des patients**

L'organisation de l'établissement permet une prise en charge des patients dans les conditions optimales de la qualité et de sécurité, et plus important l'amélioration de l'état sanitaire. Le principe de base dans cette organisation hospitalière est l'orientation des patients vers l'unité d'hospitalisation correspondant au mieux à sa pathologie. Il s'agit de distinguer les activités qui peuvent être standardisées comme :

- De soins de courte durée, qui concerne des affections graves pendant la consultation en médecine, chirurgie, psychiatrie...;
- De soins dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, des soins continus dans le but de réinsertion ;
- De soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Donc chaque patient est pris en charge par le praticien de l'unité fonctionnelle, et l'implication de celui-ci joue un rôle dans cette démarche, il participe en effet par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer aux consignes qui lui sont données.

### **1-2-2 La gestion de qualité**

L'organisation hospitalière a en effet expérimenté le passage d'une détection des défauts à un système de management de la qualité.

Selon ISO, Le système de management de la qualité défini comme un système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme (ex : hôpital, entreprise)<sup>4</sup>

En matière de qualité, le système de management est défini comme un système permettant d'établir une politique et des objectifs.

---

<sup>4</sup>ANAES, Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Avril, 2002.

Ce système vise à bâtir un dispositif cohérent d'amélioration comprenant les éléments qui vont faire que la démarche de progrès sera efficacement d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

Elle représente une voie intermédiaire, une étape de passage pour atteindre un niveau de management par la qualité totale. L'hôpital exprime désormais le passage à un monde de gestion par la qualité totale.

Ce mouvement vers le management par la qualité totale implique d'avantage les acteurs et notamment la GRH pour les aspects de formation et d'indicateurs de motivation, mais aussi les cadres intermédiaires à travers la gestion des équipes, la production d'indicateurs de gestion et la recherche d'une amélioration continue de la qualité.

En distinguant en ce mouvement des principes guidant manageriel :

- L'amélioration d'une recherche continue de l'excellence dans le travail et l'amélioration de qualité ;
- Dorénavant la qualité perçue comme meilleure adéquation entre l'offre hospitalière et le besoin de l'usage ;
- Pour finir, il est nécessaire de maîtriser l'ensemble des modes d'organisation afin d'obtenir un véritable management de la qualité et rompre avec la gestion fonctionnelle.

### **1-2-3 Le système d'information**

L'informatisation concerne essentiellement la gestion administrative des patients et des personnels ; très peu d'informatisation porte sur le parcours du patient, cette démarche présente donc des avantages attendus de la mise en place de systèmes d'information dans le domaine de la santé :

- La centralisation des informations attenantes au patient, facilite la prise en charge, le diagnostic et la continuité des soins.
- L'outil doit apporter une utilité en termes de prise de décision pour le personnel médical via des référentiels, l'accès à des bases de données et la facilité de communication entre professionnels.
- L'amélioration des politiques collectives de santé publique vis-à-vis des dangers épidémiques, environnementaux, etc. ; l'outil contribue à travers cela à un renforcement du dispositif de veille sanitaire.

Les systèmes d'informations mis en place ne sont pas toujours bien acceptés, car considérés comme un moyen de « contrôler » l'activité des acteurs.

L'acceptation de l'introduction de tels systèmes passe par des pratiques préalables de concertation, d'explication et de mise en avant des avantages induits pour les acteurs de l'existence de tels outils.

Globalement, les outils de contrôle de gestion et de système d'information ont des difficultés à être moteur d'une dynamique de changement au sein des établissements hospitaliers en raison d'une absence de la culture gestionnaire et la résistance naturelle au changement.

### **1-3 Management hospitalière en Algérie**

#### **1-3-1 L'hôpital public et les réformes hospitalières en Algérie**

Les contraintes et les dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui, l'organisation et la gestion des structures publiques de santé, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. L'objectif prioritaire des réformes hospitalières, est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation de ces établissements, et l'amélioration de leur gestion afin de satisfaire les besoins en soins de la population<sup>5</sup>.

Ces réformes hospitalières sont instaurées à l'issue des rencontres et séminaires du conseil national de la réforme, qui permettent de construire un travail de réflexion sur les éléments autour desquels devait se construire une problématique débouchant sur des objectifs réalistes et réalisables à court et moyen terme. Les membres du conseil s'appuient sur les propositions individuelles et collectives, des professionnels de santé, des institutions, des syndicats et des associations. Ils prennent aussi en compte les données recueillis auprès des directions centrales du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

#### **A-Contexte de la réforme hospitalière**

Le secteur de la santé connaît une dynamique d'évolution, compte tenue de la transition démographique, et épidémiologique qui pèsent sur les coûts de la santé, et aussi des lourdes contraintes qui engendrent et aggravent les dysfonctionnements propres à la gestion des organisations hospitalières. Du fait de l'aggravation des déficits budgétaires, les hôpitaux sont de plus en plus sources de critiques par les experts, les professionnels de santé mais aussi par les usagers. Le ministère de la santé met l'accent sur la dégradation de la qualité des soins, que connaissent ces organisations, au regard des exigences croissantes des patients et dans le même temps, cet autorité leur demande de réduire le coût de fonctionnement, ce qui contribue à l'augmentation des déficits budgétaires.

---

<sup>5</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes, en Algérie, p.1

La réorganisation, l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des organisations hospitalières nécessitent et impliquent des actions coordonnées entre les acteurs de ces structures, afin de répondre et de relever les défis<sup>6</sup>. De ce fait, le traitement des différentes contraintes et dysfonctionnements constitue un préalable à la réussite de la réforme hospitalière.

**B- Les objectifs de la réforme hospitalière**

Les objectifs de la réforme hospitalière consistent en l'amélioration de l'organisation des établissements hospitaliers, la modernisation de la gestion et du management de ces organisations. Il s'agit aussi pour ces réformes, de recentrer et d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population en s'appuyant sur des outils de management efficaces et sur un système d'information performant<sup>7</sup>.

**C- Les dossiers de la réforme hospitalière**

L'organisation de la réflexion du conseil s'est faite autour de six dossiers :

**a- Le dossier « besoins de santé »**, aborde les modalités de coordination entre les services au sein de l'organisation hospitalière, entre les hôpitaux du secteur et même entre les hôpitaux au niveau national.

**b- Le dossier « structure hospitalière »** s'articule autour de la réforme des structures de santé et intègre des objectifs comme l'amélioration de l'organisation, l'introduction d'instruments de planification et de contrôle à travers le projet d'établissement<sup>8</sup>. Il s'agit aussi, d'améliorer l'accueil de cette structure, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité des soins. L'accent est mis sur l'urgence de mise en place d'un système d'information fiable et performant qui constitue le socle sans lequel aucune action de réforme ne peut aboutir.

**c- Le dossier « ressources humaines »** traite deux aspects fondamentaux qui sont la promotion et la valorisation du personnel, à travers la révision de leurs statuts, de leurs modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, et de leur formation, d'une part, et le redéploiement de ces personnels. D'autre part, La formation est une véritable urgence pour toutes les catégories d'acteurs, à savoir, le personnel médical, paramédical, administratif et technique.

**d- Le dossier « ressources matérielles »**, l'accent est mis fortement sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et

---

<sup>6</sup> Rapport préliminaire, *Op cit*, 6, p.6-8.

<sup>7</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, « *Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes* », [www.santé.dz](http://www.santé.dz) consulté septembre 2017.

<sup>8</sup> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, *Idem* 8.

le niveau d'activité. Les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation complètent de ce dossier. Sur le plan de la disponibilité des moyens, eu égard au vieillissement du matériel, un renouvellement s'impose.

**e- Le dossier « financement »** concerne l'élargissement des ressources, les modalités de financement des hôpitaux et la nécessité de revoir la réglementation sur le plan de la gestion financière en introduisant une souplesse comptable. L'accent est mis sur les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier souci un accès aux soins équitable pour tous les malades. L'introduction de la comptabilité analytique, l'évaluation des activités et de la gestion, les supports d'information et de gestion, constituent indéniablement les premiers jalons des changements attendus.

**f- Le dossier « inter-sectorialité »** s'impose du fait, que la stratégie en matière de santé, doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques. Il s'agit de définir des stratégies et des actions conjointes à mettre en œuvre en coopération avec les autres organismes, et de renforcer les mécanismes existants pour garantir la coordination des activités liées à la santé<sup>9</sup>.

### **1-3-2 Adoption d'un nouvel instrument de pilotage : le projet d'établissement hospitalier**

Etant donné le contexte et la réalité du fonctionnement des établissements publics hospitaliers, les insuffisances et les dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui, leur organisation et leur gestion, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses prérogatives d'action. Des efforts tendent à moderniser la gestion et le management des hôpitaux, à travers la mise en place d'outils et d'instruments de pilotage, notamment le projet d'établissement hospitalier.

De ce fait, ce nouvel instrument de pilotage des établissements hospitaliers est mis en place dans le cadre de la modernisation de leur gestion, et en adoptant une approche managériale. Dans ce contexte, un programme d'appui au secteur de la santé<sup>10</sup> est mis en place en collaboration avec l'union européenne, qui permet de sensibiliser les acteurs hospitaliers pour les questions de management, notamment celle de l'importance du projet d'établissement hospitalier pour la gestion de ces établissements.

<sup>9</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes, en Algérie p.8-9.

<sup>10</sup> [Http://www.pass-ue.dz](http://www.pass-ue.dz), consulté septembre 2017.

**1-3-2-1. Les raisons de la mise en place du projet d'établissement hospitalier en Algérie****A- Le management stratégique des hôpitaux, raison de la mise en place du PEH**

Pour pallier aux problèmes existants au sein des hôpitaux, et renforcer leurs responsabilités, il y'a eu des incitations pour ces établissements de soins, afin d'adopter et transposer des méthodes de management stratégique. Il s'agit principalement du projet d'établissement<sup>11</sup> et du management par projet. Pour en étayer les raisons de la mise en place des PEH, une précision s'impose :

La vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation et la capacité à faire partager un projet et à motiver les équipes sont aujourd'hui des valeurs importantes pour tout dirigeant afin de mener à bien ses missions.

Le projet d'établissement repose donc sur une vision stratégique, et sur une démarche participative, s'appuyant sur la collaboration et l'implication de l'ensemble des acteurs<sup>12</sup>. Une nécessité d'une démarche transversale, associant différents acteurs, métiers et services, et différents niveaux de responsabilité. Cela permettra de dynamiser l'hôpital dans son fonctionnement interne, faire travailler ensemble les acteurs hospitaliers, de s'inscrire dans une démarche globale de l'établissement et non selon des logiques de métiers très cloisonnées.

**B. Les raisons particulières de la mise en place des PEH en Algérie**

Le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière dans le cadre du programme d'appui au secteur de la santé (PASS), en collaboration avec l'union européenne, ont menés une étude au niveau des hôpitaux publics d'Algérie, afin d'identifier les raisons particulières de la mise en place des PEH, et donc les principaux dysfonctionnements aux niveaux de ces établissements.

Les résultats de cette étude<sup>13</sup> énoncent les facteurs particuliers avancés par les établissements hospitaliers d'Algérie :

- **Mode de fonctionnement**
  - Une réglementation contraignante ;
  - Une centralisation excessive ;
  - Manque d'autonomie ;

---

<sup>11</sup> Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du Programme d'appui au secteur de la santé, Union Européenne-Algérie, JUIN, 2011, p.6

<sup>12</sup> *Idem*, p.8.

<sup>13</sup> Données et résultats de l'enquête du Programme d'appui au secteur de la santé

- Absence de planification et de gestion des objectifs.
- **Gestion de la structure**
  - Mauvaise organisation des soins ;
  - Manque d'autonomie de fonctionnement des établissements où les conseils d'administration fonctionnent toujours comme des conseils de direction ;
  - Le flux des patients n'est pas pris en considération pour en faire un outil de planification ;
  - Les priorités ne sont pas fixées : souvent des achats ne sont pas conformes aux besoins ;
  - (La demande n'est pas forcément un besoin de l'hôpital).
- **Gestion des ressources humaines**
  - Manque d'effectif, absentéisme important ;
  - Fuite de spécialistes vers le privé ;
  - Pour l'emploi dans le domaine de la santé, il y'a une prédominance de l'aspect social sur la logique économique ;
  - Absence totale de mobilité interne du personnel notamment paramédical.
- **Problèmes logistique**
  - Immobilier inadapté ;
  - Equipement défaillant.
- **Usagers**
  - Insatisfaction croissante ;
  - Manque de confiance dans les établissements de santé<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier, *Op*, cit, P.9.

**Section 2 : Le contrôle de gestion dans les établissements hospitaliers**

Les hôpitaux sont à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance. Dans ce contexte le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

**2-1. Fondements du contrôle de gestion**

Le contrôle de gestion concerne non seulement l'analyse des résultats, mais plus largement à s'assurer que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés.

**2-1-1. Un mode de contrôle organisationnel**

Le contrôle de gestion apparaît d'abord comme une forme de contrôle qui s'exerce dans une organisation, traditionnellement dans les entreprises. Il coexiste avec d'autres types de contrôle :

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

On peut appliquer ce modèle à l'hôpital dans le tableau suivant :

**Tableau 1 : Typologie des modes de contrôle à l'hôpital**

| Types de contrôle   | Exemple d'application aux acteurs  |
|---|--|
| <b>Contrôle hiérarchique direct</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Du cadre de santé envers le personnel soignant</li> <li>▪ Du directeur adjoint envers son équipe</li> <li>▪ Du directeur général envers les directeurs adjoints.</li> </ul> |
| <b>Contrôle par la culture identités professionnelles fortes à l'hôpital, corporatisme.</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Culture syndicale</li> <li>▪ Culture professionnelle de médecins</li> <li>▪ Culture professionnelle des soignants</li> </ul>  |
| <b>Contrôle par les règlements</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réglementation externe qui encadre l'activité hospitalière</li> <li>▪ Règlement intérieur de l'hôpital</li> <li>▪ Protocoles formalisés ex : protocole de soins</li> </ul>  |
| <b>Contrôle d'exécution</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rôle du cadre de santé envers le personnel soignant</li> </ul>  |

Source : Claire BOUINOT « contrôle de gestion à l'hôpital, régulation et dynamique instrumental ».P. 24.

Le contrôle de gestion, contrôle essentiellement technique. Doit donc se positionner par rapport à ces formes traditionnelles de contrôle qui préexistent souvent à sa mise en place.

Se pose ainsi le problème de l'acceptation d'un nouveau type de contrôle, potentiellement concurrent avec les autres formes de contrôle organisationnel.

**A- La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion**

Une sorte de relation d'équivalence lie les notions de délégation et de contrôle de gestion. En effet, le contrôle de gestion n'existe que s'il y a délégation de gestion vers des entités dotées d'une certaine autonomie puisque le principe même du contrôle de gestion et de suivre les résultats d'action distancées du pouvoir central. Réciproquement, on ne peut opérer de délégation de la gestion sans l'assortir d'un mode de contrôle a priori ou a posteriori.

Cette délégation peut être explicitée, par la voie de la contractualisation inter (maintenant les contrats de pôle), ou implicite. Ainsi, l'organisation de l'hôpital, fondée sur une spécialisation des tâches notamment médicales et paramédicales, les services aux départements sont bien des entités relativement autonomes au moins quant à leur organisation. Il y a bien délégation de gestion dans la prise en charge des patients, notamment en matière de liberté de prescription.

**B- Un contrôle « intermédiaire »**

Le contrôle de gestion est un contrôle intermédiaire, qui s'exerce exclusivement par l'intermédiaire d'outils. Ceux-ci constituent des instruments de mesure, d'où une vision souvent technicienne de contrôle de gestion. On peut citer quelques-uns :

- Traditionnellement. La comptabilité analytique, instrument d'analytique, instrument d'analyse des coûts ;
- Les budgets ;
- Les tableaux de bord : ils visent à sélectionner et présenter sous une forme synthétique, les informations les plus pertinentes.

**C- Un contrôle en perpétuelle évolution**

En effet, s'il se dicline sous forme d'outil bien connu, le contrôle de gestion doit s'adapter aux évolutions des organisations. Comme, la complexification des entreprises ont entraîné le passage du contrôle au pilotage, centré sur le suivi de la performance. Cette dernière ne se limite pas à la minimisation des coûts mais s'intéresse à l'ensemble des générateurs de valeur appelés souvent « facteur clés de succès » : qualité du service rendu, satisfaction des patients, constituant ainsi une évolution pertinente d'une mission de service public.

**2-1-2. Les mécanisme de contrôle de gestion**

Le contrôle de gestion ne se limite pas à des mesures. Mais aussi, un processus transverse à l'organisation. Ce processus suppose à la définition de mesures correctrices et une analyse des résultats notamment les écarts.

Le fonctionnement de ce processus implique l'ensemble des responsables opérationnels qui contribué à l'ensemble des processus : reporting, analyse, actions correctives. Les dirigeants, situés au niveau stratégique donc en amont du processus, ne sont souvent pas les mieux placés pour produire l'analyse et réaliser des plans d'actions opérationnels. Il s'embble plus intéressent de décentraliser ces fonctions au niveau opérationnel.

Donc on suppose que le processus de contrôle de gestion devrait être associé à des mécanismes de motivation, de récompense. Par exemple l'intéressement aux résultats. Alors, il s'agit en fait de mettre en place un système performant interne et externe afin d'assurer le bon fonctionnement et l'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution : cela par quatre importante catégorie d'activité

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

**2-1-3. La construction du système de contrôle de gestion**

Les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements en lieu avec les objectifs du système de santé. On observe que ces mécanismes sont généralement un processus évolutif qui avait la volonté des gestionnaires des activités des hôpitaux afin de mieux dépenser des ressources de plus en plus rare. Ainsi, de donner une nouvelle dimension à la manière de diriger ce type particulier d'organisation, en confèrent à son pilotage un caractère plus rationnel.

La démarche de construction impulse une dynamique managériale favorable à mettre en place un monde de financement des établissements public de santé plus patinent. Le contrôle de gestion hospitalier devra s'intéresser à l'étude d'aspects suivants :

- Définir des centres de responsabilité dans les structures hospitalières ;
- Etablir des plans stratégiques et opérationnels ainsi des budgets ;
- Maitriser et analyser les coûts de l'établissement.

**2-2. L'apport organisationnel du contrôle de gestion à l'hôpital**

Le contrôle de gestion est un outil de contrôle des comportements et d'aide à la décision, permettant de mettre en œuvre un dispositif au sein d'une organisation qui consiste à définir une configuration structurelle la plus adéquate pour l'activité de l'organisation avec notamment :

- Un organigramme clair dans lequel apparaît des centres de responsabilité avec des missions ;
- des procédures de coordination et des circuits d'information ;
- des méthodes d'animation de motivation et d'implication de personnel.

Un dispositif de gestion est un « ensemble d'éléments de désigne organisationnel porté pour une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé et qui vise à intégrer les outils et les acteurs de façon cohérente, dans le respect de certaines règles de gestion <sup>15</sup> » de ces constats plaide pour l'introduction du contrôle de gestion dans les hôpitaux pour une meilleure prise en compte du facteur « organisation ».

**2-2-1. Le contrôle de gestion pour structurer l'organisation hospitalière**

Pour le contrôle de gestion, l'organisation hospitalière a besoin d'une structure claire pour combiner ses activités afin d'atteindre ses objectifs.

Cette structure organisationnelle permettrait une prise de décision au plus près de terrain. Donc la contribution du contrôle de gestion à ce niveau portera sur deux volets de sa structure :

- Volet statique, qui concerne d'un côté la décomposition et le découpage de l'activité hospitalière d'autre coté les relations hiérarchiques et fonctionnelles ;
- Volet dynamique qui intègre les procédures de fonctionnement et de communication ;

Pour mener à bien le contrôle de gestion, il faut donc s'appuyer sur des outils et des organisations permettant une compréhension du fonctionnement de leur établissement et de leur entité de gestion.

**A- L'organigramme, outil de contrôle de gestion hospitalier pour situer les responsabilités**

Le contrôle de gestion suppose l'existence d'un organigramme pour situer les responsabilités et déterminé les continue des tâches confiées aux agents et organisant les délégations de moyens et pouvoir dans un établissement hospitalier.

---

<sup>15</sup> HATCHUL et MOLET, « *dispositifs de gestion* »1986, P.113. Consulté septembre 2017

Cet outil de gestion se fait à partir d'un vison réel de la structure de l'hiérarchie, des processus décisionnels. Et aussi de la particularité de l'activité médicale qui a ses exigences organisationnelles propres et que le champ de soins segment à cause des connaissances et de l'affirmation des logiques professionnels qui poussent à la spécialisation par service et par métier. Cette spécialisation peut être bénéfique pour le contrôle de gestion, elle permet au découpage analytique en centres de responsabilité.

