

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUE, DE GESTION,

ET DES SCIENCES COMMERCIALES

DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE GESTION



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences de gestion

Option : Management Public

Sujet

Evaluation de la qualité d'un service public par la perception des usages (cas de santé de la wilaya de Tizi-Ouzou).

Présenté par :

- BEE NCHAMA Veneranda Mokuy
- BOUDJEMIL Aghilas

Dirigé par :

ARHAB Samir

PROMOTION 2020

Remerciement

La rédaction de ce mémoire de fin d'étude a constitué une occasion de mesurer la part prise par toutes les personnes que nous avons côtoyées durant nos études.

Au seuil de ce travail, qu'il nous soit permis de témoigner profonde et sincère gratitude envers tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à notre formation.

Nous tenons à remercier en premier lieu le promoteur Mr. ArhabSamir pour nous avoir répondu positivement à notre demande d'encadrement, objet de la présente rédaction. Sa rigueur scientifique et ses remarques ont été utiles pour le déroulement ainsi que la qualité de ce travail.

Nous présentons également notre gratitude à tout le personnel ainsi que les patients de la polyclinique nouvelle ville Tiziouzzou, ayant participé de près ou de loin à la réalisation de notre cas pratique, particulièrement le staff médical.

Dédicace

A mes parents Santiago et Maria Teresa, qui m'ont encouragée et soutenu tout au long de mon cycle d'étude que Dieu leur procure bonne santé et longue vie.

A mon binome Agyles

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible, je vous dis merci.

Bee nchama Veneranda Mokuy

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mon père Amar, et ma mèreAouakliZahia pour leur soutien moral et matériel.

A mes sœurs : Tinhinane, Lylia et Kamilia. Ainsi que mon frère Lounes.

A mon cher ami Sadat Amar et mon oncle Aouakli Brahim

A mes deux gendreAmenoucheBelaid et Zadoud Saadi.

A mon petit neveu Assirem.

BoudjemilAghiles

Liste des abréviations

A.F.N.O.R= Association Française de Normalisation

A.N.A.E.S.= Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

A.N.D.E.M = Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

AAS = Afférentes Aux Soins

ATIH = Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CME= Commission Médicale d'Etablissement

CMU= Couverture Maladie Universelle

CTE= Comité Technique d'Etablissement

DIM = Département d'Information Médicale

EPRD = Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ETP = Equivalent Temps Plein

GHM = Groupe Homogènes de Malades

Gîte : Allongement

GRH = Groupe Homogènes de séjour

HAS = Haute Autorité de Santé

HCTO = hôpitaux Civil de Tizi-Ouzou

ISO= organisation Internationale de Normalisation

ISO= Internacional Organisation for Standards

J.C.A.H.O. = la Joint Commission on Accréditation of Healthcare Organization.

J.U.S.E = Japanese Unión of Scientist and Engineers

PDCA = Plan Do Check Act

PEV = Plan Elargi de Vaccination

PMSI = Programme de Médication des Systèmes d'Information

PRN = Projet de Recherche en Nursing

RSA = Résumés de Sortie Anonymes

RSS = Résumé de Sortie Standardisé

RTT = Réduction du Temps de Travail

SIIPS = Soins Infirmiers Individualisé à la Personne Soignée

SPIC= Services Public a caractère Industriel et Commercial

SPS = Service Public Social

SSR = Soins de Suite ou Réadaptation

USLD = Unités de Soins de Longue Durée

Liste des tableaux

Tableau 1 : L'analyse concurrentielle simplifiée	38
Tableau 2 : Les principales étapes d'évolution	49
Tableau 3 : Personnels de la polyclinique de nouvelle ville	81
Tableau 4 : Capacités litière de la polyclinique de la nouvelle ville	82
Tableau 5 : De l'échelle à quatre degrés avec des valeurschiffrées	89

Liste des figures

Figure 1 : Démarche de choix stratégique.....	36
Figure 2 : La roue de Deming : un processus d'amélioration continue	60