Cette dernière, est l'unité de base du contrôle de gestion, car il permet la mise en évidence des compétences managériales. Devient donc le résultat du double logique :

- La logique technique et professionnelle qui assigne certains agents a un domaine technique affiner leur compétence et assujettit l'organisation en unités de soins a des exigences de carrière.
- Logique gestionnaire qui cherche a divisé l'organisation en unité appeler « centre de responsabilité ».

Le contrôle de gestion permet aux responsables de centre une délégation réelle d'autorité assortie de moyens humains, financiers et matériels pour atteindre des objectifs quantifiée. Ces centres de responsabilité dans un hôpital sont essentiellement des centres des coûts de fonctionnement, ou des centres de recette chargés de recouvrir les paiements des patients<sup>16</sup>.

Ce type de structure, une fois placé dans l'hôpital, favorisera une pratique de contractualisation reposant sur une délégation de gestion aux centres de responsabilités de taille suffisante avec des marges de manœuvre importante<sup>17</sup>

La définition de l'utilisation de cet organigramme doit être normalisée pour tous les hôpitaux qui peuvent adopter la liste des centres d'activité en fonction de leur taille cette normalisation permettra une meilleur planification et l'implantation d'une comptabilité analytique qui dégagera les vrais coûts hospitalière.

### **B- Le dispositif de coordination de communication, et d'animation de l'organisation hospitalière**

L'organisation ne réduit pas à l'organigramme, elle comprend aussi des outils de développement pour assurer le lien entre les professionnels (plan personnalisé ; de santé, réunions de coordination pluridisciplinaires, systèmes d'information).

---

<sup>16</sup> Wade EL BACHIR : « *Contrôle de gestion et réforme hospitalière : ca de Sénégal* » revue africaine de gestion, n°1, Avril 2003, P.26.

<sup>17</sup> Nobre Thierry, « l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontané par capillarité ? » 13<sup>eme</sup> colloque politique et management public, Strasbourg, P.5.

Son but essentiel est de produire des informations fiable et pertinent pour la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi de l'évolution des activités sanitaire aux différents niveaux du système de santé.

Le contrôle de gestion, en fixant des procédures de mesures, des démarche de résolution de problèmes et d'amélioration de processus, à travers notamment les procédures comptable et budgétaires le reporting et les tableaux de bord, peut être considéré comme l'ensemble de routines garantissant la coordination, la communication voir la pérennité de l'organisation. Toute processus de contrôle de gestion repose sur des systèmes d'information performante et procurera des avantages indéniables dont les principaux sont :

- L'amélioration de la qualité de l'information qui devient fiable et disponible pour toute l'équipe soignante de plus, son niveau de visibilité passe de l'unité à l'ensemble de l'hôpital.
- L'amélioration de la communication entre services, les partages de l'information sur le patient sera une base de communication entre services ce qui favorise par conséquent le décloisonnement entre unités, ce développement de la communication se traduit par des gains de productivité et une diminution des conflits entre services<sup>18</sup>.

Les dispositifs de l'information et de la communication semblent être vecteur favorisant la coordination des professionnels de la santé par une bonne organisation des processus des soins, et la coopération étroite pour permettre une meilleur prise en charge des patients

### **2-2-2. L'impact du contrôle de gestion sur le personnel hospitalier**

Outre la pertinence du modèle organisationnel cible, le succès de l'organisation hospitalière repose en grand partie sur le facteur humain : mobilisation de personnel, morale de personnel, rendement de personnel et développement de personnel, sont tant d'éléments qui conditionnent la performance de cette organisation.

Dans cette perspective, le contrôle de gestion ne doit pas être seulement un outil de gestion mais aussi un outil social d'animation et de coordination des membres de l'organisation.

---

<sup>18</sup> ALVAREZ FBIENNE « *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une repense à l'émergence de risque organisationnels* », VIII<sup>ème</sup> conférence internationale de L'IAAER, octobre 1997, paris, P.7.

**A- Le contrôle de gestion outil de stimulation du comportement de personnel hospitalier**

Le contrôle de gestion dans l'approche des relations humaines est un moyen pour stimuler les acteurs de l'organisation, il peut être un outil de contrôle des individus mais aussi un instrument de motivation et de participation<sup>19</sup>.

Alors on peut se passer d'un moyen aussi efficace que le contrôle de gestion qui aide à régler le comportement des acteurs à améliorer la communication au sein de l'organisation, à faciliter et gérer les procédures de travail. En effet dans l'organisation hospitalière, les mécanismes relationnels qui se construisent entre groupe de travail sont source de défaillance pour l'organisation, cela se manifeste clairement dans une insuffisance de coordination horizontal et verticale.

**a- Développer l'autonomie et la responsabilisation, la contractualisation interne**

La démarche de contrat constituera le principale levier pour accompagner les changements préconisés. Celle-ci permettra notamment de définir les engagements pris par les gestionnaires concernant le contenu des missions à conduire et les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Le développement des pratiques contractuelles part de l'idée que le meilleur moyen de se coordonner c'est finalement de pousser les acteurs à expliciter, le plus possible, les engagements, et le déroulement attendu de leur activités, le contrat dans ce contexte est à envisager comme l'initiation d'un processus dans lequel l'explication des points de repère incitent à structurer des organisation, et a révéler des difficultés en obligeant, en même temps, à rechercher collectivement les moyens de les résoudre. Ainsi permet de réduire les asymétries d'information et d'offrir les assurances contre l'incertitude.

**b- Valoriser les compétences et les pratiques professionnelles**

Valoriser les compétences, les pratiques et les modes de fonctionnement liées à la dimension professionnelle, il faut reconnaître le pouvoir de chacun et lui donner des modes d'expression.

**c- Former et informer**

La fonction publique hospitalière est confrontée à des défis qui demandent une optimisation de la gestion de personnel et des parcours de formation.

La formation représente donc un enjeu collectif pour les établissements hospitalier elle doit permettre de rendre l'information compréhensible pour ce qui en sont

---

<sup>19</sup> Sabine et Alazard Claude « contrôle de gestion » collection expert sup ; DECF, édition Dunod, 1998, P. 58.

destinataires, son rôle ne s'arrête pas là, elle est aussi pour les médecins l'occasion de percevoir les liens transversaux avec les autres composantes de l'hôpital qu'il s'agisse des diverses catégories de personnel ou de multiples disciplines, de ce fait l'individu est amené à regarder les outils de gestion essentiellement comme du supports d'apprentissage et moins des outils de conformément des comportements.

Il convient donc de former les outils de contrôle de gestion qui permettent aux responsables de s'autoévaluer et de suivre l'évaluation de leur activité, le contrôle de gestion se doit-être dans cette perspective de développer des moyens de communiquer les acteurs et les moyens permettant aux acteurs de communiquer entre eux.

**d- communiquer**

Une bonne communication favorise la motivation des collaborateurs et dès lors la qualité de leur travail. Elle a un effet positif sur l'image globale à l'hôpital. La communication ne se réduit pas à la seule transmission d'information, c'est avant tout la rencontre de personnes autour d'un sujet sur lequel chacun doit pouvoir s'exprimer et permet dans une certaine mesure d'explicitier les problèmes et aider à les résoudre, c'est un facteur favorable à l'adhésion des acteurs aux objectifs de l'organisation.

Le système de formation du contrôle de gestion aide à améliorer le dialogue et la communication entre les acteurs de l'organisation hospitalière, il permet d'influencer les comportements afin d'être plus proche de la réalité hospitalière qui exige plus de communication dans un contexte de complexité et d'incertitude.

Motiver et impliquer les acteurs par le recours à des gestions budgétaires : du fait de son articulation, phase de prévision suivie d'une phase de contrôle la gestion budgétaire joue un rôle de motivation des individus puisque ce type de gestion s'appuie sur une décentralisation du pouvoir et sur la confiance accordée aux dirigeants des autres responsabilités, toute fois cette motivation dépend de certaines conditions que le contrôleur de gestion doit prévoir, à savoir :

- La clarté et l'acceptation de la procédure budgétaire jugée adaptée aux objectifs et aux besoins des autres responsabilités ;
- La participation des utilisateurs de budget à son élaboration dès le début du processus, ils doivent se sentir impliqués et utiles pour sa mise en place et son fonctionnement ;
- L'instauration des démarches pour l'autocontrôle et l'auto-observation pour que le responsable vérifie lui-même ses actions justes après leur exécution, l'informatique apporte de nombreuses possibilités à ce niveau ;

- La conception d'outils pour faciliter l'autocorrection qui permet aux responsables de mesurer les résultats et de mettre en place des actions pour les rétroactions nécessaires ;
- Aussi la communication informelle est nécessaire et cohérente avec une culture soignante qui fonctionne plutôt sur le mode transmission orale, elle s'inscrit dans le cadre de réseau informel de relation que toute organisation développe parallèlement au système formel<sup>20</sup>.

### **2-3. Le contrôle de gestion pour une pratique de planification au sein des hôpitaux**

Les outils du contrôle de gestion sont diversifiés et couvrent tout à la fois la prévision de future que l'analyse du passé.

Les outils utilisés pour planifier les prévisions sont :

- Un plan stratégique pour le long terme qui énonce les objectifs de l'organisation ;
- Plan opérationnel pour le moyen terme qui inclut des comptes, prévisionnels à moins de trois ans ;
- Des budgets qui couvrent toutes les activités de l'organisation pour le court terme.
- Tous ces outils se situent dans une démarche globale de planification initiée par le contrôle de gestion en vue d'aider en pilotage permanent de l'organisation.

L'établissement hospitalier, comme toute autre organisation, ne peut se passer d'une démarche de planification, seule assurance de sa pérennité pour se faire, la contribution du contrôle de gestion à ce niveau est indisponible.

#### **2-3-1. La planification stratégique et opérationnelle dans l'organisation hospitalière**

Un établissement hospitalier est confronté, entre autres à deux niveaux de problèmes définir des objectifs stratégiques et établir des plans opérationnels pour les atteindre<sup>21</sup>, il doit choisir des objectifs qui s'inscrivent dans les orientations stratégiques des tutelles et établir des plans opérationnels qui prévoient les ressources financière.

#### **A- Les préoccupations stratégiques du contrôle de gestion hospitalier**

La préoccupation stratégique consiste à établir un dessin, une raison d'être à l'hôpital<sup>22</sup>.

Dans les services hospitaliers, et en particulier dans le secteur public, l'exercice de la stratégie et à la fois plus simple et plus complexe, plus simple parce que sa vocation sociale et

---

<sup>20</sup> Alvarez Fabienne, *Op, cit*, P.15.

<sup>21</sup> NOBRE Thierry, *Op, cit*, P.3.

<sup>22</sup> F Gonnet, « *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir* », édition, Masson, 2002, P.119.

médicale ne le soumet pas à la contrainte des profits financiers, plus complexes, car la mesure des résultats et soumise à des critères pluridimensionnels.

La stratégie d'un établissement de santé peut être très variable, néanmoins, elle doit répondre à trois finalités<sup>23</sup> :

- Améliorer l'état de santé de la population et réduire les coûts de la santé publique pour la collectivité par l'utilisation des structures les plus adéquates ;
- Accroître l'activité marginale de l'hôpital en préservant l'accessibilité aux soins pour tous ;
- Limiter les coûts que doivent supporter les patients à des seuils acceptables pour la société, Respecter les normes de qualité, optimiser les ressources financières et humaines disponible.

Le plan stratégique retrace les différentes étapes souhaitées du devenir de l'établissement hospitalier pour les cinq à sept ans à venir.

Ainsi la stratégie conduit à prendre en compte l'environnement juridique, économique, démographique, sociologique et technologique pour adapter l'établissement aux besoins de la population, aux attentes des patients et le conduire au changement.

Le contrôle de gestion met à la disposition de l'établissement hospitalier des moyens de pilotage tel que les tableaux de bords, pour atteindre les objectifs de performance qu'il s'est fixés à partir de sa stratégie, ces tableaux de bord ne comportent non seulement un axe financier, mais aussi des axes d'analyse : axe « client », axe processus, axe personnel... la dimension « client » par exemple transposée dans l'univers de l'hôpital, il s'agit d'une dimension patient, une politique centré sur le patient notamment en terme de droits et de qualité, impose au tableaux de bord de tenir compte de ces objectifs pour intégrer l'ensemble des paramètres permettant de mesurer la performance d'une unité or d'un service<sup>24</sup>.

Seuls des tableaux de bord ce type, qui mettent en perspective objectifs stratégiques, leviers d'actions et résultats, permettront réellement de gérer globalement la performance à l'hôpital<sup>25</sup>. A cet égard, il est utile de rappeler que le tableau de bord de pilotage permet d'alerter, d'anticiper les évolutions de l'environnement, et corriger par conséquent les orientations de l'hôpital pour que le plan stratégique ne soit pas dépassé et ses objectifs obsolètes<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> Ganne Anne, « pilotage des établissements de santé », publication du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, juillet, 2005, P.5.

<sup>24</sup> NOBRE Thierry, *Op. cit*, P.3.

<sup>25</sup> ANCHOURRY Pierre et Coitement Stéphane, « *le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire a la gestion des performances* » gestion hospitalier, juin / juillet 1998, p 402 à 404.

<sup>26</sup> Marin Philippe ; Gélis chrischristian, maudens Frédérique « *hôpital public : l'aube d'une nouvelle gestion* » gestion hospitalier, octobre, n°359, 1996, P.598.

**B- Le plan opérationnel, traduction concrète des orientations stratégiques de l'hôpital**

Le plan opérationnel représente sur un horizon de deux à trois ans les modalités pratiques de mise en œuvre de la stratégie, c'est une programmation qui s'articule sur :

- Une planification des actions ;
- Une définition des actions ;
- Une définition des responsabilités ;
- Une allocation de moyens financiers humains et technique.

Élaboré par le contrôleur de gestion en accord la direction de l'hôpital et sur proposition de centre de responsabilité professionnels, et administratif, le plan opérationnel de l'établissement hospitalier conduit à envisager le futur proche de l'organisation sous ses différents aspects, c'est pourquoi il se subdivise plusieurs plan partiels : plan d'investissement, plan de ressources humaines, pour orienter les actions futures dans le plan opérationnels prévisionnels, le contrôleur de gestion conçoit des outils et des démarches qu'il met à la disposition des chefs de services pour effectuer un suivi opérationnel à court terme de la production hospitalière en vue de déterminé des écarts par rapport aux objectifs fixés qu'ils soient quantitatifs au qualitatifs, dès lors les chefs de services peuvent prévoir et organiser les actions et les ressources allouées pour diriger les activités de leurs centres de responsabilité, et demander des réajustement par rapport aux première prévisions qu'ils ont fait.

Ainsi le contrôleur de gestion aide les chefs de centre de responsabilité pour élaborer leur plan d'action, de même ils identifient les priorités en collaboration pour respecter l'application de plan stratégique de l'établissement hospitalier.

Donc, l'implication des centres opérationnels dans la procédure de la planification opérationnels permet de traiter rapidement les conflits entre département, que ce soit pour identifier les priorités de l'établissement ou de financer les programme de formation ou encore le financement des projets de recherches...

### Section 3 : stratégies managériale de développement de secteur sanitaire

Le management d'un hôpital est un processus qui consiste à aligner les objectifs de l'organisation et ceux des acteurs, en tenant compte de l'environnement en utilisant les outils appropriés d'optimiser les résultats, il s'agit en effet d'une planification, débouchant sur un plan à mettre en œuvre.

#### 3-1 Le management de la performance

##### 3-1-1. la performance hospitalière

Est un construit multidirectionnel basé sur l'équilibre entre l'adaptation au contexte, la culture institutionnelle, d'atteinte des buts et la production des soins et des services en terme de qualité.

L'hôpital comme tout système de santé organisé d'action, devra assumer au cours du temps quatre grands fonctions correspondant à quatre dimensions(ou pôles) de la performance :

- L'adaptation à l'environnement ;
- L'atteinte de buts ;
- La production et le maintien de la culture et des valeurs<sup>27</sup>.

**1-L'adaptation à l'environnement**, est décrite en termes d'acquisition de ressources (humaines, financière et matérielles, compris médicament et réactifs de laboratoires). De réponse aux attentes de la population, de mobilisation de la communauté, de l'attraction des clients et de capacité à innover.

**2-L'atteinte des buts** sous-entend la dispensation des soins de santé de référence avec efficacité, efficience voire équité à la satisfaction globale de la population. Quant à la production, elle est comprise comme un volume d'acte, de prestations de qualité que l'hôpital est appelé à fournir.

**3- Le maintien de la culture et des valeurs** représente le climat organisationnel. Ainsi que, les différentes valeurs, dont la satisfaction des patients et des prestataires le respect des normes et des procédures.

Ces derniers, leurs environnements en vue de maintenir ou d'améliorer leur performance, une attention croissante est accordée au concept de gouvernance adaptative et notamment dans le cadre d'un développement durable. La gouvernance est déterminé comment c'est aspects interviennent dans le renforcement de la capacité de l'organisation à faire face aux immenses défis posés par le changement globale.

<sup>27</sup> Médecine et santé tropicales, Vol, 23, N°4, octobre-novembre 2013.

**3-1-2. Le management de la performance dans un établissement de santé**

Pour un établissement de santé, la performance consiste à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, à faire de son établissement un lieu où il fait bon travailler, à obtenir des résultats financiers. La qualité de service rendu se mesure quant à elle, à partir de la satisfaction des usages et de la conformité aux normes et aux bonnes pratiques<sup>28</sup>.

**A- Les leviers de la performance**

Le management de la performance dépend de cohérence entre la stratégie, la politique qualité, le management de la mobilisation des équipes, le suivi des indicateurs leurs évaluation et des plans d'action pour atteindre les résultats attendus.

**1-Le dynamique du fonctionnement impulsé par le directeur et les chefs de pôle (ou particiens des services) relégué par les cadres de service**

La performance se pilote, tout responsable doit communiquer avec les membres de son équipe c'est-à-dire avoir des contacts réguliers et créer du lien. De plus, la performance s'obtient par la coopération, elle est difficile à actionner sauf en situation de nécessité (urgence, risque, peur...).

Si les procédures sont nécessaires pour garantir les processus, elles ne sont pas suffisantes pour garantir effectivement la coordination. Il faut qu'il y ait des échanges qui reposent sur le plaisir de travailler ensemble : fierté de résultat pour le patient, reconnaissance du travail accompli par les managers et les particiens. Le système de management peut soit redonner le plaisir de faire son métier en lien avec les autres soit générer des efforts, des tensions qui vont à l'encontre du salarié et de l'établissement.

Ce management repose sur l'authenticité, la disponibilité de chacun en vue de rechercher des solutions communes pour répondre aux attentes du patient au sein de la chaîne.

**2- La focalisation sur les attentes des patients**

L'établissement travaille à partir des besoins implicites des patients : organisation des parcours de soins et prise en charge des urgences, prise en charge de douleur, permanence des soins, soins palliatifs, gestion des risques notamment contre les infections associées aux soins et prévention de la iatrogénie, sécurité sanitaire, éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

---

<sup>28</sup> Christine BENOIT, *Op*, cit, P.107-111.

**3-L'ambition de la performance, sa mesure et la mise en place d'action favorisant les progrès de l'établissement**

L'ensemble des acteurs s'approprie le projet de l'établissement, le projet de pôle, les projets transversaux et les enjeux. Ces enjeux se déclinent en termes d'objectifs personnalisés à travers le projet de soins par exemple en terme financiers : budget prévisionnel de l'établissement. Cette appropriation nécessite une bonne communication. Après avoir mesuré et identifié son niveau de performance sur l'action ciblée (c'est-à-dire le maillon faible), l'établissement identifie ses progrès puis met en place des actions d'amélioration sur ses écarts ;

**4-Les best practices**

La clinique ou l'hôpital se comparent aux autres établissements dans ses différentes fonctions ou métier. Le benchmarking est une démarche comparative des organisations les plus performantes. Elle consiste à identifier, analyser et adopter les meilleures pratiques en approfondissant les siennes par autoévaluation puis a les comparer soit avec d'autres établissements de santé reconnus comme leaders soit avec des entreprises de secteurs différents sur des fonctions accueil, achats, gestion de flux, de système d'information, d'hôtellerie...réputées pour leur performance. Les résultats nationaux des indicateurs sont publiés chaque année par le ministère chargé de la santé. Ils sont mis à la disposition du public.

**5-Le développement professionnel contenu (DPC)**

Le DPC est une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins en combinant les activités de formation et d'analyse des pratiques. Ces deux activités sont articulées entre elles ordre pré-établi. L'approche cognitive peut être réalisée en groupe ou en individuel (formation à distance, certifiant, diplômant). Le programme doit être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC. L'analyse des pratiques peut se faire à partir de la gestion des risques, de la vue de dossiers et analyse de cas, du suivi d'indicateurs, d'audit clinique, de chemins cliniques, de patients traceurs ou d'analyse de parcours professionnels.

On attend de DPC qu'il contribue à :

- Développer les coopérations interprofessionnelles ;
- Au décloisonnement des modes d'exercice ;
- Au soutien des politiques régionales de santé ;
- A la construction de référentiels de bonne pratique.