Sommaire

Sommaire

Introduction général.....	1
----------------------------------	----------

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

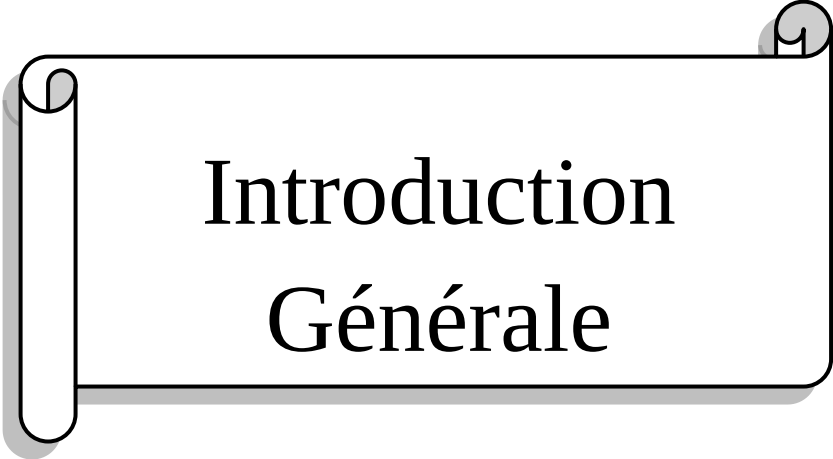
Introduction du chapitre	5
Section 1 : Définition et typologie de services publics	6
Section 2 : Les formes de gestion publique	21
Section 3 : L'organisation hospitalière et ses particularités	30
Section 4 : Management hospitalier.....	40
Conclusion du chapitre	46

Chapitre 2 : La qualité du service public

Introduction du chapitre	47
Section 1 : La démarche qualité : évolution et historique.....	48
Section 2 : La perception de la qualité en milieu hospitalière	61
Section 3 : Indicateur de la qualité du service public hospitalière.....	70
Section 4 : Management de la qualité	75
Conclusion du chapitre	79

Chapitre 3 : l'évaluation de la qualité des soins

Introduction du chapitre	80
Section 1 : Présentation générale et organigramme	81
Section 2 : Enquête de satisfaction des acteurs hospitaliers et méthodologie de la recherche ...	85
Section 3 : Analyse et interprétation des résultats	91
Conclusion du chapitre	97
Conclusion générale.....	99



Introduction Générale

Introduction générale

S'il existe une notion que la société affectionne sans cesse, c'est bel est bien celle de la qualité. Le souci permanent de la qualité peut se manifester par un ensemble de règlements que se donne la société et par d'autres mécanismes. Ces règlements exercent une sorte de pression et le changement devient un facteur incontournable avec lequel les gestionnaires doivent composer.

Les organisations ont beaucoup évolué depuis le début du siècle. Le producteur produit et distribue souverainement les biens et les services. Les moyens artisans de production limitent le volume et, bien que les consommateurs aient peu de moyens, la demande excède régulièrement l'offre. Depuis le milieu des années 1970, la logique industrielle change profondément. La mondialisation des échanges et le renforcement de la logique de marché, ainsi que la complexité croissante des produits et des services obligent les entreprises à adopter une nouvelle stratégie de développement.

L'approfondissement de l'organisation industrielle antérieure ayant atteint ses limites, on préconise de nouveaux objectifs qui passent le plus fréquemment par la recherche d'une meilleure qualité des produits en même temps que des services, associée à une baisse des coûts, à une réduction des délais, à un accroissement de la flexibilité etc. Une meilleure compétitivité s'appuie davantage sur une montée en qualité que sur des économies d'échelle.

Plusieurs nouveaux concepts sont apparus dans l'environnement de gestion de l'entreprise, souvent dans des domaines connexes à la gestion de la qualité. Beaucoup auront entendu parler du Zéro défaut, des cercles de qualité d'Ishikawa, de la réingénierie des processus dont parlent Bergeron et Falardeau (1994), Roberts (1994), Harrington (1994), de l'assurance qualité, de la gestion totale de la qualité..., il s'agit dans tous les cas de passer d'une production de masse, centrée sur des produits standardisés, à une organisation capable de réaliser à la commande des produits plus spécifiques et plus variés. Il s'agit encore d'adapter la production de manière plus précise et plus fine à la complexité accrue du marché, c'est à dire aux différentes caractéristiques d'usage exigées pour ses destinataires. Au -delà, il s'agit de qualifier et de développer d'autres formes d'organisation de production.