## B- Les indicateurs de performance

Les indicateurs de performance décrivent la situation réelle par rapport au résultat escompté et sont également des outils d'aide à la décision en cas d'écart. Ils permettent de :

- **Savoir** : connaître d'un point de vue quantitatif et/ou qualitatif si l'objectif visé est en passe d'être atteint ou non. Ils retracent le sens et l'importance de l'élément étudié. Ils facilitent les comparaisons dans le temps et dans l'espace ;
- **Pouvoir** : changer l'orientation prise afin d'atteindre l'objectif fixé au préalable. Ils anticipent sur les résultats et permettent de mettre en œuvre des plans ; d'actions correctifs ;
- **Vouloir** : une orientation fixée sans indicateurs de contrôle n'actionne aucune volonté de performance simplement la bonne volonté des acteurs. Vouloir engendre le désir de résultat, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs à qui on a alloué des moyens ;

### 3-2 La gestion de risque

Manager des risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques.

#### 3-2-1. La démarche managériale de gestion de risque

Les risques sont les probabilités d'apparition d'incidents, de dysfonctionnements et défaillances qui peuvent survenir dans le système de soins et perturber la continuité et/ou la qualité des soins plus ou moins gravement. Les risques peuvent être de nature médicale et soignante (erreur de diagnostic, non-respect d'un protocole, erreur de dosage, infection nosocomiale, maltraitance) ou non médicale (grève, départ de plusieurs praticiens, incendie, problèmes dans la chaîne du froid alimentaire, défaillance de l'organisation).

Donc pour cela il faut organiser et manager l'établissement pour réduire les risques qui pourraient entraver ces missions et ces finalités. Elle est indispensable pour que l'établissement bénéficie d'une assurance et pour que les personnels, les patients et leur entourage puissent avoir la garantie d'un environnement de soins sécurisé.

La démarche managériale de gestion de risque est importante pour le directeur de l'établissement qui est garant de la sécurité des biens et des personnes, de la sécurité financière, de la pérennité, de la sécurité juridique (la responsabilité pénale des professionnels, du directeur et de l'établissement peut être engagée) et de l'assurabilité de l'établissement. En effet, les enjeux de la gestion de risques sont de quatre ordres<sup>29</sup> :

- **Financier** : coût de la non-qualité indemnisation des victimes ;

<sup>29</sup> Christine BENOIT, OP, CIT, P.113-116

- **Médiatique** : détérioration de l'image de l'établissement, perte de confiance de la population et par conséquent, baisse de l'activité et retombées économiques négatives ;
- **Juridique** : plaintes des patients ;
- **Contexte sociale** : la prise de risques est devenue inacceptable pour la société.

Le management a un rôle important pour créer les conditions de réussite de la démarche de gestion de risque. La direction générale doit affirmer l'importance de la sécurité et créer une culture de gestion des risques. Elle rend lisible la volonté d'un management participatif. Elle explique l'importance des enjeux, des déclarations des événements indésirables, de l'intérêt de bonnes pratiques. Enfin, elle doit suivre, évaluer sa réalisation et communiquer régulièrement les résultats en exploitant tous les supports de l'établissement.

### **3-2-2. La démarche de gestion de risques**

La démarche de gestion de risques est similaire à la démarche de résolutions de problèmes et repose à la fois sur la prévention (en amont de risque) et sur la protection (en aval de risque) afin de les éviter. Pour savoir si l'on se trouve dans une situation à risques, il faut avoir des signes qui la caractérisent.

**A- Les dispositifs de gestion des risques** : consistent à

- L'identification et le signalement des événements indésirables liés aux soins ;
- L'analyse des événements indésirables pour en déterminer les causes racines et les conséquences ;
- La conception et la mise en œuvre d'actions de prévention des facteurs de risque ;
- Le suivi de ces actions et de leurs résultats afin d'assurer bouclage du dispositif.

La gestion des risques a pour objectifs de réduire le nombre d'événements indésirables liés aux soins. On appelle événement indésirable tout événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin ou impacte directement la santé du patient. La sécurité de patient doit donc faire l'objet d'une véritable culture de gestion de risques.

Dans la politique de gestion des risques, les erreurs ne sont pas considérées comme des fautes passibles de sanctions mais comme des sources précieuses d'information et d'enseignement afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs.

**B-La sécurité des soins est mise en œuvre sur différents niveaux (du national au local) :** on distingue <sup>30</sup> :

- 1- La sécurité des produits de santé (médicament et dispositifs médicaux) et de leurs conditions d'utilisation :** en évalue le bénéfice/risque intrinsèque à la consommation d'un produit de santé ;
- 2- La sécurité des pratiques des professionnels de santé :** on analyse les défaillances professionnelles ou de pratiques déviantes susceptibles de conduire à un événement indésirable comme par exemple les incidents préjudiciables survenus lors d'un acte de prévention, d'investigation ou de traitement ;
- 3- La sécurité de l'organisation interne des établissements de santé :** comme par exemple le circuit de médicament, de la sécurité des patients au bloc (avant induction anesthésique, avant intervention chirurgicale, après intervention) et d'une manière générale tout processus car les défaillances constatées sont souvent dues à un problème d'organisation interne ;
- 4- La sécurité d'organisation des parcours de prise en charge des patients à la fois par les établissements de santé :** les risques liés aux parcours de soins sont les orientations inappropriées, l'absence ou la rupture de prise en charge, les prescriptions médicamenteuses inadaptées à la sortie de l'établissement de santé ;
- 5- La sécurité de l'organisation territoriale de l'offre de soins :** nombre d'actes réalisés, expérience des professionnels, accès aux soins, prise en charge des personnes âgées, des personnes en pertes d'autonomie...

### **3-2-3. Les risques hospitaliers**

Le risque est défini comme un danger éventuel plus ou moins prévisible, pouvant causer un dommage. La gestion de risque comporte à la fois un aspect positif dans la recherche de la performance et négatif dans le dysfonctionnement et ces conséquences. La démarche de gestion de risque vise donc à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers.

Elle repose sur la connaissance des risques, sur l'élimination de ceux qui sont évitables, sur la prévention, sur la correction et sur la vigilance<sup>31</sup>.

Les risques dans un établissement de santé sont nombreux. Certains relèvent directement de l'activité médicale. L'établissement doit les recenser à partir des causes et

---

<sup>30</sup> Saintoyant V, Duhamel G, Minvielle E, « *gestion des risques associées aux soins : état des lieux et perspectives* », Pratique et organisation des soins, volume 43 n°1, janvier- mars, 2012.P.39.

<sup>31</sup> Christine BENOIT, *Op*, cit, P.117-118.

des conséquences, déterminer leur criticité (gravité fréquence, analyser le niveau de maîtrise, les hiérarchiser (criticité niveau de maîtrise) et déterminer les niveaux d'actions<sup>32</sup>.

**A- Les risques en lien avec les vigilances sanitaires :** les vigilances sanitaires ont pour objet d'améliorer la sécurité des soins lors de l'utilisation des produits de santé ; médicament, produits sanguins, dispositifs médicaux, tissus, cellules, greffe...chacune des vigilances ci-dessous a pour but de surveiller et de signaler les effets indésirables :

- Liées à l'utilisation des médicaments ou de produit à usage humain : la **pharmacovigilance** ;
- Résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux : **la matériovigilance** ;
- Liées à l'utilisation de produits issus du corps humain (organe, tissu, cellule des produits thérapeutiques annexes) : **la biovigilance** ;
- Des incidents immédiats et/ou retardés liés à la transfusion de sang de produits sanguins (plaquette, plasma...) : **l'hémovigilance**, elle englobe également la traçabilité et la sécurisation de l'utilisation de ces produits ;
- Liées à l'utilisation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro : **la réactovigilance** ;
- Contre les infections nosocomiales et contre l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes : **l'infectiovigilance**.
- Les différentes vigilances sont donc autant de personnes ressources à associer dans la gestion des risques.

Les risques en lien avec la sécurité des biens et des personnes : comme la prévention contre la malveillance, la maltraitance.

Le risque de la vie hospitalier : sont constituées des risques en lien avec l'environnement hospitalier, la logistique et la technique. Par exemple : les risques liés à l'élimination des déchets : tri, stockage, transport et traitement ou à tout autre circuit, les risques liés à l'alimentation, les fluides...

### 3-3.La gestion des tensions et des conflits

Les hôpitaux sont lieux d'excellence dans la prise en charge des patients mais aussi des lieux de vie pour le professionnels qui y travaillent, cette activité humaine est synonyme de bien-être et source de plaisir, de reconnaissance et facteur d'accomplissement personnel, le travail est aussi un lieu de tension.

---

<sup>32</sup> Christine BENOIT *Op, cit* P 32.

Alors dans les établissements de santé, les équipes d'encadrement ont une position qui les expose partialement aux différentes tensions au travail, qui devient parfois facteur de stress, de mal être et de souffrance.

### 3-3-1 La gestion des tensions

Cette démarche s'intéresse du métier de cadre de santé dont l'activité initiale de soin s'est vue enrichie de fonctions de management (notamment la gestion budgétaire et le management d'équipement)<sup>33</sup>. Désormais, le cadre de santé est tiraillé entre deux manières de penser l'organisation des soins : la coordination des parcours des patients et le management optimal des ressources matérielles et humain dont ils disposent<sup>34</sup>.

A l'interface entre les médecins, les cadres supérieurs de santé et les soignants, leur position frontalière est potentiellement source de conflit au regard des attentes de chacune de ces parties qui ne sont pas toujours conciliables.

Les tensions de rôle, aux auteurs s'accordent à dire que les tensions de rôle se déciment en trois composantes : des organisations, les individus sont exposés à une véritable d'attente de rôle, parfois incompatibles ou ambiguës. Les individus se trouvent alors en situation de tension de rôle. Plusieurs auteurs : le « conflits », « ambiguïté », et la « surcharge »

### 3-3-2 Les conflits

« Le conflit est une source de régulation qui traverse et structure une multitude de champ de formes sociales, il structure les relations collectives et renforce, quand il ne crée pas, l'identité sociale »<sup>35</sup>.

Les conflits sont normaux et naturels, ils sont le reflet des relations humaines : conflit interpersonnel (la divergence d'opinions, les conflits d'intérêts,), conflit entre un service et un autre (conflit horizontal exemple : stérilisation/bloc, désaccord en raison de l'interdépendance des services), envers la hiérarchie (conflit vertical exemple : service ambulatoire/direction, désaccord par rapport au nombre de place).

Les conflits sont inhérents à toutes les organisations car les individus s'affrontent parce qu'ils ne partagent pas les mêmes intérêts, les mêmes aides, les mêmes ambitions. Les désaccords naissent sur des différences point de vue ou des frictions qui génèrent de la colère ou de la crainte qui sont autant de visions du monde différentes et autant des sources de conflit. Ainsi l'insuffisance des ressources humaines et matérielles génère du stress et de la

<sup>33</sup>Dumas, M. et Ruiler, C. « *Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ?* », entre prescription multi-objectifs réalité du terrain : un métier a « pensé », actes du 22ème, congrès de l'AGRH. 2011.

<sup>34</sup> COULON, R, « *Le cadre de santé, la gestion et le soin* », act de 22eme congrès de l'ARH, 2011

<sup>35</sup> Michel LALLEMENT, « *Histoire des idées sociologiques* », éditions Nathan, Paris, 2001.

fatigue qui augmentent le risque de conflit. Les sources génératrices des conflits sont très diverses. Elles peuvent émerger en raison de plusieurs paramètres<sup>36</sup> :

- **Du comportement de la direction** : l'éloignement du siège dans les groupes de santé, le manque de communication de la direction générale, l'absence de transmission de stratégie et d'enjeux, le délaissement des ressources humaines pour la performance financière, la mauvaise répartition des ressources, l'encouragement de la compétition au lieu de la collaboration ;
- **Du comportement de l'encadrement** : les définitions imprécises des rôles et des missions, l'absence de leadership, la succession d'ordre et de contordre, la non communication des messages de la direction, l'absence de réponse aux questions et aux demandes, l'incapacité à faire progresser les membres de l'équipe, l'absence de la qualité de la communication dans l'entretien annuel d'évaluation, le non-respect des engagements ;
- **De conflit de pouvoir entre le médical et le gestionnaire** : ceux qui soignent/ceux qui gèrent les ressources. Il est nécessaire que chaque acteur puisse se concevoir comme contribuant à la réalisation d'un objectif commun et non comme le détenteur d'un pouvoir ou d'un territoire ;
- **De la composition sociologique de l'établissement** : le manque de reconnaissance des agences de services hospitalier (AGH) par les infirmiers, les querelles entre praticiens, entre la direction et les praticiens ;
- **Des rapports entre l'entreprise et son environnement** : les relations difficiles public/privé, avec les patients, les familles, les tutelles... ;
- **De l'absence de projet fédérateur** : la routine s'installe, rien ne change, l'ennui, les frustrations, le découragement, le cynisme s'accumulent tandis que la motivation et la satisfaction au travail diminuent ;
- **De la non reconnaissance des facteurs de stress, de pénibilité, de la qualité du travail** : c'est un conflit d'identité, de dignité ;
- De la divergence d'intérêt entre les salaires et les établissements, les praticiens et l'établissement ;
- De la violation du sens de l'équité et de la justice ;
- **De la survie** : fermeture d'un service, passage à la sous-traitance, fermeture de l'établissement : ce sont des conflits de désespoir.

<sup>36</sup> Christine BENOIT, *Op*, cit, P. 136.

**Conclusion**

Pour conclure, l'hôpital est un élément essentiel de toute la politique sanitaire du pays, il assure une prise en charge globale des patients, Et le passage de l'administration à la gestion, poussant ainsi les hôpitaux à promouvoir la performance de pilotage, elle doit être réalisée par l'adoption d'une vision du contrôle de gestion large et communicante.

Le management a un rôle important pour créer les conditions de réussite de la démarche de gestion des risques, qui est similaire de la démarche de résolution de problèmes, et aussi identification des enjeux managériale.

Aussi la mise en place de management au sein des hôpitaux en Algérie est conditionnée par la mise en place d'une réelle réforme qui touchera l'ensemble du système de santé.

Les établissements de santé publique sont pleinement engagés dans le monde de management de la qualité qui comporte le développement et l'amélioration, afin de protéger les citoyens et leur garantir l'accès à des soins de qualité adapté à leurs besoins.

## **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

### **Introduction**

Face à des réformes majeures mise y'a plusieurs années dans le champ hospitalier les hôpitaux sont aujourd'hui confrontés à un besoin impératif d'évolution dans leur mode de gouvernance et de management. En effet ceux-là n'avait jusqu'à présent jamais pu véritablement s'imposer dans les hôpitaux publique, la difficulté technique, les résistances de la communauté médical, les problèmes de gouvernances et le contrôle de gestion...ont constitué au tant de frein au déploiement de cette fonction.

L'activité hospitalière se doit de prendre en compte certaine contrainte, elle doit aussi répondre à des objectifs multiple notamment la couverture des besoins de santé public, la satisfaction des patients ou encore la sécurité et la qualité de la prise en charge.

A traves ce chapitre nous tenterons une évaluation quantitativ, et qualitatif du service des urgences du CHU de TIZI-OUZOU, et une analyse des facteurs influençant dans ces services, a traves deux enquêtes.

Pour ce faire nous avons retenu le cheminement ci-après

- Section 1 : présentation de l'établissement public hospitalier, CHU de TIZI-OUZOU
- Section 2 : Présentation de l'unité d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU
- Section 3 : Enquête de satisfaction du personnel interne et externe du service d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU

## **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

### **Section 1 : Présentation de l'établissement public hospitalier, CHU de TIZI-OUZOU**

#### **1-1. Historique du CHU de TIZI-OUZOU**

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales (la maternité, le service pédiatrie, deux blocs de médecine générale), quant à l'équipement (100 lits en été mis à la disposition de ses services), la direction était assurée par des français elle comprenait un directeur, un chef d'équipe, et le personnel secondaire (25 agents)

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

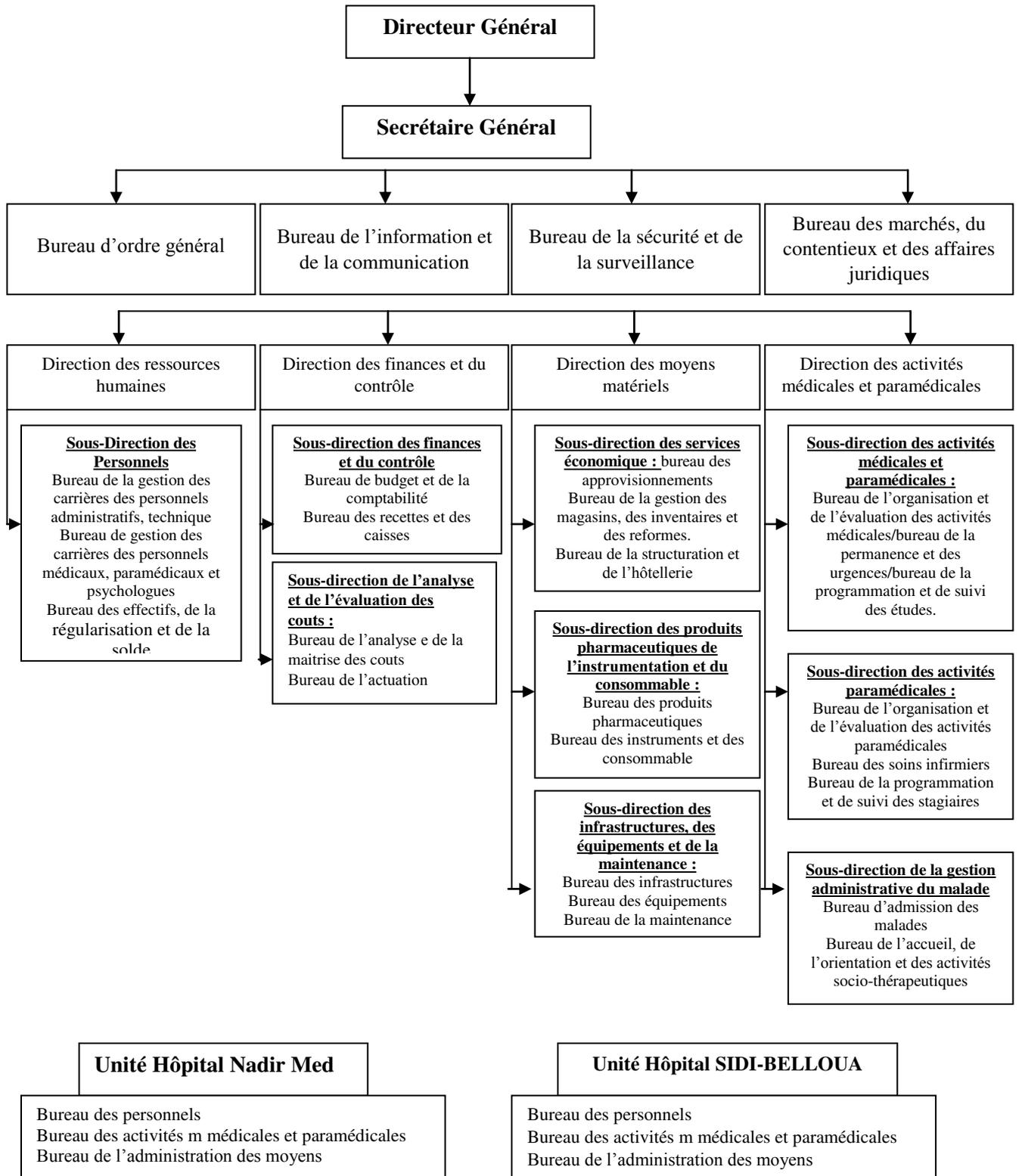
En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est rattaché au ministre de la santé, créé par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifié par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986.

En 1963 après l'indépendance l'hôpital a été baptisé hôpital « NEDIR Mohamed »

# Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

## 1.2 Organigramme du CHU de Tizi-Ouzou



Source : document interne du CHU TIZI-OUZOU.

## **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

### **2-2 Organisation administrative du CHU de TIZI-OUZOU**

Le CHU est structuré de la façon suivante :

#### **2-2-1. Une direction générale**

Le Directeur Général est nommé par décret présidentiel. Il est secondé par :

- Un secrétaire général ;
- Un conseil d'administration ;
- Un conseil de consultation ;
- La direction est subdivisée en :
  - Bureaux ;
  - Directions ;
  - Unités ;
  - Dont le directeur général exerce son autorité.

#### **2-2-2. Les bureaux**

- Le bureau d'information et de communication.
- Le bureau de la sécurité et de la surveillance générale.
- Le bureau des marchés au contentieux et des affaires juridiques.

#### **2-2-3. Les directions**

Il existe 4 directions au sein du CHU subdivisées elles-mêmes en sous-direction et en bureaux.

**A- La direction des ressources humaine :** Elle comprend :

**a- La sous-direction du personnel :** avec trois (03) bureaux ;

- Bureau de la gestion des carrières du personnel administratif technique et de services ;
- Bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux, et psychologues ;
- Bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

**b- La sous-direction de la formation et de la documentation comporte :**

- Bureau de formation ;
- Bureau de documentation.

**B- La direction des finances et contrôle(DFC) :** Comprend

**a- La sous-direction des finances avec :**

- Le bureau du budget et de la comptabilité ;
- Le bureau des recettes et des caisses.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

#### **b- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts : qui comprend**

- Le bureau d'analyse et maîtrise des coûts ;
- Le bureau de la facturation.

#### **C- La direction des moyens et matériels(DMM) : Elle comprend**

##### **a- Le bureau des services économiques : est composé :**

- Du bureau des approvisionnements ;
- Du Bureau de la gestion des magasins des inventaires et des réformes ;
- Du bureau de restauration et d'hôtellerie.

##### **b- La sous-direction des produits pharmaceutiques de l'instrumentation du consommable : Elle comprend**

- Le bureau d'infrastructures ;
- Le bureau d'équipements ;
- Le bureau de maintenance.

#### **D- La direction des activités médicales et paramédicales (D-A-M-P-M)**

##### **a- La sous-direction des activités médicales : qui comprend :**

- Le bureau d'organisation et d'évaluation des activités médicales ;
- Le bureau de garde des urgences ;
- Le bureau de programmation et suivi des étudiants.

##### **b- La sous-direction des activités paramédicales :**

- Le bureau d'organisation et d'évaluation des activités paramédicales ;
- Le bureau des soins infirmiers ;
- Le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.

##### **c- La sous-direction de la gestion administrative des malades : qui comprend :**

- Le bureau des entrées ;
- Le bureau d'accueil de l'orientation et des activités socio- thérapeutiques.

#### **2-2-4. Les unités**

Les unités du CHU sont organisées en bureaux :

- Le bureau du personnel ;
- Le bureau des activités médicales et paramédicales ;
- Le bureau de l'administration et des moyens.

## **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

### **Section 2 : Présentation de l'unité d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU**

Les services d'urgences occupent une place essentielle dans la réponse aux besoins de soins non programmés et sa place doit être préservée.

#### **2-1. Définition d'urgence et ces différentes formes médicales**

##### **1- Définition**

Le terme urgence provient du mot latin « URGENCE » qui signifie « presser » ou se « presser » ou encore « pousser à agir ».

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse 1979)

Pour les soignants de manière générale, l'urgence désigne toute affection ou lésion mettant en jeu le pronostic vital à brève échéance, ou susceptible d'entraîner des séquelles invalidantes sévères. Il s'agit-là d'une définition de technicien qui nécessite une évaluation technique initiale, la mise en jeux rapide de moyens de réanimation et qui bien sur obligera presque ou toujours une hospitalisation.

On peut dire alors que l'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide de moyen efficace pour y répondre.

Les services des urgences sont des services où sont pratiqués des soins d'importance, immédiate ou l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps. De par l'aspect urgent qui les caractérise, la spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates.

##### **2- Les différentes formes d'urgences médicales**

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales dont la perception est différente, aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgences.

- Urgences médicale absolues : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent, dont le traitement n'offre aucun retard c'est-à-dire l'extrême urgence.
- Urgence médicales potentielles : qui nécessite une surveillance médicale contenue.
- Urgences médicales différées : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës, qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

- Urgence médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans les médias, du moins sur les lieux de l'accident.
- L'urgence médicales vraies : situation ou un avis médical, est indispensable immédiatement ex : accident de la voie publique et lieux publics sans notion de gravité immédiate, mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- Urgence médicales ressenties : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

#### **3- Répartition du service des urgences du CHU de TIZI-OUZOU**

Le service des urgences du CHU de TIZOU-OUZOU se compose de trois services d'urgence qui sont : service des urgences médical, le service des urgences chirurgicales et service des urgences de pédiatrie.

Dans la majorité des cas, toutes les hospitalisations passe par les services des urgences, médical ; chirurgical ; pédiatrie, selon la nature de l'urgence.

**A- Les urgences médicales :** sont un service qui est à la disposition des patients 24h /24h, et tous les jours, c'est dans ce service qu'on fait les premiers actes.

Les services des urgences médicales de CHU de TIZI-OUZOU comportent :

- Une unité de consultation ;
- Une unité de l'intermédiaire ou salle d'observation ;
- Une unité d'hospitalisation.

##### **a- L'unité de consultation comporte :**

- Une salle d'accueil des consultants : à l'arrivée de patient au service des urgences médicale il y a une salle d'attentes faite spécialement pour les consultants ;
- Une salle d'examen qui est dotée de trois tables d'examen, et aussi des médecins généralistes qui examinent le patient ;
- Une salle de soins avec une armoire à pharmacie pour les premiers soins.

Cette unité permet de recevoir et d'examiner les patients, et ceci par des équipes faite de :

- Pendant les jours de semaine de trois (03) généralistes le matin, trois (03) généralistes le soir avec deux assistants en médecine interne travaillant à plein temps au pavillon des urgences médicales, un réanimateur et une équipe de paramédicaux avec sept (07) infirmiers, cette équipe assure les consultations des spécialités existants au CHU de TIZI-OUZOU à savoir : cardiologie, réanimation, neurologie, gastroentérologie-diabétologie néphrologie, hématologie, psychiatrie,...etc.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

- Pendant les gardes un groupe de sept interne, un généraliste, un résident et un assistant et trois infirmiers.
- b- L'unité d'observation :** c'est une unité accueillant les patients nécessitant des soins de 15 minutes à quelques heures par exemple : prise en charge d'un hypertensif. Ainsi que les évacués des autres services qui seront examinés directement dans cette salle.
- c- L'unité d'hospitalisation :** composés de quatre salles pour l'hospitalisation chacune d'elle dotée de quatre lits et des sources d'oxygène, une de colloque, une salle de soins, une pharmacie, un bureau pour les assistants, un bureau de surveillant médical, une chambre de garde pour les généralistes et une autre pour les résidents et une chambre pour les infirmiers ainsi que des sanitaires.

#### **B- Le service des urgences chirurgicales**

L'unité des urgences chirurgicales du CHU de TIZI-OUZOU est une structure nouvellement construite, elle a été inaugurée le 05 juillet 2000 pour répondre à une demande de soins en matière d'urgences chirurgicales se faisant plus forte d'année en année.

De point de vue organisationnel et architectural, elle est composée :

- De l'accueil, avec un service de radiologie standard et un scanner ;
- Du compartiment préopératoire ;
- De la salle septique ;
- Des blocs opératoires ;
- Et du compartiment postopératoire.

#### **a- L'accueil : dont le rôle est la prise en charge des patients se présentant en consultation d'urgence, ce compose de :**

- **La réception :** au fond du hall d'entrée avec :
  - Un bureau d'information : où sont consignées quotidiennement toutes les consultations dans un registre dédié à cet effet ;
  - Des salles de consultation au nombre de (05) pour chacune de ces spécialités :
    - Chirurgie générale ;
    - Chirurgie commune infantile ;
    - Urologie ;
    - Neurochirurgie ;
    - Traumatologie.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

A noter que les urgences d'ORL et d'ophtalmologie sont prise en charge dans la salle de soins.

- Une salle de soins ;
- Une salle de plâtre ;
- Une pharmacie et une chambre de garde pour les internes ;
- Une salle de radiologie standard, à côté d'une salle de TDM.

**b- Le compartiment préopératoire :** avec :

- Une salle d'échographie non fonctionnelle ;
- (04) salles d'hospitalisation dotée chacune de (04) lits avec une source d'O<sub>2</sub> et une source de vide pour chacun d'eux ;
- Une salle de colloque.

▪ **Le compartiment réanimation ou salle de réveil :** qui permet :

- La prise en charge des patients en période postopératoire précoce ;
- La préparation préopératoire ;
- La réanimation pour des pathologies nécessitant des soins de réanimation en milieu chirurgical telle la pancréatite, l'AVC ...etc.

**c- La salle septique :** ou se font les changements de pansements nécessitant une prémédication, la mise en place des différents drains, l'exploitation de certaines plaies profondes...etc.

**d- Les blocs opératoires :** au nombre de cinq équipés et accueillant les différentes spécialités.

**e- Le compartiment postopératoire :** qui accueille les patients convalescents après leur passage en salle de réveil.

#### **C- Le service des urgences de pédiatrie**

L'unité est composé de :

- Accueil (réception) ;
- 04 salles d'examen (tri) : identification des patients et leur prise en charge au sein de 04 sales réservé à cet effet pour une éventuel orientation ou admission.
- L'effectif est de :
  - 02 assistants de santé publique ;
  - 02 médecins généralistes ;
  - 07 médecins résidents ;
  - 16 infirmiers ;

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

- 06 agents de services ;
- 03 secrétaires ;
- 05 réceptionnistes.

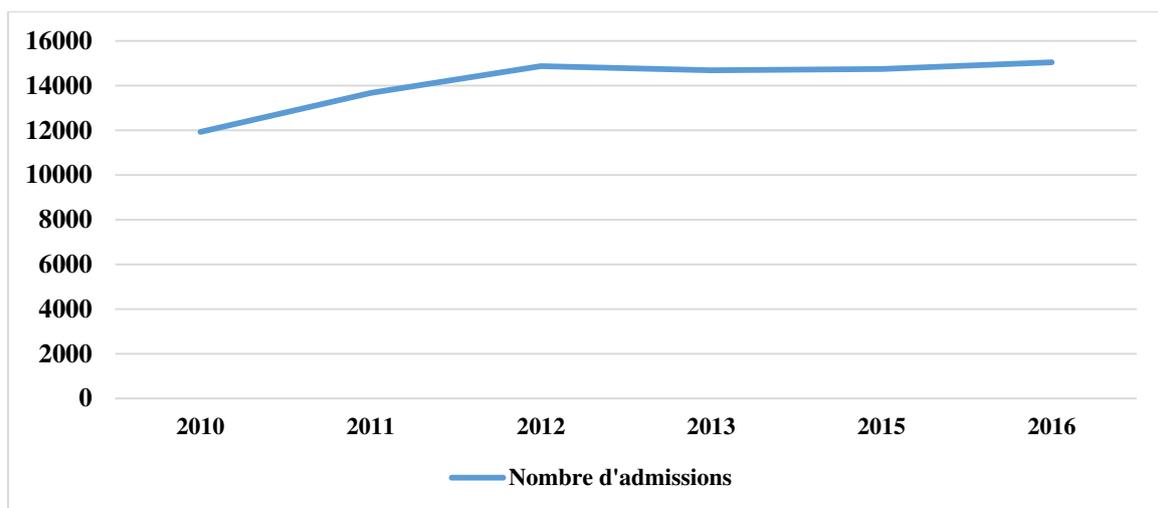
#### 2-3. Evaluation de l'activité des urgences du CHU de TIZI-OUZOU :

Tableau N°02 : Les admissions des UMC

| Années | Nombre d'admission |
|--------|--------------------|
| 2010   | 11924              |
| 2011   | 13669              |
| 2012   | 14761              |
| 2013   | 14868              |
| 2014   | 14683              |
| 2015   | 14742              |
| 2016   | 15045              |

Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

Figure 01 : Hospitalisations des UMC de 2010-2016



Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

La figure 01 construite à partir du tableau 01 démontre Le nombre d'admission depuis l'année 2010 jusqu'à 2016, on constate que de l'année 2010 à l'année 2011 une augmentation de 1748, de l'année 2011 a l'année 2012 le nombre d'admission a doublé, de l'année 2013 jusqu'à 2016 une légère fluctuation.

Comme on le constate, le nombre d'admission aux services des urgences a pratiquement doublé de 2010 jusqu'à 2016, avec des infrastructures et une localisation qui sont les mêmes depuis 2010 (la capacité litières, nombre de salle de soins,...etc).

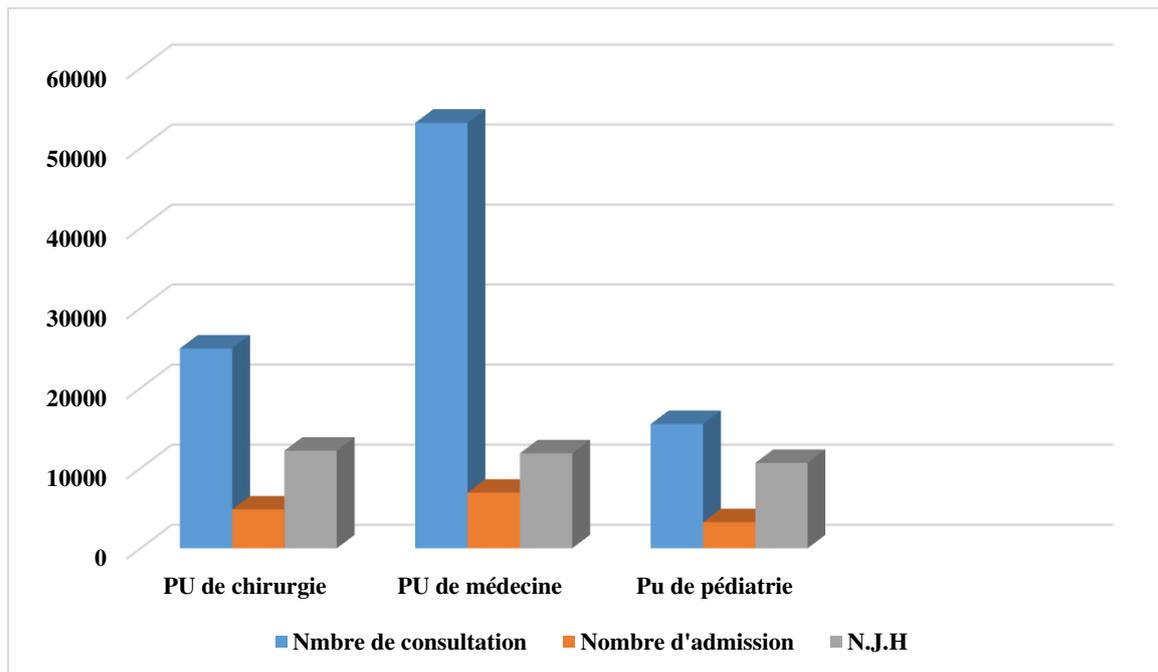
### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

**Tableau N° 03 : Activité des urgences année 2016**

| Services               | Nombre de lits | Nombre de consultations D'urgence | Nombre d'admission | N.J.H        | Nombre d'actes opératoire |
|------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------|
| <b>PU de chirurgie</b> | <b>40</b>      | <b>24951</b>                      | <b>4845</b>        | <b>12187</b> | <b>2671</b>               |
| <b>PU de médecine</b>  | <b>11</b>      | <b>53173</b>                      | <b>6947</b>        | <b>11848</b> | <b>0</b>                  |
| <b>PU de pédiatrie</b> | <b>08</b>      | <b>15496</b>                      | <b>3253</b>        | <b>10648</b> | <b>0</b>                  |
| <b>Total</b>           | <b>59</b>      | <b>93620</b>                      | <b>15045</b>       | <b>34683</b> | <b>2671</b>               |

Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

**Figure 02 : activité des urgences l'année 2016**



Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU

La Figure 02 construite à partir du tableau 03 représente l'importance de l'activité des services des urgences médicale du CHU de TIZI-OUZOU, nous pouvons en déduire que le service de médecine et de chirurgie réalisent plus de 70% de l'activité du secteur des urgences, quant au service de pédiatrie moins de ceux-là. On constate que la population adulte est plus touchée par les maladies que la population infantiles.

On constate qu'au troisième trimestre de toutes les années les services des urgences médical et chirurgicale atteignant un taux de consultation assez haut que les autres, cela est généralement dû aux accidents de circulation, aux chaleurs, aux incendies... selon les motifs de consultation.

Par contre le service de pédiatrie les taux de consultation augmente aux premiers trimestres et au quatrième, les enfants sont beaucoup plus exposés à la période hivernal (grippe, fièvre, infection ...).

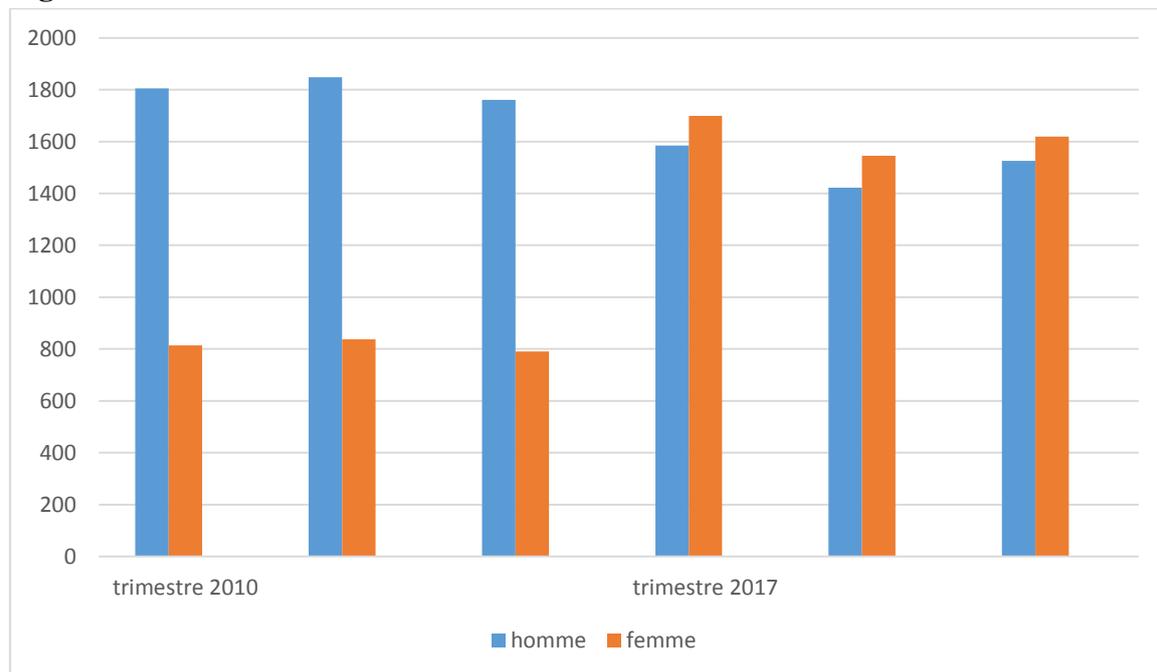
### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

**Tableau N° 04: Etude des consultants selon le sexe**

| Trimestre 2010 | Mois    | Hommes | femme |
|----------------|---------|--------|-------|
|                | Janvier | 1805   | 814   |
| Février        | 1848    | 837    |       |
| Mars           | 1761    | 791    |       |
| Trimestre 2017 | Janvier | 1585   | 1699  |
|                | Février | 1422   | 1545  |
|                | Mars    | 1525   | 1619  |

Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

**Figure 03 : Nombre de consultants durant l'année 2010 et 2017 selon le sexe**



Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU

La figure 03 construite à partir du tableau 04, nous montre qu'en 2010 le nombre de consultations masculines est prés dominante ; en note que leurs nombre est presque deux fois plus supérieure que celui des femmes cela est probablement dû au fait que ce soit les hommes qui sont les plus exposé aux pathologies traumatiques et autre accidents et agression, selon le motif de consultation, les traumatisme des membre supérieure et inférieure prene la tête suivis des nombres d'agression, ce qui laisse prétendre qu'il y a un fort taux de criminalité a la wilaya de TIZI-OUZOU.

Par ailleurs, en 2017 le nombre de consultation des femmes est supérieur à celui des hommes, selon les motifs de consultation, les plus diagnostiqués : les accèdent de circulation, les décès maternelles ; les cancers des seins ainsi que des maladies infectieuses ; et les différentes carences surtout le fer...