Dans le cas des services, l'obtention de la qualité nécessite une transformation de l'organisation bureaucratique en une organisation qui favorise le rapprochement des salariés avec les usagers ou clients afin de prendre en compte leurs situations singulières et d'adapter la relation au service souhaité.

Le système des soins de santé n'échappe pas à ce nouveau droit de regard que s'octroie la société. Celui-ci s'exerce non seulement au travers des mécanismes de subordination de l'allocation des ressources à la qualité des services fournis (système d'agrément et de programmation par exemple) mais aussi, depuis peu, au travers de l'émergence des droits des patients.

Introduction générale

En effet, on trouve un lien approximatif entre les exigences du client et sa satisfaction qui d'ailleurs implique de distinguer plusieurs types des qualités selon le point de vue des deux parties prenantes (du client et celui des professionnels) :

✓ **La qualité attendue** : par le client se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou service.

✓ **La qualité perçue** : est celle qu'expérimente le client, elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.

✓ **La qualité voulue** : est formulée par l'entreprise sous forme de critères explicites à partir des quels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.

✓ **La qualité délivrée** : est celle que reçoit réellement le client.

Un établissement met en œuvre une stratégie globale qui est « la qualité totale », pour satisfaire ses clients mais aussi pour rechercher la satisfaction des personnels dans leur travail qui aussi fait partie des exigences.

La notion de qualité des soins est définie de plusieurs manières cependant, toutes les définitions intègrent la manière dont les soignants, et les structures de santé répondent aux besoins de l'individu et de la population afin de garantir leur bien-être dans la mesure du possible.

On a la :

- ✓ Qualité des soins selon les patients ;
- ✓ Qualité des soins selon les professionnels de santé ;
- ✓ Qualité selon le personnel administratif.

Dans ce cas, fournir des soins de qualité est une préoccupation partagée par les différents acteurs hospitaliers. La qualité des soins occupe donc une place importante dans le système de santé algérienne.

La présente étude s'intéresse justement au secteur hospitalier, un secteur où la notion de services et de relations avec les usagers est omniprésente.

La structure de cette étude est constituée principalement de trois chapitres. Le premier chapitre vise à établir la gestion du service public et organisation hospitalière. On y définit un éventail de termes et de concepts liés au service public et les formes de gestion public, ainsi que le management hospitalier. Nous poursuivons le second avec le développement de la qualité du service public. Et dans le troisième chapitre, nous essayerons de vérifier la pertinence de l'évaluation de la qualité des soins au travers des facteurs d'influence retenus lors de notre analyse documentaire par une étude de cas.

Les organismes de santé sont des établissements qui sont à la recherche régulière d'une meilleure qualité des soins, par le biais d'une démarche qualité mise en place pour l'obtention d'un soin de qualité et cela avec l'aide et l'implication des acteurs qui en ont plusieurs perceptions. De ce fait, nous posons la problématique suivante :

Introduction générale

Comment obtenir la qualité d'un service public par la perception des usages ?

Cette question principale réclame les questions subsidiaires suivantes :

- Quels sont les facteurs décisifs d'un service public ?
- Comment s'est déroulée l'évolution de la qualité de manière générale ?
- Comment évaluer la qualité et la satisfaction de l'utilisateur du service public ?
- Quelle est la perception des acteurs hospitaliers concernant la qualité ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes appuyés sur les hypothèses suivantes :

Hypothèses de travail :

- Le secteur public enregistre des failles en ce qui concerne le système de gestion et de qualité du service public.
- Les administrations publiques améliorent et développent leur qualité du service public pour satisfaire l'utilisateur et le client.

Le choix de l'étude :

Nous avons choisi de concentrer nos efforts sur ce sujet en raison de :

- ✓ L'importance indiscutable des services publics hospitaliers pour les individus, parce que l'hôpital est le lieu qui prend sa responsabilité la vie de plusieurs êtres humains, alors il se doit de procurer des services de qualité ;
- ✓ L'importance du sujet parce qu'il touche à la réalité quotidienne de l'individu ;
- ✓ Connaître les mesures de contrôle de la qualité des soins prise dans un hôpital.

L'objectif de l'étude :

Notre objectif principal est d'essayer de rassembler les éléments permettant aux établissements hospitaliers publics, et à leur équipe de déterminer pourquoi et comment ils doivent améliorer la qualité des soins afin d'atteindre la satisfaction des patients.

La méthodologie :

Pour bien réaliser notre étude, nous avons utilisé une prospective, qui suit une méthode descriptive et analytique.

Nous avons utilisé les techniques ci-après :

Introduction générale

- ✓ Recherche documentaire ;
- ✓ Enquêtes par questionnaires ;
- ✓ Analyse documentaire.

Dans un premier temps ; nous allons essayer de cerner les éléments théoriques relatifs à notre thème de recherche ; ensuite, nous tenterons de répondre à notre problématique par la vérification des hypothèses grâce à un travail d'investigation sur le terrain de notre projet d'étude. Ce travail d'investigation s'est fait par des interviews faites auprès du personnel et chefs certains services.

Ainsi, notre modeste travail est structuré en trois chapitres : deux chapitres théoriques, et le troisième est consacré à notre enquête de terrain qui s'est déroulé à l'établissement public hospitalier de la Polyclinique de la nouvelle ville de Tizi-Ouzou.

Chapitre I :
La gestion du service public
et organisation
hospitalière

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Introduction

La notion de la gestion du service public se définit plus à travers l'objectif poursuivi que par la nature. A l'heure où les organisations publiques sont de plus en plus sommées de rendre compte de leur performance et de piloter sur la base d'indicateurs, la pertinence des référentiels servant de base à l'élaboration et l'interprétation de ces indicateurs devient centrale.

En quelques années, l'hôpital public a connu de profonds bouleversements ; dans son mode de financement, dans sa gouvernance, dans son organisation, dans sa culture managériale. De nouvelles problématiques ont émergé, de nouveaux mots sont apparus – performance, efficience, rationalité... – qui ont déconcerté et interrogé nombre d'acteurs. Si la nécessité de rendre nos établissements plus efficaces et d'optimiser l'argent public ne peut être discutée, si certaines méthodes de management et d'organisation peuvent, sans tabou, être empruntées au secteur privé, celle de rappeler que les hôpitaux publics ne sont pas des entreprises l'est tout autant. La finalité de l'hôpital public reste d'honorer les missions de service public et les grandes obligations portées par les « lois Rolland », ces fameuses lois qui régissent les services publics algériens et qui lui attribuent, comme piliers fondamentaux, les notions d'universalité, de continuité, égalité et neutralité. Il est essentiel que ces valeurs restent le pilier de notre action quotidienne. Elles font notre force parce qu'elles nous rassemblent.

L'hôpital public, aujourd'hui comme hier, accueille tous les patients, quels qu'ils soient, jeunes ou vieux, riches ou pauvres, pour des pathologies simples, complexes ou imbriquées. Il s'inscrit ainsi dans l'héritage des premiers hôpitaux, les « hostel Dieu », qui faisaient surtout œuvre de charité en accueillant les pauvres, leur offrant gîte et couvert. Nos valeurs Égalité Cette valeur de l'accueil perdure. Avec une autre : l'égalité d'accès aux soins pour tout citoyen, quelle que soient sa race, sa religion, son ethnie, son âge, son état de santé et sa situation sociale. Les Hôpitaux civils de Tizi-Ouzou (HCT.O), comme les autres CHU et les hôpitaux publics d'une manière générale, accueillent beaucoup de patients précaires.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Section 1 : Définition et typologie de services publics

Les services publics est au cœur de la vie sociale. En relèvent, totalement ou particulièrement, l'éducation, la santé, la protection sociale, les droits fondamentaux de la personne, la sécurité, la police, la justice, le logement, les transports, l'énergie, les communications, les réseaux urbains etc. le champ est on ne peut plus large et l'on ne s'étonnera donc pas que le concept de services public soit employé indistinctement pour destiner les administrations et certaines activités industrielles et commerciales marchandes.

1.1. Définition du service public

Un service public est une activité exercée directement par l'autorité publique (Etat, collectivité territoriale ou locale), ou sous son contrôle, dans le but de satisfaire un besoin d'intérêt général.