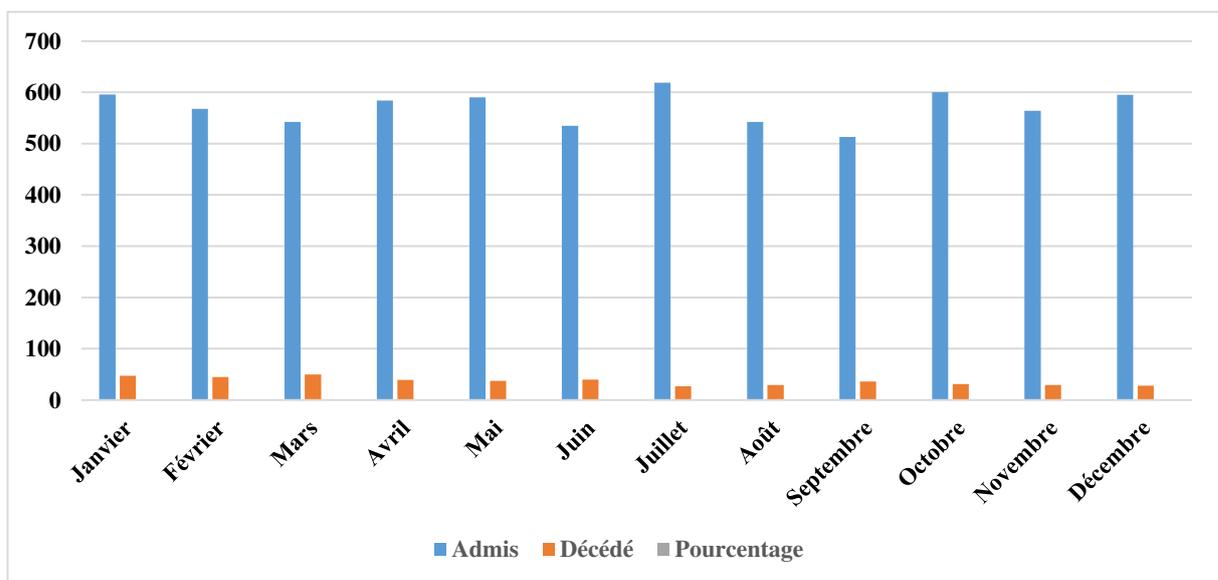
### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

**Tableau N°05 : étude des décès hospitalisés**

| Mois          | Admis       | Décédé     | Pourcentage |
|---------------|-------------|------------|-------------|
| Janvier       | 596         | 47         | 7,88%       |
| Février       | 568         | 45         | 7,92%       |
| Mars          | 542         | 50         | 9,22%       |
| Avril         | 584         | 39         | 6,67%       |
| Mai           | 590         | 37         | 6,27%       |
| Juin          | 535         | 40         | 7,47%       |
| Juillet       | 619         | 27         | 4,36%       |
| Août          | 542         | 29         | 5,35%       |
| Septembre     | 513         | 36         | 7,01%       |
| Octobre       | 600         | 31         | 5,16%       |
| Novembre      | 564         | 29         | 5,14%       |
| Décembre      | 595         | 28         | 4,70%       |
| <b>Totale</b> | <b>6948</b> | <b>438</b> | <b>100%</b> |

Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

**Figure N° 04 : étude de décès hospitaliers**



Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

On ressort de la Figure 04 que le nombre de décès aux urgences médicales est constant avec une moyenne de 36 par mois une légère augmentation apparait de temps à autre, mais qui ne dépasse pas 50 décès.

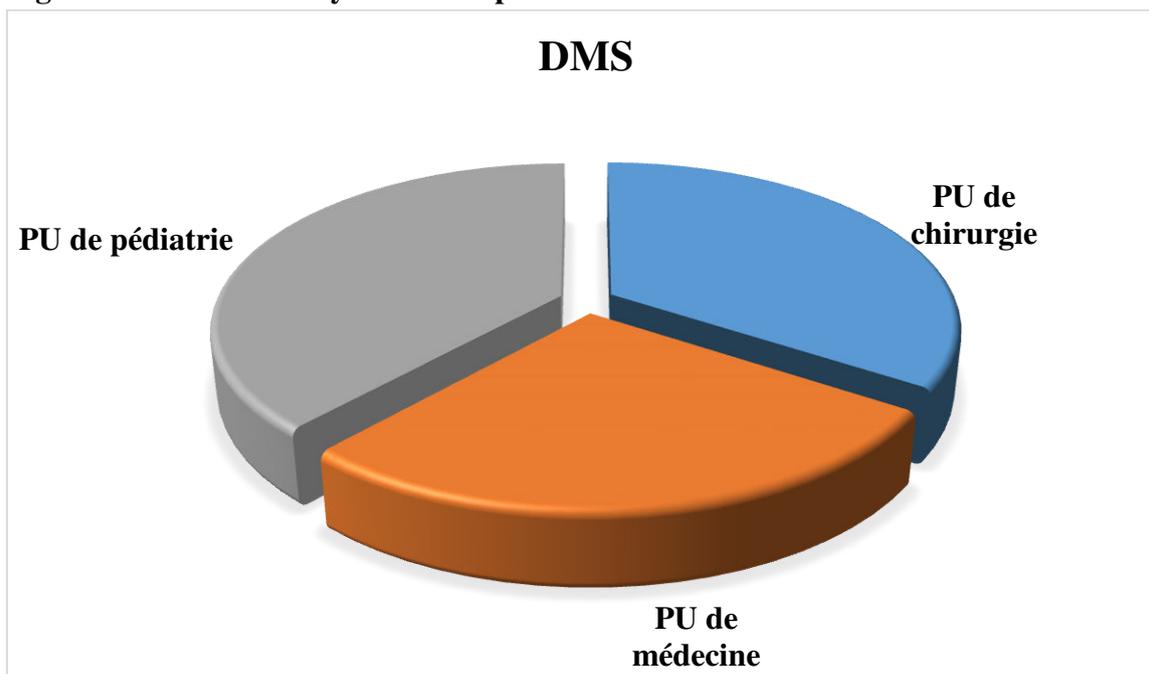
### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

**Tableau n° 06 : la journée d'hospitalisation**

| Service         | N'ombre d'admission | N.J.H       | DMS                    |
|-----------------|---------------------|-------------|------------------------|
| PU de chirurgie | 1149                | 3083        | 02,68                  |
| PU de médecine  | 1676                | 3616        | 02,15                  |
| PU de pédiatrie | 724                 | 2172        | 03,00                  |
| <b>Total</b>    | <b>3549</b>         | <b>8871</b> | <b>2,49 La Moyenne</b> |

Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

**Figure n°04 : Durée moyenne d'hospitalisation durant le trimestre de 2017**



Source : établi par nous-même à partir des rapports d'activités du service des urgences de CHU.

Nous constatant dans la figure 04 que les malades ne séjournent pas long temps aux urgences de médecines, puisque ils sont transférait aux autres services selon les motifs d'hospitalisations, par contre au service chirurgie ils séjournent moins de 3 jours, au bout desquelles ils sont directement porté sortant. La durée moyenne d'hospitalisation est 2,68, par contre en pédiatrie, elle est de 3 jours.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

### Section 3 : enquête de satisfaction du personnel interne et externe du service d'urgence du CHU de TIZI-OUZOU

L'explication du fonctionnement des activités de l'hôpital dans la troisième section a fait l'objet d'une enquête, dans laquelle nous avons effectué une collecte de données et des entretiens auprès des différents services et responsables de cet hôpital afin de présenter le CHU de TIZI-OUZO et ses services. Toutefois, cette enquête doit être complétée par un questionnaire qui va permettre de faire l'état des lieux de l'établissement concernant son fonctionnement et son organisation... et d'identifier ses principaux dysfonctionnements.

#### 3-1. Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée

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

##### 3-1.1. Contenu du questionnaire et son déroulement

Nous avons opté pour la technique du questionnaire qui consiste à poser au personnel du CHU, une série de questions relatives à leur fonction au sein de l'établissement, au service auquel ils sont rattachés, à leurs anciennetés, 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 fonctionnement d'un établissement et que l'on pense pouvoir mieux cerner à partir d'informations collectées auprès du personnel de l'établissement.

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

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

Notre questionnaire s'articule autour des thèmes suivants :( Annexe n°1)

- **Thème 1** : Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier
  - Sous-thème 1 : question au personnel
  - Sous-Thème 2 : Mode de fonctionnement de l'hôpital
  - Sous-Thème 3: Méthodes et organisation
  - Sous-Thème 4 : Communication et coordination
- **Thème 2** : La gestion de l'hôpital
  - Sous-thème 1 : Le pilotage de l'hôpital
  - Sous-thème 2 : La gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital

## **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

- Sous-thème 3 : les soins prodigués

### **3-1.2. Objectifs du questionnaire**

Notre enquête vise à présenter l'état des lieux du CHU de TIZI-OUZOU concernant son fonctionnement, sa gestion, et surtout, de constater les principaux dysfonctionnements liés à l'organisation, que connaît cet hôpital. A partir des défaillances détectées, il s'agit de déterminer les raisons de l'adoption d'un nouvel instrument de pilotage, de gouvernance et de management dans le secteur hospitalier de TIZI-OUZOU.

### **3-1.3. Choix et constitution de l'échantillon**

Dans l'enquête de terrain, on construit le plus souvent un échantillon diversifiée. Il convient toutefois de préciser que le terme d'échantillon est mal adapté dans une optique qualitative car il porte en lui-même l'idée de la représentativité. Faute de moyens et de temps, et les difficultés de délimitation de l'échantillon, nous amène à faire un choix d'une façon aléatoire.

Nous avons approché par questionnaire 70 effectifs du CHU de TIZI-OUZOU hommes et femmes, dont l'ancienneté varie entre moins de 5 ans et plus de 30 ans. Nous avons donc, choisi de rencontrer trois principales catégories : corps médical, personnel paramédical, personnel administratif. Le choix de ces catégories d'acteurs se justifie par les objectifs de l'organisation, entre autre, développer la transversalité et la coopération horizontale et verticale entre les services et les métiers et donc améliorer l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'organisation hospitalière. De ce fait, l'implication du personnel est plus qu'indispensable. Le choix se justifie aussi par la nécessité de faire l'état des lieux des services administratifs et des services médicaux, de voir le point de vue de ces trois catégories et d'en tirer les principaux dysfonctionnements.

Ces questionnaires sont distribués dans les directions administratif, aussi dans les différents services d'hospitalisation le tableau ci-dessous recense et récapitule le nombre de questionnaire distribue dans chaque service

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

**Tableau N° 08: Récapitulatif du nombre des questionnaires**

| Service                               | Effectifs des questions                           | Nombre de question | Total     |
|---------------------------------------|---|--------------------|-----------|
| <b>Directions</b>                     | Secrétariat                                       | 4                  | <b>19</b> |
|                                       | Bureau d'ordre général                            | 1                  |           |
|                                       | Bureau de finance                                 | 3                  |           |
|                                       | Bureau de communication                           | 2                  |           |
|                                       | Bureau des moyens et matériel général             | 2                  |           |
|                                       | Bureau de gestion des ressources humaines         | 2                  |           |
|                                       | Bureau de formation                               | 2                  |           |
|                                       | Bureau de maintenance et des équipements médecine | 3                  |           |
| <b>Service des urgences chirurgie</b> | Corps médical                                     | 5                  | <b>11</b> |
|                                       | Personnel paramédical                             | 5                  |           |
|                                       | Secrétariat                                       | 1                  |           |
| <b>Service des urgences médecine</b>  | Corps médical                                     | 7                  | <b>15</b> |
|                                       | Personnel paramédical                             | 7                  |           |
|                                       | Secrétariat                                       | 1                  |           |
|                                       |   |                    |           |
| <b>Service des urgences pédiatrie</b> | Corps médical                                     | 8                  | <b>25</b> |
|                                       | Personnel paramédical                             | 14                 |           |
|                                       | Secrétariat                                       | 3                  |           |
| <b>Total</b>                          |   | <b>70</b>          | <b>70</b> |

Source : Etablis par nous-même.

A partir de ce tableau, on peut distinguer trois principales catégories d'acteurs questionnés, comme suit :

**Tableau N°9 : Récapitulatif du nombre d'effectifs questionnés par catégories**

| Catégorie d'acteur            | Corps médical | Personnel paramédical | Personnel administratif |
|-------------------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Nombre d'effectif questionnés | <b>20</b>     | <b>26</b>             | <b>24</b>               |

Source : construit à partir des données du tableau ci-dessus.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

### 3-2. Résultats de l'enquête

Il s'agit principalement de rendre toutes les informations recueillis 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 le logiciel Excel. Voici les résultats :

#### 1. Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier

##### A. Question au personnel

Concernant ce premier sous-thème, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau et le graphique suivant :

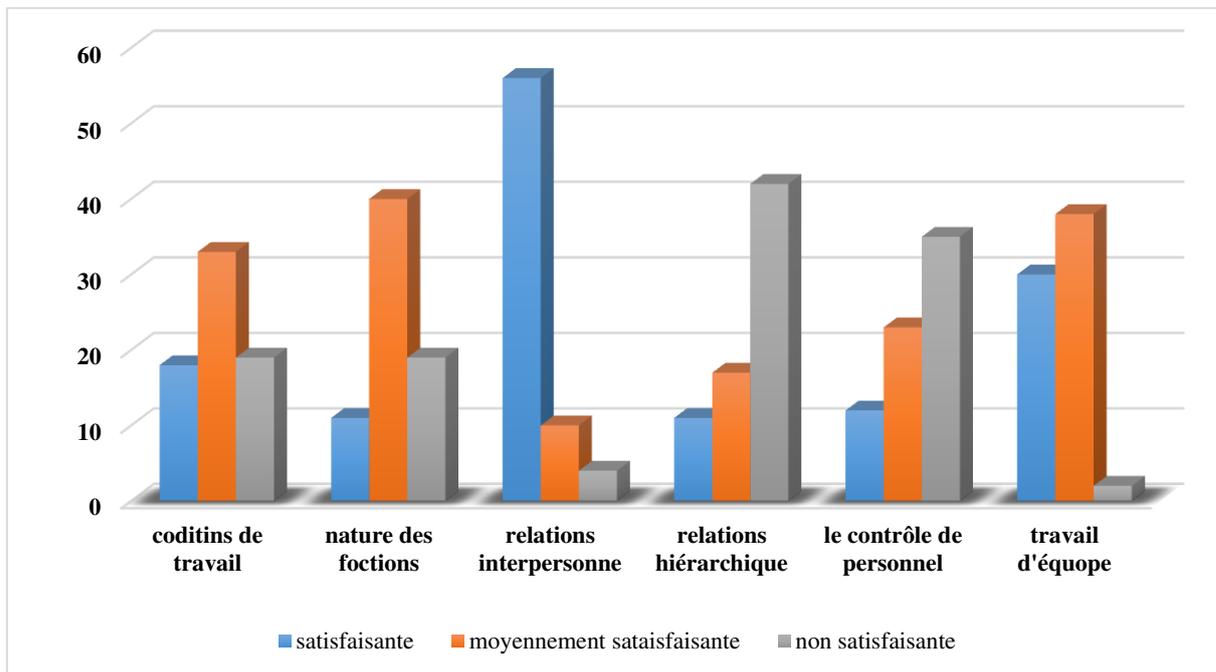
**Tableau n°10 : Question au personnel**

| Questions   | satisfaisantes | Moyennement satisfaisante | Non satisfaisante | Total |
|---|----------------|---------------------------|-------------------|-------|
| 1. comment qualifiez-vous vos conditions de travail ?                                       | 18             | 33                        | 19                | 70    |
| 2. Comment qualifier la nature des fonctions que vous occupez ?                             | 11             | 40                        | 19                | 70    |
| 3. Comment qualifiez-vous relation interpersonnel avec vous collègues ?                     | 56             | 10                        | 04                | 70    |
| 4. Comment qualifiez-vous vos relations avec la hiérarchie ?                                | 11             | 17                        | 42                | 70    |
| 5. Comment qualifiez-vous le système de contrôle du personnel et du suivi dans le travail ? | 12             | 23                        | 35                | 70    |
| 6. Comment qualifiez-vous le travail d'équipe,  | 30             | 38                        | 02                | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

Figure N° 7 : Représentation des résultats concernant le questionnement de personnel



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 47% d'effectifs de l'hôpital considèrent que les conditions de travail est moyennement satisfaisante ;
- 57% d'effectifs considèrent que la nature des fonctions à l'hôpital est moyennement satisfaisante ;
- 80% d'effectifs qualifie les relations interpersonnel étant satisfaisante ;
- 60% d'effectifs sont insatisfait de leur relations avec la hiérarchie (aide-soignant aux spécialiste, résident et professeur...) ;
- 50% d'effectifs réclament que le système de contrôle et de suivi au niveau du CHU est insatisfaisant ;
- 54% d'effectifs considèrent que le travail d'équipe est moyennement satisfaisante ;

D'après ces résultats du questionnaire, on constate un certain nombre de contraintes et défaillances, liés au fonctionnement de l'établissement (CHU de TIZI-OUZOU), Et cela s'explique principalement par l'état des infrastructures est le nombre excessif de cas a traité, et cela peigne sur la qualité des relations hiérarchiques. Par contre le travail d'équipe est favorable.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

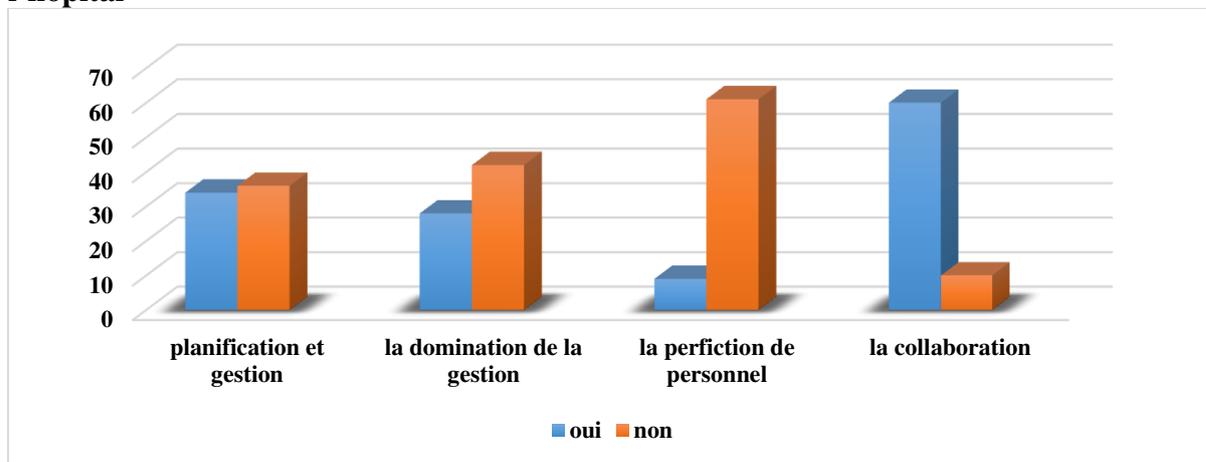
### B. Mode de fonctionnement de l'hôpital

Tableau n° 11 : mode de fonctionnement de l'hôpital

| Questions   | oui | Non | total |
|---|-----|-----|-------|
| 1. Existe-il un système de planification et de gestion des objectifs dans votre secteur ? | 20  | 50  | 70    |
| 2. le fonctionnement est-il dominé par une logique gestionnaire dans vos services ?       | 18  | 52  | 70    |
| 3. Avez- vous des formations pour la perfection de personnel ?                            | 09  | 61  | 70    |
| 4. y-a-t-il une collaboration entre votre centre et d'autre ?                             | 60  | 10  | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

Figure N° 8 : Représentation des résultats concernant le Mode de fonctionnement de l'hôpital



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 71% d'effectifs considèrent qu'il n'y pas un système de planification et de gestion des objectifs ;
- 60% considèrent que le fonctionnement de l'hôpital n'est pas dominé par une logique gestionnaires ;
- 86% des effectifs considèrent que y a une collaboration entre l'hôpital est d'autre ;
- 87 % d'effectifs réclament qu'il n'y a pas de formation pour la perfection du personnel au service des urgences ;

Plus de la moitié de personnel réclament que l'absence d'un système de planification et de la gestion des objectifs, est cela est dû à un manque de continuité et de stabilité de plusieurs facteurs essentiellement le changement des directeur.

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

Les intervenants considèrent que l'hôpital n'est pas dominé par une logique gestionnaire car les procédures administratives sont lentes, les acteurs hospitalier évoquent un manque d'autonomie du fonctionnement d'établissement ou le conseil d'administration fonctionne toujours comme un conseil de direction, ce manque d'autonomie illustre la source de démotivation du personnel, de ce fait pour résoudre certains problème c'est le directeur qui prend la discision sans consulté l'avis des autres.