On peut considérer que le service public est une fonction à remplir, une mission à assumer, et des dynamiques mises en œuvre par les personnes publiques pour répondre aux exigences de la société civile, et dans un but affirmé de solidarité sociale 2. 1Par extension, le service public relève aussi de trois types de définitions qui s'emboîtent et se croisent : juridique, économique et politique. Cette diversité de sens portée par les même concourt au caractère consensuel de la notion de service public mais elle amène en même temps bien des incompréhensions.

1.1.1. Approche juridique

Les services publics dépendent d'un droit administratif et des juridictions – les tribunaux administratifs – spécifiques, ce qui repose sur la conception selon laquelle la souveraineté de la puissance publique (l'état à tous les niveaux) ne peut être soumise à la même règle que le justifiable commun. Simultanément, le développement de la conception de l'état de droit, qui implique la soumission de l'état à des règles et normes juridiques, a conduit à formaliser des principes contraignants que les usagers peuvent invoquer pour faire respecter certains droits.

Trois grands principes ont été forgés au tournant du XX^e siècle, qui fondent l'existence de service public : la continuité, l'égalité et la mutabilité – adaptabilité 3.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

1.1.2. Approche économique

La définition économique repose sur le fait que les marchés et le droit commun de la concurrence fort preuve dans certains domaines, en particulier, les grands réseaux d'infrastructure, d'insuffisances ou d'imperfections. Faire relever ses activités des services publics permettre de corriger ses imperfections et de prendre en compte les phénomènes utiles pour la société tels que la gestion de long terme pour le quel les marchés est myope ou encore le financement d'investissement lourds qui pourraient ne pas être rentables.

De lors, l'autorité publique – locale, régionale ou nationale-est amenée à édicter de dispositions particulières d'organisations et de gestion de l'activité concernée. Elle peut soit assurer elle-même le service, soit en confier la gestion à une entreprise publique, privée ou mixte sur la base d'un cahier des charges. Cette dernière doit définir aussi précisément que possible les missions confiées, les droits et devoirs de chacun des acteurs, ainsi que les moyens de contrôle.

En même temps, les réseaux d'infrastructures sont caractérisés par l'existence de rendements fortement croissants, qui débouchent sur la concentration des acteurs économiques et la constitution de monopoles. On parle même de « monopoles naturels ». Il est préférable pour la collectivité d'avoir, sur une zone géographique déterminée, un seul réseau plutôt que deux ou trois en concurrence (adduction d'eau potable, infrastructures de collecte et d'évacuation des eaux usées, réseaux électroniques etc...). Un opérateur unique apparaît ainsi justifié et donc « naturel ». Mais tout monopole, qu'il soit public ou privé, peut abuser de sa position dominante.

L'autorité publique qui reconnaît le bien-fondé de l'existence d'un monopole pour telle ou telle activité doit donc simultanément en assurer le contrôle étroit.

1.1.3. Approche politique

La conception politique du service public est le fruit d'une large alliance forgée par la convergence de cinq démarches :

- Juridique avec les principes de continuité, d'égalité et d'adaptabilité;
- Technico-économique, avec les théories des biens publics, du monopole naturel dans le cadre de la montée en puissance du keynésianisme⁴ ;
- Elus locaux militants pour l'obligation de desserte ou pour la péréquation⁵ tarifaire ;

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

- Personnel et organisations syndicales revendiquant, du fait des missions qui leur sont confiées, un statut protecteur, une part du surplus (bonnes renumérations, intéressement, etc....) et la garantie de l'emploi ;
- Usagers voulant disposer de service de qualité disponibles pour tous et contrôles.

L'emboîtement de ces trois registres de définitions des services publics explique la place qu'il occupe dans la culture politique, dans les représentations et l'imaginaire collective, mais aussi la confusion dont le concept de service public est le porteur. On assimilé trop fréquemment services publics, entreprises publiques monopoles et l'Etat.

1.2. Typologie de service public

Le service public n'est pas une notion homogène, mais une notion qui coiffe des réalités juridiques fortes différentes. Il y a pas en effet « un » service public mais « des » services publics et par conséquent une pluralité d'appellations et de régimes pour ces services publics.

Est il alors possible de les individualiser des lors qu'il y a pas des critères objectifs servant a l'identifier ? Pas plus qu'au niveau de la définition, la doctrine n'est pas unanime sur ce point et propose diverses classifications a base fonctionnelle ou géographique⁵.

Du fait que la réalité ne connait que deux droits, le droit public et le droit privé dans le fonctionnement de services public, la catégorisation ne peut livrer que deux types de services publics :

- Ceux soumis au droit public appelé les « services publics administratifs ».
- Ceux soumis au droit privé/public appelé les « services public a caractères industriel et/ou commercial ».

La doctrine ajoute une troisième catégorie, que l'on n'hésite pas à qualifier de « fausse catégorie de service public ». Il s'agit des « services publics sociaux » qui ont oscillé entre un régime de droit public et un régime de droit privé.

L'examen de chaque catégorie nous permettra de mieux les cerner dans leur définition, leur régime et critères ainsi que dans les conséquences juridiques inhérentes à la qualification de chacune d'elles.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

1.2.1. Services publics administratifs (SPA)

Le domaine des services publics est un domaine irritant. Chacun sait, en effet, ce qu'est intuitivement un service public administratif, mais personne ne risque à en donner une définition positive, ou si elle le tente, elle glisse le débat sur le terrain du régime juridique. Examinons la notion de S.P.A et leur régime pour s'en convaincre.

1.2.1.1. Définition de service public administratif

Représentant pendant longtemps, la catégorie unique des services publics, les «services publics administratifs» offrent l'exemple même de l'évidente réalité que la perception intellectuelle a du mal à circonscrire dans une abstraction d'ensemble.

N'ayant pas pu donner une définition satisfaisante du S.P.A, la doctrine se rabat sur les faisceaux d'indices révélateurs de l'intention des gouvernants pour les caractériser.

A. Appréhension du S.P.A en doctrine

Le S.P.A n'est défini en doctrine et dans la jurisprudence que de façon négative. Celle-ci parle, en effet, de « services proprement administratifs » pour les opposer aux « services publics à caractère industriel et/ou commercial », alors que celle-là parle « de droit commun des services publics » c'est-à-dire de la généralité des services publics.

A la question qu'est ce qu'un service public administratif, les juristes précisent :

« On peut répondre que ces services, constituent le droit commun de l'activité administrative. Sont administratifs, au sens le plus large de ce terme, tous les services qu'il n'y a pas de raison de faire échapper au régime administratif, et les raisons pourraient tenir soit aux conditions d'organisation des services, soit aux méthodes qu'il serait bon d'employer, soit aux relations qui doivent s'établir entre le service et les usagers ».

Sans multiplier les avis qui paraissent pour l'ensemble concorder sur l'appréhension de cette catégorie de service public, on peut dire, sans risque, qu'il n'y a pas une définition positive du « service public administratif », mais seulement sa spécification juridique et administrative par rapport aux autres.

Une telle façon de voir est sans conteste d'inspiration jurisprudentielle.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

B. Critères jurisprudentiels du service public administratif

Les critères jurisprudentiels du service public administratif sont, si l'on puits dire, ceux du service public tout court, car c'est par rapport aux principes classiques posés ou supposés pour l'existence d'un service public que l'on procède, à contrario, à la qualification des autres services.

Il reste néanmoins à préciser que depuis l'éclatement de la notion de «service public» et la floraison de diverses activités d'intérêt général, l'appréciation ne porte plus sur un seul ou quelques uns des éléments jugés classiquement suffisants pour identifier un service public; mais porte à la fois sur l'objet du service, la nature de ses ressources, les modalités de son fonctionnement, les règles de son organisation, le statut de ses biens, de ses personnels pour affirmer ou infirmer son caractère administratif.

En fait, c'est à travers l'étude du régime juridique du S.P.A qu'apparaîtront mieux les postulats sur lesquels repose sa qualification.

1.2.1.2. Régime juridique des services publics administratifs

Le régime juridique du S.P.A est en principe seulement un régime de droit public aussi longtemps que les organismes qui le gèrent ne décident de recourir aux procédés de droit privé.

L'examen de la nature des rapports que le S.P.A entretient avec ses agents, ses usagers et les tiers nous permettra de mieux en exposer les principaux aspects.