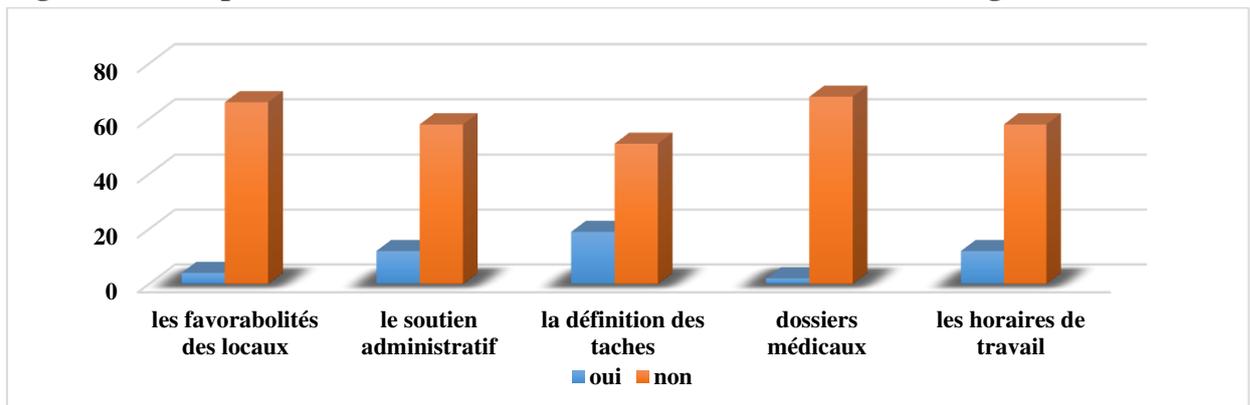
#### C. Méthode et organisation

Tableau n°12 : Méthode et organisation

| Questions  | Oui | Non | Total |
|--|-----|-----|-------|
| 1. Les locaux du service des urgences sont-ils favorables au travail ?                     | 04  | 66  | 70    |
| 2. le soutien administratif est-il satisfaisant au niveau de service médical ?             | 12  | 58  | 70    |
| 3. y-a-t-il une précision dans la finition des taches dans vos services ?                  | 19  | 51  | 70    |
| 4. Disposez-vous les dossiers médicaux électroniques ?                                     | 02  | 68  | 70    |
| 5. Y-t-ils des personnes qui planifie les listes des personnels, des horaires de travail ? | 12  | 58  | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

Figure N°9 : Représentation des résultats concernant les méthodes et organisation



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 94 % des effectifs considèrent que les locaux du service des urgences ne sont pas favorables au travail ;
- 82 % d'effectifs réclament que les conditions de travail sont insatisfaisantes ;
- 70 % d'effectifs de l'hôpital réclament qu'il n'y'a pas une précision dans la définition des missions et tâches des services ;
- 97 % des effectifs considèrent que l'établissement ne dispose pas les dossiers médicaux électronique ;
- 82% d'effectifs considèrent que n'y a pas des personnes qui planifient les listes des personnels.

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

Les locaux des services des urgences sont défavorable au travail, ils engendrent des problèmes d'organisation des activités, ces difficulté sont renforcé par l'éloignement des services notamment administratifs, ce qui rend complexe la communication, aussi le manque de matériel médicale et le lis d'hospitalisation, génèrent d'importante perturbation dans la réalisation des activité de soins, la définition des tâche ne peut pas vraiment être contrôlé, car ils reçoivent des cas d'extrême urgence donc ils peuvent les répartir.

Les horaires de travail sont considérés comme contraignant, cela est dû au déséquilibre dans la répartition de la charge de travail (certain services sont plus chargé que d'autres ce qui complique la gestion de ces services et crée des fortes tensions entre acteur).

#### D. Communication et coordination

Concernant les questions relatives à la communication et la coordination des services des urgences a CHU de TIZI-OUZOU, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau et le graphique suivant :

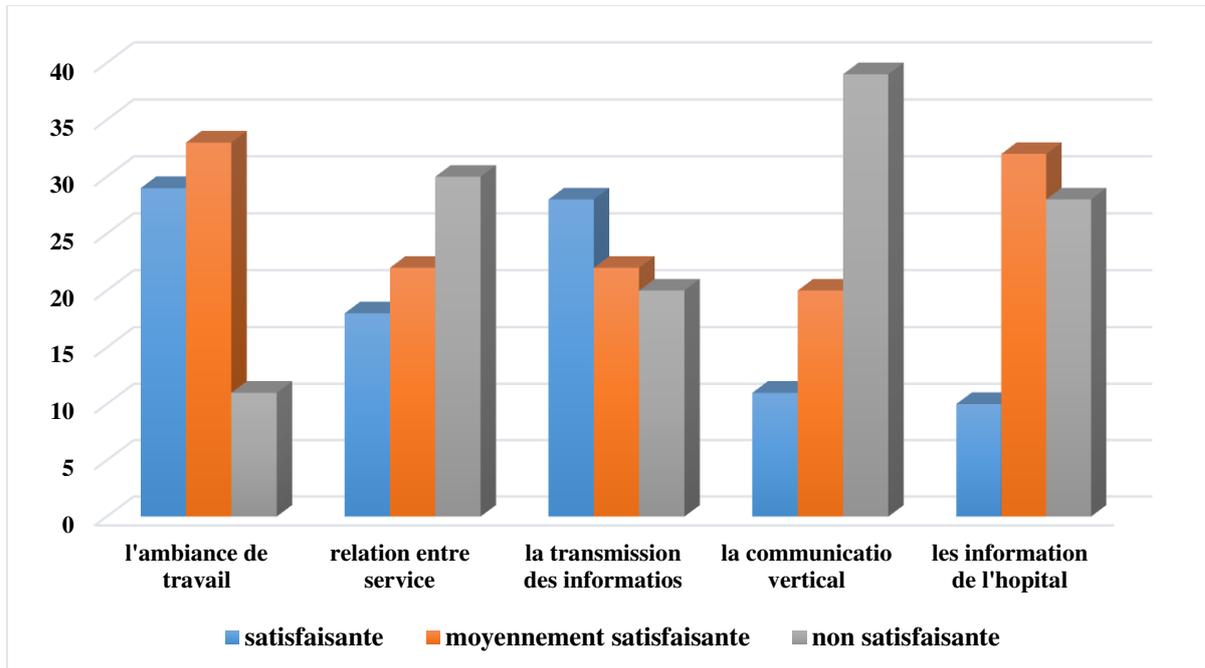
**Tableau N° 13 : communication et coordination**

| Question   | Satisfaisante | Moyennement satisfaisante | Non satisfaisante | Total |
|--|---------------|---------------------------|-------------------|-------|
| 1. Comment qualifiez- vous l'ambiance de travail ?               | 29            | 33                        | 11                | 70    |
| 2. Comment qualifiez-vous les relations entre service ?          | 18            | 22                        | 30                | 70    |
| 3. Comment qualifiez-vous la transmission des informations ?     | 28            | 22                        | 20                | 70    |
| 4. Comment qualifiez-vous la communication verticale ?           | 11            | 20                        | 39                | 70    |
| 5. Comment qualifiez-vous le système d'information à l'hôpital ? | 10            | 32                        | 28                | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

Figure N°10: Représentation des résultats concernant la communication et la coordination



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 47 % des effectifs considèrent que l'ambiance du travail est moyennement satisfaisante ;
- 43% d'effectifs jugent que les relations entre les services sont insatisfaisantes ;
- 56 % d'effectifs de l'hôpital estiment que la communication (verticale) avec la direction n'est pas satisfaisante ;

D'après ces résultats on constate un nombre de dysfonctionnement et de contrainte liés à la communication et la coordination cela est dus par exemple à des tensions entre médecin et infirmière, entre corps médical et personnel administratif.

Plus de la moitié d'effectif de l'hôpital estiment que la communication verticale n'est pas optimale avec la direction cela est dus au défaut de non concertation est d'écoute entre la hiérarchie et le personnel, entraînent une absence de travail en équipe ce qui nuit à la prise de décision.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

### 2. La gestion de l'hôpital

Concernant la deuxième thématique, voici en ce qui suit les principaux résultats

#### A. Le pilotage de l'hôpital

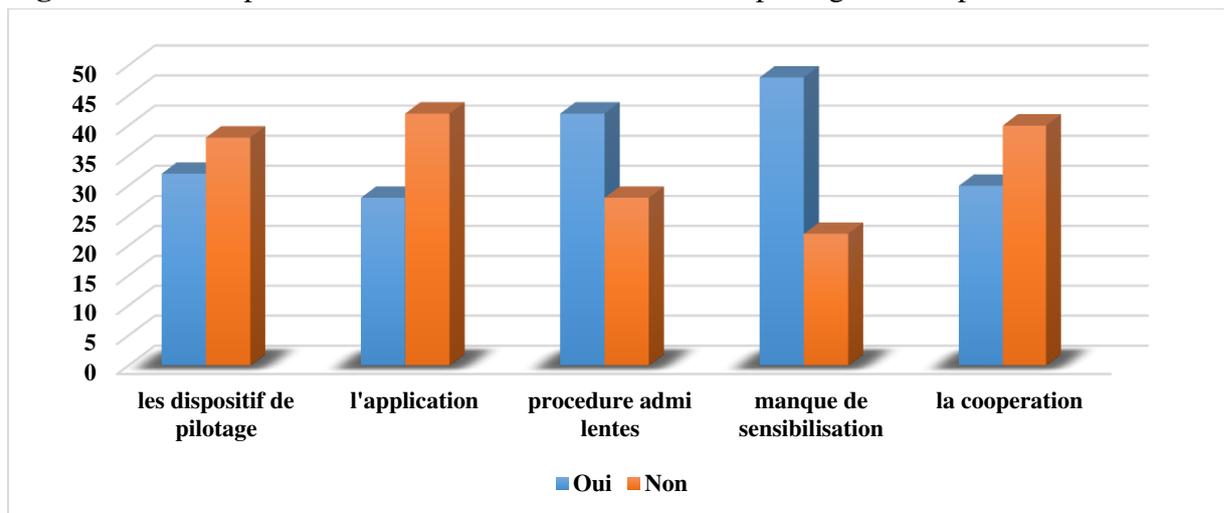
Concernant ce premier sous-thème, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau et le graphique suivant :

**Tableau N°14 : La gestion de l'hôpital**

| Questions  | Oui | Non | Total |
|--|-----|-----|-------|
| 1. Existe-il un dispositif de pilotage des activités ?   | 32  | 38  | 70    |
| Est-il appliqué ?  | 28  | 42  | 70    |
| 2. Jugez-vous les procédures administratives lentes et complexes ?                                       | 42  | 28  | 70    |
| 3. Jugez-vous qu'il y a un manque de sensibilisation du personnel ?                                      | 48  | 22  | 70    |
| 4. La coopération entre les services administratifs et les services médicaux sont-elles satisfaisantes ? | 30  | 40  | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

**Figure N° 11 : Représentation des résultats concernant le pilotage de l'hôpital**



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 54% des effectifs montrent l'absence de dispositif de pilotage des activités au sein du CHU ;
- 60 % d'effectifs jugent que les procédures administratives sont lentes et complexes ;
- 69 % d'effectifs de l'hôpital estiment qu'il y'a un manque de responsabilisation du personnel ;
- 57% des questionnaires considèrent qu'il y'a un manque de coopération entre les services administratifs et les services médicaux, chacun dans ces tâches.

Les procédures administratives sont complexes notamment aux niveaux des services d'hospitalisation cela est dû à un manque de formation et de respect de procédures.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

### B. La gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital

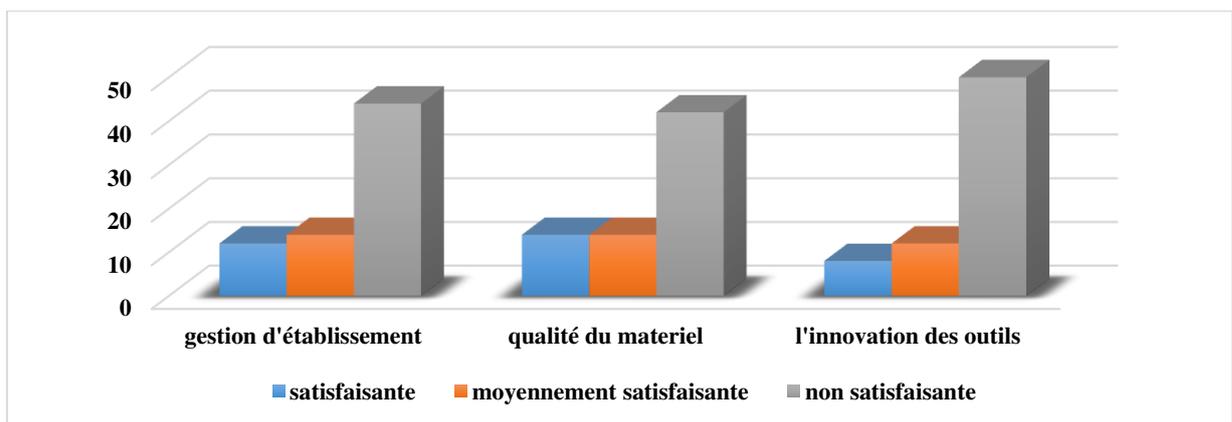
Concernant ce second sous-thème, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau et le graphique suivant :

**Tableau n° 15 : la gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital**

| Questions   | Satisfaisante | Moyennement satisfaisante | Non satisfaisante | Total |
|---|---------------|---------------------------|-------------------|-------|
| 1. Comment qualifier-vous la gestion de cet établissement ?                       | 12            | 14                        | 44                | 70    |
| 2. Comment qualifiez-vous la qualité du matériel ?                                | 14            | 14                        | 42                | 70    |
| 3. Comment qualifiez-vous l'innovation des outils et matériel que vous utilisés ? | 08            | 12                        | 50                | 70    |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

**Figure n°12:** Représentation des résultats concernant la gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

#### Interprétation des résultats

- 63 % des effectifs considèrent que la gestion du CHU est non satisfaisante ;
- 60 % d'effectifs jugent que la qualité de matériel est inefficace ;
- 71 % d'effectifs de l'hôpital estiment que l'innovation des outils et du matériel est insatisfaisantes.

Les intervenants jugent que la gestion de l'établissement est insuffisante, du fait, de la multiplicité des acteurs, du pouvoir de la tutelle, du manque d'autonomie, absence de planification et de gestion des objectifs.

Aussi la qualité du matériel n'aide pas. Les produits de base sont limité, les matériaux d'interventions, les machines (radiologie, scanner...) généralement ne fonctionnes pas, malgré la procuration de nouvelle technologie le manque de formation du personnel, conduit à un mal mangement ou non n'utilisation de celui-ci.

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

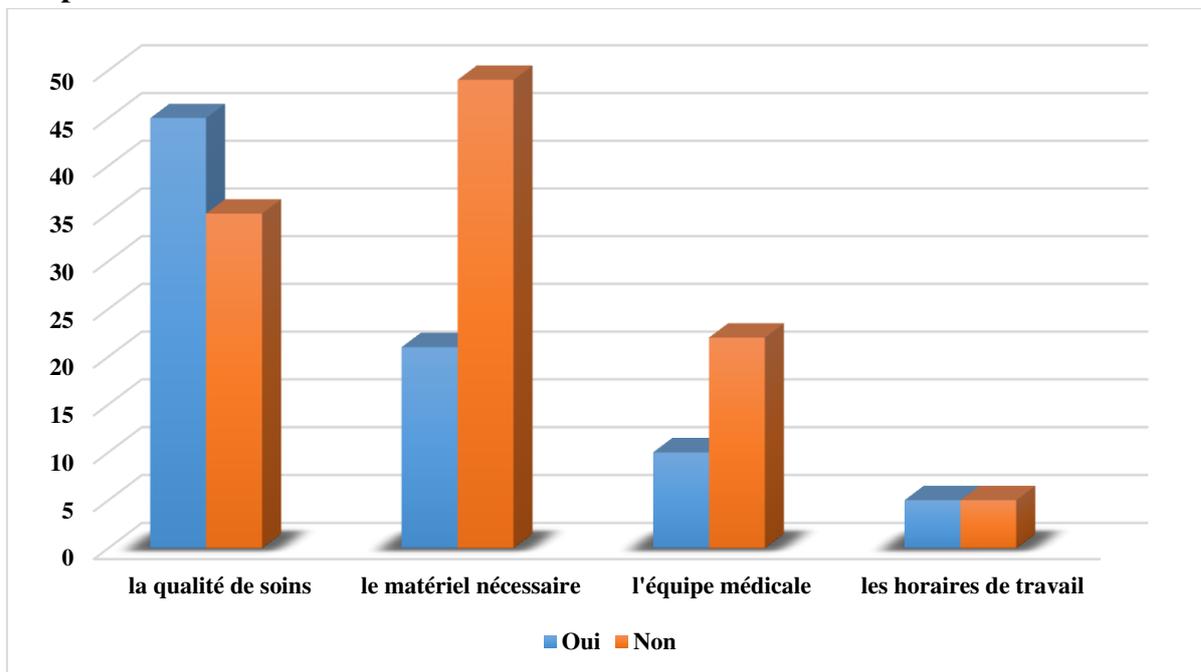
### C. Les soins prodigués

Tableau N° 16 : Les soins prodigués

| Questions  | Oui | Non | Total |
|--|-----|-----|-------|
| 1. la qualité de soins dans vos services est-elle satisfaisante ?                            | 45  | 35  | 70    |
| 2. Disposez-vous du matériel nécessaire pour toutes les interventions ?                      | 21  | 49  | 70    |
| 3. Disposez-vous d'une équipe médicale complète qui assure les différentes formes d'urgence? | 10  | 22  | –     |
| 4. Les horaires de travail sont-ils contraignants ?  | 05  | 05  | –     |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU.

Figure N°13 : Représentation des résultats concernant les soins prodigués au sein de l'hôpital



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus

- 50% des effectifs considèrent que la qualité de soins au service des urgences du CHU est satisfaisante malgré le manque de moyens et du matériel nécessaire pour toutes interventions, avec des équipes médicales complètes qui assurent les différentes formes d'urgence

### Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

#### 3-3. Les résultat de l'enquête Pour les patients aux urgences du CHU de TIZI-OUZOU

Notre échantillon d'étude est constitué de 100 patients reçus dans les trois services des urgences.

**Tableau N°17 : Récapitulatif du nombre des questionnaires**

| Services        | Homme     | Femme     |
|-----------------|-----------|-----------|
| PU de chirurgie | 10        | 18        |
| PU de médecine  | 20        | 25        |
| PU de pédiatrie | 08        | 19        |
| <b>Total</b>    | <b>38</b> | <b>62</b> |

Source : Etablis par nous-même.

Selon le tableau ci-dessous, 73% des patients répondant sont ceux des services de chirurgie et de médecine, pour les patients questionnés du service pédiatrie il s'agit essentiellement de parents garde malade qui nous en répondus vue le bas âge des patients concernés.

Les quatre premières questions de notre questionnaire porte essentiellement sur la qualité de l'information et celle des soins donnés.

Notre étude s'est portée sur 100 cas traités aux 3 secteurs des services des urgences du CHU de TIZI-OUZOU. Nous avons questionné 62 femmes et 38 hommes, qui sont représentés par le tableau et le graphe suivant :

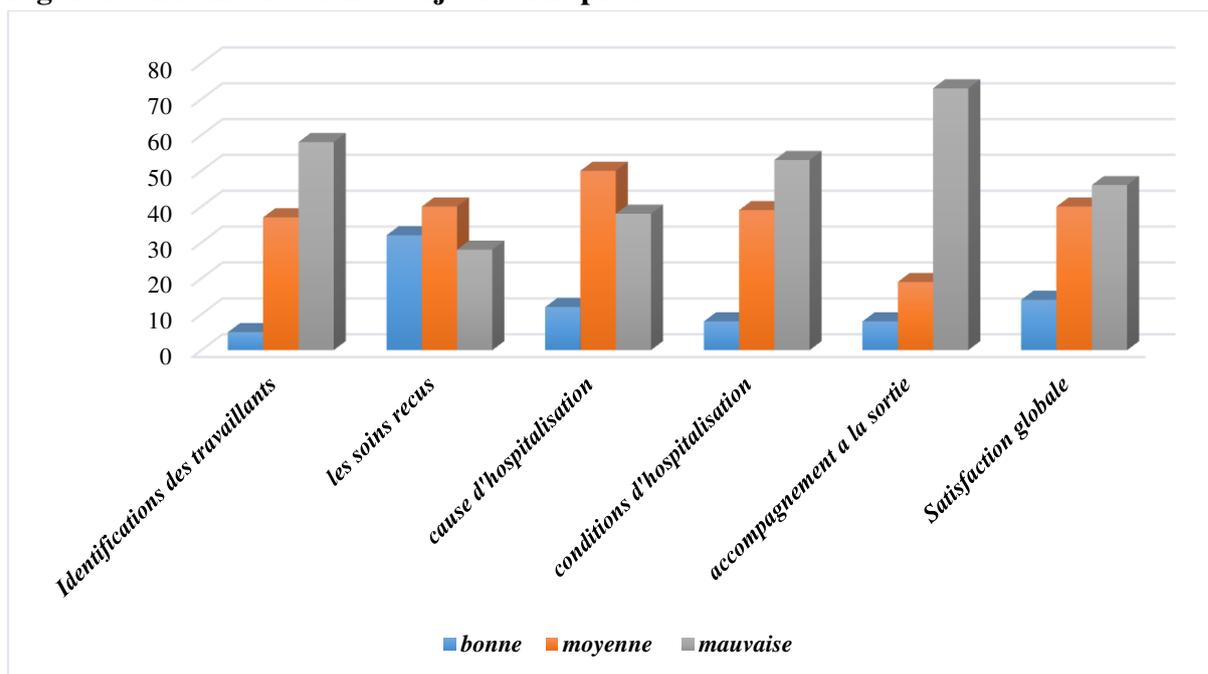
**Tableau N°18 : Evaluation de séjour à l'hôpital**

| Questions   | Bonne | moyenne | mauvais | total |
|---|-------|---------|---------|-------|
| 1. Votre douleur a été prise en charge  | 17    | 40      | 43      | 100   |
| 2. Votre identification des différentes personnes travaillant dans le service ? | 05    | 37      | 58      | 100   |
| 3. Comment qualifier vous, les soins que vous avez reçus ?                      | 32    | 40      | 28      | 100   |
| 4. qualité de l'information concernant votre cause d'hospitalisation ?          | 12    | 50      | 38      | 100   |
| 5. La qualité des conditions d'hospitalisation ?                                | 08    | 39      | 53      | 100   |
| 6. La qualité d'accompagnement à la sortie ?                                    | 08    | 19      | 73      | 100   |
| 7. satisfaction globale   | 14    | 40      | 46      | 100   |

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau du CHU de TIZI-OUZOU

## Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU

Figure N° 14 : Evaluation de séjour à l'hôpital



Source : Construction à partir des données du tableau ci-dessus.

### L'interprétation des résultats

Nous constatant que les grandes majorités des patients questionnés sont soit : moyennement satisfait ou insatisfait selon les paramètres étudiés.

Selon les personnes questionnées un temps d'attente aux urgences peut dépasser 50 minutes, aussi, après consultation de celui-ci ils affirment qu'ils n'arrivent pas à distinguer les différentes personnes travaillant dans les services (infirmier, aide-soignant, médecin, secrétaire...).

Les personnes questionnées affirment malgré les dysfonctionnements que connaît les différents services qu'il y'a une qualité de soins malgré le manque d'infrastructures, de moyens, matériels..., la compétence médicale existe.

Les questionnés, qualifie la qualité de l'information moyennement satisfaisante, car y'a un dépassement et une surcharge de malade hospitalisé, cela forme des freins aux médecins pour exercer leurs fonctions sur des bonne formes.

Concernant les conditions d'hospitalisation et l'avis globale des patients questionnés en constatant une insatisfaction car ceux-là disent que les conditions d'hospitalisations sont mauvaises, la structure du service des urgences se détériore de plus en plus, ainsi elle n'est pas faites pour accueillir tout le monde.

Il y'a un vrai problème dans la gestion de la structure notamment l'entretien et l'hygiène, la dégradation de la qualité de l'accueil et en partie dû à la surcharge de l'hôpital.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

Les médecins et le corps paramédical, projettent leur incapacité à excuser leurs métiers aux mauvaises conditions de travail et aux manques de moyens. Ils n'arrivent pas à exercer leur profession dans les normes. Aussi ils nous en signaler que l'accès aux appareils de radiologie, au scanner et IRM ...sont généralement refuser car ses machines tombent souvent en panne, aussi un manque de médicaments, les ruptures de stock ne finissent pas.

En ce qui concerne les questions ouvertes, nous avons reçus des repenses des certain intervenant, la grand majorité ont fui ces questions, on gros en peut citer certaines repenses, pour la premier question on a déjà répondu ci-dessus,

Pour la deuxième : citez quelque dysfonctionnement relatif à l'organisation dans votre service ? Les repense prés dominante sont :

- Le manque de moyens ;
- Une organisation médiocre ;
- La surcharge de travail ;
- Structuration inadéquate aux exigences inattendues ;
- Le manque de personnel ;
- Manque d'hygiène.

Pour la troisième question : cité quelque facteurs selon vous perception dans votre service ?

Les repense sont :

- Travail d'équipes ;
- Respect des horaires ;
- Compétence de personnel.

Nous avons essayé au début de la partie relative à la gouvernance de recueillera les définitions et conceptions pour les personnes questionnées de cette notion, on posant une question ouverte, laisser aux répondants la liberté de s'exprimer.

Cependant nous avons constaté que souvent les personnes questionnées avaient des difficultés et des ambiguïtés à définir la notion, nous avons aussi constaté que les répondants confondaient souvent la gouvernance avec le management en général.

Pour ce qui est des réponses obtenues, la notion de gouvernance a été définie de plusieurs manières selon les personnes interviewées.

Dans le secteur public la majorité des définitions font références aux processus de prise de décisions.

- « La collégialité dans la prise de décision »

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

- « L'art et la manière permettant à un décideur de prévoir, organiser, administré et évaluer la gestion de l'organisation d'une façon cohérent, pertinente et éthique ».

L'accent mis par ces définitions, sur la prise de décision, comme axe central de la gouvernance, nous renseigne sur la complexité de ce processus dans l'hôpital public, notamment à cause de la multitude des intervenants, et des rapports de forces existant entre les acteurs hospitaliers notamment le corps médical et le dirigeant de l'établissement

- Concernant l'intérêt du dirigeant, il a été jugé prioritaire, vu la position dominante de celui-ci, sur le management de l'organisation et sur le partage des ressources.
- Cependant les rapports entre le corps médicale et le dirigeant sont conflictuel les (48%) ce qui confirme les idées avancées dans partie théorique.

Pour ce qui est des rapports entre le dirigeant et le corps médicale, il s'agit de conflits (48%) qui s'explique par la question de partage des ressources d'une part et par la divergence d'expertise, de culture et des perceptions de couts et de qualité, l'entente domine les rapports existants entre le corps médical et les patients (64%)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces derniers, sont en position de faiblesse devant les producteurs de soins et en plutôt des rapports de soumission avec les médecins.

### **Chapitre III : Evolution de l'activité du service des urgences et enquête de satisfaction : cas CHU de TIZI-OUZOU**

---

#### **Conclusion**

On peut conclure, que tous les dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux, notamment de TIZI-OUZOU sont presque les mêmes, cela est dû en partie, à une réglementation contraignante, à un fonctionnement rigide, à une, et donc à une gouvernance contraignante, mais aussi à une mauvaise organisation. Toutes ces contraintes expliquent en partie les difficultés de la gestion de cet établissement.

A traves notre enquête au service des urgences du CHU de TIZI-OUOU nous avons déterminé de nombreux facteurs, tel que, les conditions de travail, méthode d'organisation et de gouvernance... Aussi nous avons mené une deuxième enquête aux prêt des patients, nous constatant alors, malgré les dysfonctionnements que connais les différents services, il existe une qualité de soins, et des compétences médicales.

Nous tenant à préciser que nous avons eu beaucoup de mal a menée à bien ce projet, par manque de données et certains protocoles, mais nous sommes fiers d'avoir participé à une telle étude, car nous espérons qu'elle contribue à l'amélioration des conditions de travail et de ce fait a la bonne prise en charge des patients.

Le secteur de la santé est un secteur névralgique et sensible, du fait que la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. L'Algérie consacre depuis son indépendance 3 à 5% de son PIB à ce secteur qui est le destinataire du troisième plus important budget de l'état. En dépit de ressources consacrées au secteur de la santé, une bonne gouvernance de celui-ci s'impose pour se faire une mise en place d'un management pour permettre le bon fonctionnement de nos établissements de soins publics.

Tout au long de ce mémoire, nous nous sommes efforcés de montrer que la gouvernance et le management dans l'hôpital ne peuvent pas se dissocier. Pour ce qui est de la mise en œuvre de la gouvernance en milieu hospitalière, nous avons constaté qu'elle rencontre de nombreuses difficultés, si l'on fait abstraction des situations d'opposition à tous les processus de changement. La gouvernance repose grandement sur les capacités des responsables de pôles à mobiliser leurs équipes.

La mise en place de la réformes de gouvernance ce conjugue avec un nouveau mode de travail qui porte intérêt au corps médicale dans la gestion, et surtout dans les résultats. La relation entre l'activité médicale est les résultats favorise un investissement nouveau dans le recueil des informations médicale, les outils de la gestion qu'elle mobilise produisent une information, qui doit permettre à terme, d'opérer des choix stratégiques en matière de politiques publiques de l'offre de soins.

Les objectifs de performance et d'efficience vont à l'encontre de l'objectif de permanence de l'offre de soins, et l'égalité d'accès aux soins. Le pilotage et la gestion hospitalière doivent porter sur une performance globale des structure, prenant en compte l'ensemble des facteurs participant à la réalisation des objectifs est datant plus justifier que la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance conduira à associer d'avantage les médecins a la gestion de l'hôpital à la fois au niveau stratégique, et au niveau opérationnel.

Pour ce qui est du management, il est l'activité propre du dirigeant, lequel a une autorité formelle sur son unité organisationnelle afin d'obtenir une performance satisfaisante. Donc les pratiques managériales hospitalières, elles sont liées à la qualité des soins et à la productivité de l'établissement, pour mettre en valeur l'individu-soit, le personnel administrative, médicale, et pour mettre en œuvre un pilotage stratégique assurant la pérennité et la performance des structure de santé.

La meilleure approche managerielle à suivre par les hôpitaux, étant donné un processus qui consiste à aligner les objectifs de l'organisation et ceux des acteurs, en tenant compte de l'environnement en utilisant les outils appropriés d'optimiser les résultats, il s'agit en effet d'une planification et une performance managériale. Il s'avère intéressant que les institutions hospitalières priorisent une approche managériale basée sur le rôle du contrôle de gestion pour collecter, traiter, remonter et valider l'information de gestion. Ces informations essentielles au pilotage de l'hôpital contribuent aussi à la réduction de l'asymétrie d'information.

L'émergence des services du contrôle de gestion au sein de l'organisation hospitalière, répond à une double nécessité, fonctionnelle (technique et organisationnel) et structurel (défis de la réforme du secteur sanitaire),

L'hôpital public en Algérie est confronté à des contraintes et dysfonctionnements qui se répercutent directement sur la qualité des soins prodigués au sein des établissements de santé. Lors de l'enquête que nous avons menée nous les avons relevés. Des dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. En effet, les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé. Les budgets des hôpitaux ne sont pas négociés, ces derniers sont déterminés sur la base de données historiques.

Les résultats de notre enquête nous ont permis d'isoler les facteurs principaux d'insatisfaction des clients internes du CHU de TIZI-OUZOU sont nombreux parmi eux, l'état des infrastructures, les conditions de travail, et les relations avec la hiérarchie.

Nous hypothèse de recherche, stipule que la gouvernance est un processus continu elle couvre l'ensemble d'action des individus ainsi il donne naissance à une coopération pratique et rationnelle. Ce qui nous mène à l'infirmier du point que nous avons rencontré des dysfonctionnements liés à la communication entre le corps médical et administratif.

Pour ce qui est de la deuxième hypothèse en termes de management le CHU de TIZI-OUZOU dispose d'une stratégie managériale, mais qui est en manque d'application est cela particulièrement dû à de multiples raisons comme le manque de formation, des responsables, des directeurs en matière de management et de risque.

Au final, nous pouvons dire que les perspectives de mise en place de gouvernance et de management au sein des hôpitaux en Algérie sont conditionnées par mise en place d'une réelle réforme qui touchera l'ensemble du système de santé. Cela par le renforcement de l'autonomie des établissements de santé.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution modeste et préliminaire pour une telle thématique d'actualité. C'est le prélude à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes d'étude plus ciblées. Néanmoins, nous espérons avoir les objectifs fixés, et que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures.

# Bibliographie

## Ouvrages

1. Alain Supiot, « La gouvernance par les nombres » : cours à l'école de France, Editions Fayard, paris, 2015.
2. ALECIAN S.et FOUCHETD. « Le management dans le service public » Edition d'organisation, Paris, 2002.
3. ANCHOURRY Pierre et Coientement Stéphane, « le contrôle de gestion : d'une logique budgétaire a la gestion des performances »gestion hospitalier, juin / juillet 1998
4. Batifoulier F, Noble F, « Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale », Dunod, 2005.
5. Batifoulier P., Domin J.P. et Gadreau M, « Politique de santé : la grande Transformation ?», Économie Appliquée, 2007.
6. Christine BENOIT, « manager unétablissement de santé », la logistique au service de l'humain, 2eme édition, France, 2015.
7. Claire BOUINOT « contrôle de gestion à l'hôpital, régulation et dynamique instrumental ».
8. Didier Stingre, « les services publics hospitalier »5e édition, 2012.
9. Dumas, M. et Ruiler, C. « quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? », entre prescription multi-objectifs réalité du terrain : un métier a « pensé », actes du 22ème, congrès de l'AGRH. 2011.
10. DUPUY O « la nouvelle gouvernance hospitalière »heure de France, 2007.
11. F Gonnet, « management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir », édition, Masson, 2002.
12. Ganne Anne, « pilotage des établissements de santé », publication du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, juillet, 2005.
13. Jean-Paul Domin, « la nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics », Ed la Découverte, 2004.
14. Loning, y, Pesquex : « le control de gestion », paris, Dunod, 1998.
15. Michel LALLEMENT, « histoire des idées sociologiques », éditions Nathan, Paris, 2001.
16. Nobre Thierry, « l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontané par capillarité ? » 13emecolloque politique et management public, Strasbourg.
17. Pérez R, « La gouvernance de l'entreprise », Paris, La Découverte, Collection Repères Gestion, 2ème édition, 2009.
18. Sabine et Alazard Claude « contrôle de gestion » collection expert sup ; DECF, édition Dubd, 1998.

## **Rapports, Documents et Normes**

1. ABBAD j. «Organisation et management hospitalier ». Berger lavarault ; Paris, 2001.
2. ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Avril, 2002.
3. ALVAREZ FBIENNE « le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une repense à l'émergence de risque organisationnels », VIIIème conférence internationale de L'IAAER, octobre 1997, paris.
4. Berle A, Means G.C, 1932, the Modern Corporation and Private Property, New York, Macmillan.
5. CHEVALLIER J., « Science administrative », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986.
6. CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital », les études hospitalières, Bordeaux, 1998.
7. COULON, R, « le cadre de santé, la gestion et le soin », act de 22eme congrès de l'ARH, 2011
8. Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du Programme d'appui au secteur de la santé, Union Européenne-Algérie, JUIN, 2011.
9. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, « Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes », www.santé.dz consulté septembre 2012
10. HATCHUL et MOLET, « dispositifs de gestion »1986, P.113. Consulté septembre 2017.
11. Philippe Moreau DEFARGES, la gouvernance, conseiller des affaires étrangères, juin 2003
12. Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes.
13. The E manager, « stratégies de gestion pour un renforcement des services de santé », mars2003.
14. KRIEF N., « Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public », communication réalisée à l'université lumière Lyon 2, centre de recherches ISEOR.
15. Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986.

## **Articles ET revues**

1. BICHER E, FELLINGER F, « mise en place de la nouvelle gouvernance, évaluation dans 100 centres hospitaliers », réflexion hospitalière n°513, décembre 2006.
2. B. Bonnici, D. Debrosse « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », revue réflexions hospitalières, juin 2007
3. CAUVIN C, « établissements de santé : spécificité de la gestion »encyclopédie de gestion. Vol 1, paris economica, 1997.

4. Coriat P., 2009, « Contre le volet gouvernance de la réforme de l'hôpital. Entretien avec Pierre Coriat », in La réforme de l'hôpital, Paris, La documentation française, n° 352, 2009.
5. Guy Vallancien, « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », 10 juillet 2008.
6. Marin Philippe ; Gélis christchristian, maudens Frédérique « hôpital public : l'aube d'une nouvelle gestion » gestion hospitalier, octobre, n°359, 1996.
7. Médecine et santé tropicales, vol, 23, n°4, octobre-novembre 2013
8. Mordelet P, « Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux », La réforme de l'hôpital, Paris, La documentation française, n° 352, 2009.
9. Walde EL BACHIR : « contrôle de gestion et réforme hospitalière : ca de Sénégal » revue africaine de gestion, n°1, Avril 2003.
10. Saintoyant V, Duhamel G, Minvielle E, « gestion des risques associées aux soins : état des lieux et perspectives », Pratique et organisation des soins, volume 43 n°1, janvier-mars, 2012.

### **Mémoire et thèse**

1. JUILLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique », 2002.
2. VINOT D, « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999.
3. GUENDOUDI Brahim, « Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam », Magister en sciences économiques, juin 2016.
4. GUENDOUDI Brahim, « perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier », magister en science économiques, juin 2015.
5. CHOUAM Bouchama, « Management hospitalier : étude de cas du secteur sanitaire d'ARZEW », mémoire de magister en management, 2012.

### **Sites internet**

1. [Http: //www. Wikipédia](http://www.Wikipédia);
2. [Http: //www.pass-ue.dz](http://www.pass-ue.dz);
3. [Http://www.Santé.dz](http://www.Santé.dz). « Ministres de la santé, de la population de la réforme hospitalière » ;
4. Site internet : <https://fr.wikipedia.org/gouvernance>.

### **Dictionnaires et cours**

1. Dictionnaire economica ;
2. Dictionnaire Larousse ;
3. Cours de madame AHMED ZAID« *la gouvernance* »
4. Cours de Melle RAMDI « *services public* »

## **La liste des tableaux**

| <b>Tableaux</b>   | <b>Titres</b>  | <b>Pages</b> |
|-------------------|--|--------------|
| <b>Tableau 01</b> | Typologie des modes de contrôle à l'hôpital                    | 52           |
| <b>Tableau 02</b> | Les admissions des UMC   | 83           |
| <b>Tableau 03</b> | Activité des U.M.C année 2016                                  | 84           |
| <b>Tableau 04</b> | Etude des consultants selon le sexe                            | 85           |
| <b>Tableau 05</b> | Etude des décès hospitalisent                                  | 86           |
| <b>Tableau 06</b> | La journée d'hospitalisation                                   | 87           |
| <b>Tableau 07</b> | Récapitulatif du nombre des questionnaires                     | 90           |
| <b>Tableau 08</b> | Récapitulatif du nombre d'effectifs questionnés par catégories | 90           |
| <b>Tableau 09</b> | Question au personnel  | 91           |
| <b>Tableau 10</b> | Mode de fonctionnement de l'hôpital                            | 93           |
| <b>Tableau 11</b> | Méthode et organisation  | 94           |
| <b>Tableau 12</b> | Communication et coordination                                  | 95           |
| <b>Tableau 13</b> | La gestion de l'hôpital  | 97           |
| <b>Tableau 14</b> | La gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital         | 98           |
| <b>Tableau 15</b> | Les soins prodigués  | 99           |
| <b>Tableau 16</b> | Récapitulatif du nombre des questionnaires                     | 100          |
| <b>Tableau 17</b> | Evaluation de séjour à l'hôpital                               | 100          |

## ***La* liste des figures et schémas**

| <b>Figures</b>   | <b>Titres</b>  | <b>p</b>   |
|------------------|--|------------|
| <b>Figure 01</b> | Hospitalisations des UMC de 2010-2016  | <b>83</b>  |
| <b>Figure 02</b> | Activité des U.M.C de l'année 2016   | <b>84</b>  |
| <b>Figure 03</b> | Nombre de consultants durant l'année 2010 et 2017 selon le sexe                                | <b>85</b>  |
| <b>Figure 04</b> | Etude de décès hospitaliers  | <b>86</b>  |
| <b>Figure 05</b> | Durée moyenne d'hospitalisation durant le trimestre de 2017                                    | <b>87</b>  |
| <b>Figure 06</b> | Représentation des résultats concernant le mode de personnel                                   | <b>92</b>  |
| <b>Figure 07</b> | Représentation des résultats concernant le Mode de fonctionnement de l'hôpital                 | <b>93</b>  |
| <b>Figure 08</b> | Représentation des résultats concernant les méthodes et organisation                           | <b>94</b>  |
| <b>Figure 09</b> | Représentation des résultats concernant la communication et la coordination                    | <b>96</b>  |
| <b>Figure 10</b> | Représentation des résultats concernant le pilotage de l'hôpital                               | <b>97</b>  |
| <b>Figure 11</b> | Représentation des résultats concernant la gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital | <b>98</b>  |
| <b>Figure 12</b> | Représentation des résultats concernant les soins prodigués au sein de l'hôpital               | <b>99</b>  |
| <b>Figure 13</b> | Evaluation de séjour à l'hôpital   | <b>101</b> |

## ***La* liste des schémas**

| <b>Schémas</b>   | <b>Titres</b>  | <b>Pages</b> |
|------------------|--|--------------|
| <b>Schéma 01</b> | Modèle de leadership, management et gouvernance orienté sur les résultats. | <b>36</b>    |
| <b>Schéma 02</b> | Modèle conceptuel d'administration   | <b>37</b>    |

## ***La* liste des abréviations**

### 3. QUALITE DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

Que pensez-vous de la **PROPRETE** de votre chambre ? Diriez-vous qu'elle était...

- Bonne                       Mauvaise                       Très  
mauvaise

Avez-vous été gêné par le **BRUIT** la nuit ?

- Souvent                       Parfois                       Jamais

Que pensez-vous des **REPAS** servis à l'hôpital ? Etaient-ils...

- Bon                       Mauvais                       Très  
mauvais

### 4. QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT A LA SORTIE

Que pensez-vous de L'**INFORMATION** qui vous a été donnée sur les **MEDICAMENTS** que vous deviez prendre **APRES LA SORTIE** comme le dosage, les horaires, les effets indésirables... ? Diriez-vous qu'elle était...

- Bonne                       Moyenne                       Mauvaise

Que pensez-vous de la façon dont votre **SORTIE** a été **ORGANISEE** par exemple, l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie... ? Diriez-vous qu'elle était...

- Bonne                       Moyenne                       Mauvaise

### 5. SATISFACTION GLOBALE

Quelle est votre **OPINION GENERALE** sur votre séjour à l'hôpital ?

- Bonne                       Moyenne                       Mauvaise

**RECOMMANDERIEZ-VOUS** cet hôpital à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

- Certainement                       Probablement                       Certainement  
pas

Merci de nous indiquer les points sur lesquels l'hôpital doit progresser en priorité

- .....
- .....
- .....

## Questionnaire sur votre séjour à l'hôpital.

### Identification du patient

Service d'hospitalisation :

Votre Age :

Vous êtes :                    une femme                    un homme

### 1. QUALITE DES SOINS DONNE

Que diriez-vous de L'ACCUEIL qui vous a été réservé, à VOUS ou A VOS PROCHEs, lors de votre arrivée... ?

Bon                             Moyen                             Mauvais

Diriez-vous que VOTRE DOULEUR a été prise en charge de manière...

Bonne                             Moyenne                             Mauvaise

Avez-vous pu IDENTIFIER les FONCTIONS des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante etc. ?

Souvent                             Parfois                             Jamais

Avez-vous été gêné ou agacé par les MEDCINS, des INFIRMIERES ou d'AUTRES EMPLOYES DU SERVICE qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

Souvent                             Parfois                             Jamais

Pendant votre séjour, les professionnels ont-ils fait preuve de DISCRETION pour toutes les informations vous concernant (diagnostic, résultats d'examens...)?

Souvent                             Parfois                             Jamais

Diriez-vous que les soins que vous avez reçus ont été...

Bon                             Moyen                             Mauvais

## **2. QUALITE DE L'INFORMATION DONNEE**

**Pendant votre séjour, avez-vous reçu des EXPLICATIONS, sans ETRE OBLIGE(E) DE LES DEMANDER, sur votre état de santé, votre traitement, votre opération, vos soins, etc. ?**

Souvent

Parfois

Jamais

**Quand vous avez posé des questions aux MEDCINS ou aux CHIRURGIENS DU SERVICE, avez-vous COMPRIS les REPOSES ?**

Souvent

Parfois

Jamais

**Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour PARTICIPER AUX DECISIONS concernant vos soins ou votre traitement ?**

Souvent

Parfois

Jamais

## Enquête de satisfaction sur le fonctionnement et la gestion à l'hôpital

Dans le cadre de la réalisation d'un travail de recherche au sein de la faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion de l'Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, portant sur le thème « gouvernance de service public de santé et management hospitalier », dont l'objectif est d'évaluer les facteurs essentiels de satisfaction/insatisfaction du personnel, du fonctionnement et de la gestion des équipements au CHU de TIZI-OUZOU, nous vous prions de bien vouloir répondre soigneusement à ce questionnaire. Il y va de soi que les informations recueillies auront une finalité strictement scientifique. Les informations obtenues avec ce questionnaire seront traitées dans la confidentialité.

Prière de répondre aux questions ci-dessous en cochant la case qui vous semble appropriée, après avoir rempli les renseignements généraux qui nous le rappelons seront confidentiels.

Quelle est votre fonction au sein du CHU ? :.....

A quel service êtes-vous rattaché ? :.....

Votre ancienneté est de : moins de 5ans , 5 à 10 ans , 10 à 20 ans ,  
20 à 30 ans , plus de 30 ans

### Thème 1 : Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier

#### Sous- thème 1 : question au personnel

1. Comment qualifiez-vous vos conditions de travail ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisante  non satisfaisante

2. Comment qualifier la nature des fonctions que vous occupez ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisante  non satisfaisante

3. Comment qualifiez vos relations interpersonnelles avec vos collègues ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisante  non satisfaisante

4. Comment qualifiez-vous vos relations avec la hiérarchie ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisante  non satisfaisante

5. Comment qualifiez-vous le système de contrôle du personnel et du suivi dans le travail ?

Satisfaisant  Moyennement satisfaisant  Non satisfaisant

6. Comment qualifier vous le travail d'équipe ?

Satisfaisant  Moyennement satisfaisant  Non satisfaisant

## **Sous-thème 2 : Mode de fonctionnement de l'hôpital**

1. Existe-il un système de planification et de gestion des objectifs dans votre secteur ?

Oui  Non

2. Le fonctionnement est-il dominé par une logique gestionnaire dans vos services?

Oui  Non

3. Avez-vous des formations pour la perfection de personnel ?

Oui  non

4. Y a-t-il une collaboration entre votre centre et d'autres ?

Oui  non

## **Sous-thème 3 : Méthodes et organisation**

1. Les locaux du service des urgences sont-ils favorables au travail ?

Oui  Non

2. Le soutien administratif est-il satisfaisant au niveau de service médical ?

Oui  Non

3. Y'a-t-il une précision dans la définition des tâches dans vos services ?

Oui  Non

4. Disposez-vous les dossiers médicaux électroniques ?

Oui  Non

5. Y-t-ils des personnes qui planifie les listes des personnels, des horaires de travail ?

Oui  Non

## **Sous-thème 4 : Communication et coordination**

1. Comment qualifiez-vous l'ambiance de travail ?

Satisfaisante  Moyennement satisfaisante  Non satisfaisante

2. Comment qualifiez-vous les relations entre services ?

Satisfaisante  Moyennement satisfaisante  Non satisfaisante

3. Comment qualifiez-vous la transmission des informations ?

Satisfaisante  Moyennement satisfaisante  Non satisfaisante

4. comment qualifiez-vous La communication verticale (avec la direction) ?

Satisfaisant  Moyennement satisfaisant  Non satisfaisant

5. Comment qualifiez-vous le système d'information à l'hôpital ?

Satisfaisant  Moyennement satisfaisant  Non satisfaisant

## **Thème 2 : La gestion de l'hôpital**

### **Sous-thème 1 : Le pilotage de l'hôpital**

1. Existe-il un dispositif de pilotage des activités ?

Oui  Non

- est-il appliqué ? Oui  Non

2. jugez-vous les procédures administratives lentes et complexes?

Oui  Non

3. Jugez-vous qu'il y'a un manque de sensibilisation du personnel ?

Oui  Non

4. La coopération entre les services administratifs et les services médicaux sont-elles satisfaisantes ? Oui  Non

### **Sous-thème 2 : La gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital**

1. Comment qualifiez-vous la gestion de cet établissement ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisant  non satisfaisante

2. comment qualifiez-vous la qualité du matériel ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisant  non satisfaisante

3. comment qualifiez-vous l'innovation des outils et matériel que vous utilisés ?

Satisfaisante  moyennement satisfaisante  non satisfaisante

### **Sous thème : les soins prodigués**

1. la qualité de soins dans vos services est-elle satisfaisante ?

Oui  Non

2. Disposez-vous du matériel nécessaire pour toutes les interventions ?

OUI  NON

3. Disposez-vous d'une équipe médicale complète qui assure les différentes formes d'urgence ?

Oui  Non

4. Les horaires de travail sont-ils contraignants ?

Oui  Non

5. Les évacues et les cas d'urgences que vous traitez s'ils nécessitent une série d'analyse ou des radios, scanners, IRM et autres, les orienté vous dans les services rattaché au CHU ? Ou bien ils partent à l'extérieur ?

.....  
.....  
.....

6. Citez quelques dysfonctionnements relatifs à l'organisation dans votre service ?

.....  
.....  
.....

4. Citez-quelques facteurs de satisfaction selon vos perceptions dans votre service?

.....  
.....  
.....

# Table Des Matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction générale.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>CHAPITRE 1 : la gouvernance un axe pour la réforme du service public hospitalier</b>  |           |
| <b>Introduction .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>Sectoin1 : gouvernance comme matrice institutionnelle .....</b>   | <b>18</b> |
| 1.1Réflexions et particularité de la gouvernance et territoire de santé .....  | 18        |
| 1.1.1Définition de la gouvernance .....  | 18        |
| 1.1.2. Définition de la gouvernance hospitalière.....  | 18        |
| 1.1.3. Définition territoire de sante .....  | 19        |
| A. De la gouvernance des entreprises à la gouvernance hospitalière .....   | 19        |
| B. Problèmes associons à la transpositions du cadre d’analyse à la gouvernance hospitalière.....                                 | 20        |
| <b>Section 2 : les missions du service public et cooptation sanitaire du cadre d’analyse à la gouvernance hospitalière .....</b> | <b>22</b> |
| 2.1. Les spécificités des établissements de santé .....  | 22        |
| 2.1.1. La complexité des établissements de santé .....   | 22        |
| 2.1.2. Différents types de client ayant des attente très diverses .....  | 23        |
| 2.1.3. le rôle des professionnels .....  | 23        |
| 2.1.4. La prise en charge en établissement de santé et souvent une étape de la prise dans un réseau de soins.....                | 23        |
| 2.2. L’organisation hospitalière : une production et des pouvoirs particuliers .....   | 23        |
| 2.2.1. L’Hôpital: un lieu de production de prestation de service .....   | 23        |
| 2.2.2. L’hôpital : un pouvoir bicéphale .....  | 24        |
| A. le concept de pouvoir .....   | 24        |
| B. les pouvoir au sien de l’hôpital.....   | 24        |
| C. Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif .....  | 25        |
| 2.3. Les établissements de santé et leurs missions .....   | 26        |
| 2.3.1. Les établissements de santé.....  | 26        |
| 2.3.2. Les mission des établissements de santé .....   | 27        |
| <b>Section 3 : le corps institutionnel et les systèmes de gouvernances hospitalière .....</b>                                    | <b>28</b> |
| 3.1. Les différentes parties prenantes de la gouvernance hospitalière .....  | 28        |
| 3.2. Les dysfonction et les fian dans les établissements de sante .....  | 30        |

|  |    |
|--|----|
| 3.2.1 Les dysfonctionnement dans les établissements de santé .....                     | 30 |
| 3.2.2. Les freins spécifiques au milieu hospitalier .....                              | 31 |
| 1. les caractéristique socio organisationnelle .....                                   | 31 |
| 2. les obstacles managériaux .....   | 32 |
| 3. les fians techniques.....   | 32 |
| 3.3 Etablir à l'hôpital une gouvernance efficace et respectueuse.....                  | 32 |
| 3.3.1. Une bonne gouvernance passe par une évaluation objective des hommes .....       | 33 |
| A. Mettre l'accent sur la formation et l'information .....                             | 33 |
| B. rechercher un accompagnement nécessaire .....                                       | 34 |
| C. mobiliser le corps médical sur l'avenir de l'hôpital public .....                   | 34 |
| D. Accompagner l'évolution des établissements .....                                    | 34 |
| 3.3.2. L'hôpital à besoin de mode d'organisation stables pour être bien gouverne ..... | 34 |
| Conclusion.....  | 39 |

## **Chapitre II : La mise en place d'un management hospitalier**

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Introduction du chapitre .....</b> | <b>41</b> |
|---------------------------------------|-----------|

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Section 1 : spécificité du management hospitalier.....</b> | <b>42</b> |
|---|-----------|

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Management hospitalier .....                           | 42 |
| 1.1.1. Définition, Rôle, Enjeux.....                        | 42 |
| A. Définition.....  | 42 |
| B. Le rôle de management dans l'hôpital.....                | 43 |
| C. Les enjeux de management hospitalier .....               | 43 |
| 1. Le pilotage par les processus.....                       | 44 |
| a. Le processus « patient » .....                           | 44 |
| b. Les processus « support ».....                           | 44 |
| c. La transversalité.....                                   | 44 |
| 2. Le pilotage par les outils de gestion .....              | 44 |
| a. Le budget provisionnel .....                             | 44 |
| b. Les tableaux de bords .....                              | 44 |
| c. la comptabilité analytique.....                          | 45 |
| 1.2. Le champ d'application du management hospitalier ..... | 45 |

|  |           |
|--|-----------|
| 1.2.1. L'organisation de la prise en charge des patients.....  | 45        |
| 1.2.2. La gestion de qualité .....   | 45        |
| 1.2.3. Le système d'information .....  | 46        |
| 1.3. Management hospitalier en Algérie .....   | 47        |
| 1.3.1. L'hôpital public et les réformes hospitalières en Algérie.....                                  | 47        |
| A. Contexte de la réforme hospitalière.....  | 47        |
| B. Les objectifs de la réforme hospitalière.....   | 48        |
| C. Les dossiers de la réforme hospitalière.....  | 48        |
| a. Le dossier (bousions de santé).....   | 48        |
| b. Le dossier (structure hospitalier).....   | 48        |
| c. Le dossier (ressource humain).....  | 48        |
| d. Le dossier (ressource matérielle).....  | 48        |
| e. Le dossier (financement) .....  | 49        |
| f. Le dossier (inter-sectorialité) .....   | 49        |
| 1.3.2. Adoption d'un nouvel instrument de pilotage le projet d'établissement hospitalier.....          | 49        |
| 1.3.2.1. La raison de la mise en place d'un projet d'établissement en Algérie .....                    | 50        |
| A. Le management stratégique des hôpitaux raison de la mise en place du CHU.....                       | 50        |
| B. Les raisons particulières de la mise en place de PEH en Algérie.....                                | 50        |
| <b>Section 2 : le contrôle de gestion dans les établissements hospitaliers .....</b>                   | <b>52</b> |
| 2.1. Fondements du contrôle de gestion .....   | 52        |
| 2.1.1. Un mode de contrôle organisationnel.....  | 52        |
| A. La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion .....                               | 53        |
| B. Un contrôle « intermédiaire » .....   | 53        |
| C. Un contrôle en perpétuelle évolution .....  | 54        |
| 2.1.2. Les mécanisme de contrôle de gestion .....  | 54        |
| 2.1.3. La construction le système de contrôle de gestion.....  | 55        |
| 2.2. L'apport organisationnel du contrôle de gestion à l'hôpital .....                                 | 55        |
| 2.2.1. Le contrôle de gestion pour structurer l'organisation hospitalière .....                        | 55        |
| A. L'organigramme, outil de contrôle de gestion hospitalier pour situer les responsabilités .....      | 56        |
| B. Le dispositif de coordination de communication, et d'animation de l'organisation hospitalière ..... | 57        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.2.2. L'impact du contrôle de gestion sur le personnel hospitalier.....   | 58        |
| A. Le contrôle de gestion outil de stimulation du comportement de personnel hospitalier.....                           | 58        |
| a. Développer l'autonomie et la responsabilité, la contractualisation interne.....                                     | 58        |
| b. Valorisation les compétences et les pratiques professionnelles .....  | 58        |
| c. former et informer .....  | 58        |
| d. Communiquer.....  | 60        |
| 2.3. Le contrôle de gestion pour une pratique de planification au sein des hôpitaux.....                               | 60        |
| 2.3.1. La planification stratégique et opérationnelle dans l'organisation hospitalière.....                            | 60        |
| A. Les préoccupations stratégiques du contrôle de gestion hospitalier.....   | 62        |
| B. Le plan opérationnel, traduction concrète des orientations stratégiques de l'hôpital.....                           | 63        |
| <b>Section 3 : stratégies managériale de développement de secteur sanitaire .....</b>                                  | <b>63</b> |
| 3.1. Le management de la performance .....   | 63        |
| 3.1.1. La performance hospitalière .....   | 64        |
| 3.1.2. Le management de la performance dans un établissement de santé .....  | 64        |
| A. Les leviers de la performance.....  | 64        |
| 1. Les dynamiques de fonctionnement impulsé par le détracteur et le chef de pole relégué par le cadre de service ..... | 64        |
| 2. La focalisations sur les attentes des patients .....  | 65        |
| 3. L'ambition de la performance, sa mesure et la mise en place d'action favorisant les progrès de l'établissement..... | 65        |
| 4. Les beset practice .....  | 65        |
| 5. Le développent professionnelle contenue .....   | 66        |
| B. Les indicateurs de performance .....  | 66        |
| 3.2. La gestion de risque.....   | 66        |
| 3.2.1. La démarche managériale de gestion de risque.....   | 67        |
| 3.2.2. La démarche de gestion des risques .....  | 67        |
| A. Les dispositifs de gestion de risque .....  | 68        |
| B. La sécurité des soins est mise en œuvre sur les différents niveaux (du national au locale) ...                      | 68        |
| 1. La sécurité des produits de sa.....   | 68        |
| 2. La sécurité des pratiques des professionnelles de santé .....   | 68        |
| 3 La sécurité de l'organisation interne des établissements de santé.....   | 68        |

|  |    |
|--|----|
| 4. La sécurité d'organisation des parcours de prise en charge des patients à la fois par l'établissement de santé..... | 68 |
| 5 La sécurité de l'organisation territoriale de soins.....   | 69 |
| 3.2.3. Les risques hospitaliers .....  | 69 |
| A. Les risques en lien avec les vigilances sanitaires .....  | 70 |
| 3.3. La gestion des tensions et des conflits .....   | 70 |
| 3.3.1. La gestion des tensions .....   | 72 |
| 3.3.2. Les conflits .....  | 72 |
| Conclusion.....  | 72 |
| <b>Chapitre III : Evaluation de l'activité de services</b>   |    |
| Introduction .....   | 74 |
| Section1 : présentation de l'établissement public hospitalier CHU de Tizi-Ouzou .....                                  | 75 |
| 1.1. Historique du CHU de TO .....   | 76 |
| 1.2. Organigramme de CHU de TO .....   | 77 |
| 2.2. Organisation administrative du CHU de TO.....   | 77 |
| 2.2.2 Une direction générale .....   | 77 |
| 2.2.2 Les bureaux .....  | 77 |
| 2.2.3. La direction .....  | 77 |
| A. La direction des ressources humaines .....  | 77 |
| B. La direction des finances et contrôle (DFC).....  | 77 |
| C. La direction des moyens et matériels (DMM).....   | 78 |
| D. La direction des activités médicales et paramédicales (DA.M.P.M) .....  | 78 |
| 2.2.4. Les unités.....   | 78 |
| <b>Section 2 : Présentation de l'unité d'urgence du CHU de Tizi-Ouzou.....</b>   |    |
| 2.1. Définition d'urgence et ces différentes formes médicale.....  | 79 |
| 1. Définition .....  | 79 |
| 2. Les différentes formes d'urgence.....   | 79 |
| 3. Répartition du service des urgences du CHU de Tizi-Ouzou .....  | 80 |
| A. Les urgences médicales .....  | 80 |
| a. L'unité de consultation .....   | 80 |
| b. L'unité d'observation .....   | 81 |

|  |            |
|--|------------|
| c. L'unité d'hospitalisation.....  | 81         |
| B. Le service des urgences chirurgicales .....   | 81         |
| a. L'accueil .....   | 81         |
| b. Le comportement préopératoire .....   | 82         |
| c. La salle septique .....   | 82         |
| d. Les blocs opératoires .....   | 82         |
| e. Le compartiment postopératoire .....  | 82         |
| c. Le service des urgences de pédiatrie .....  | 82         |
| 2.3. Evaluation de l'activité des urgences du CHU de Tizi-Ouzou .....  | 83         |
| <b>Section 3 enquête de satisfaction du personnel interne et externe du Service d'urgence du CHU DE TIZI-OUZOU .....</b> | <b>88</b>  |
| 3.1 Présentation de la méthodologie d'enquête utilisée .....   | 88         |
| 3.1.1 Contenu du questionnaire et son déroulement .....  | 88         |
| 3.1.2 Objectifs du questionnaire.....  | 89         |
| 3.1.3 Choix et constitution de l'échantillon .....   | 89         |
| 3.2. Résultat de l'enquête .....   | 91         |
| 1. le fonctionnement de l'établissement public hospitalier .....   | 91         |
| A. question au personnel .....   | 91         |
| B. Mode de fonctionnement de l'hôpital.....  | 93         |
| C. méthodes et organisation .....  | 94         |
| D. communications et coordination .....  | 95         |
| 2. La gestion de l'hôpital .....   | 97         |
| A. le pilotage de l'hôpital.....   | 97         |
| B. La gestion et les utilises au sien de l'hôpital .....   | 98         |
| C. Les soins prodigues .....   | 99         |
| 3.3 Les résultat de l'enquête pour les patients au service des urgences.....   | 100        |
| <b>Conclusion.....</b>   | <b>104</b> |
| <b>Conclusion générale .....</b>   | <b>106</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>  | <b>110</b> |
| <b>Liste des tableaux et figures .....</b>   | <b>113</b> |
| <b>Annexes .....</b>   | <b>115</b> |
| <b>Tables des matières .....</b>   | <b>117</b> |