A. Situation juridique des agents des S.P.A

Le personnel des S.P.A ne sont pas tous dans la même situation juridique vis-à-vis de ces derniers. En effet,

- Les fonctionnaires proprement dits se trouvent dans une situation statutaire et réglementaire de droit public, en ce sens que les voies de leur recrutement, le déroulement et la fin de leurs carrières sont établies par la loi et ses textes d'application (décret, arrêtés...) dont les fonctionnaires n'ont nullement négocié les dispositions avec les organismes employeurs.
- Les agents non titulaires, eux, se trouvent dans une situation contractuelle selon deux variantes :

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

- La variante publique lorsque le contrat liant l'agent aux S.P.A est un contrat administratif,
- La variante privée lorsque le lien établi avec le S.P.A est un lien de droit commun.

La classification du personnel des S.P.A suivant les catégories précitées, se traduit d'ailleurs par un traitement différencié lors de la suppression du S.P.A par exemple. Pour la catégorie des titulaires (des fonctionnaires statutaires), la disparition du service public se traduit soit par le reclassement ou le licenciement avec indemnisation, soit par l'admission à la retraite.

Pour la catégorie des contractuels, la suppression du S.P.A entraîne la résiliation des contrats les liant au S.P.A mais l'indemnisation est toujours admise en leur faveur.

Quant à la catégorie représentée par les temporaires ou « auxiliaires », elle est purement et simplement licenciée avec octroi d'indemnisation.

B- Situation des usagers des S.P.A

L'expression « usager du service public » n'a pas connu en doctrine une seule définition, mais des définitions tirées pour la plupart de la condition que réservent les textes organisant le service public aux bénéficiaires de celui-ci.

L'usager d'un service public « peut se définir comme la personne qui bénéficie effectivement et directement de la prestation offerte par le service public et utilise à cette fin les installations de celui-ci » 6. Mais, même parfaites, ces définitions ne sauraient rendre compte de la réalité de la situation de l'usager du service public qu'il soit administratif ou autre. Aussi convient-il, pour mieux les parfaire, d'examiner la nature du rapport usager / S.P.A avant de voir quels droits détient-il et quels devoirs assume-t-il vis-à-vis de ce dernier.

B.1. Nature juridique du rapport usager / S.P.A

Les usagers des S.P.A ne sont pas tous dans la même situation juridique. Déterminée par les lois et règlements régissant l'organisation et le fonctionnement du service, celle-ci est en général une situation légale et réglementaire de droit public, c'est-à-dire qu'elle est établie unilatéralement par le créateur et l'organisateur du service et est subie par l'usager.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Ce régime général légal et réglementaire peut, toutefois, connaître des exceptions lorsque l'organisme gérant le service public décide d'écarter le régime de droit public pour un régime contractuel de droit privé.

Exceptions courantes dans les S.P.A gérés par des personnes privées (sécurité sociale, caisses de retraites...), ce régime tend à devenir envahissant, voire recherché, à l'heure où la recherche de l'efficacité dans la satisfaction des besoins publics passe avant la prise autoritaire en main du service.

B.2. Droits et devoirs de l'utilisateur du S.P.A

L'entrée en rapport avec le S.P.A entraîne inéluctablement pour lui et pour l'utilisateur des droits et des obligations mutuelles :

- L'utilisateur a « le droit au service public », c'est-à-dire le droit d'accéder au service public, le droit à son fonctionnement continu et correct, le droit à son efficacité, et le droit à l'égalité des utilisateurs devant ce service public.

Toute atteinte constatée à «ce droit au service public» lui ouvre le droit d'attaquer ce service sous réserve qu'il satisfasse aux conditions formelles prévues par le code de procédure civile et par les autres textes législatifs ou réglementaires 7, et aux conditions matérielles dérivant de sa position exacte vis-à-vis du service.

- L'organisme gérant le service public a pour sa part le droit discrétionnaire de le réorganiser et de l'adapter aux progrès techniques, économiques, juridiques ou autres, sans aucune résistance ou opposition de l'utilisateur, de sorte qu'une modification unilatérale peut à tout moment frapper sa situation juridique.

Le respect dû à la loi et aux règlements par tous, se concrétise pour l'utilisateur, par le devoir de s'incliner devant les règles et principes commandant l'organisation et le fonctionnement du service public prestataire.

B.3. Les tiers et leurs rapports avec le S.P.A

Sont qualifiées de tiers, toutes les personnes autres que les utilisateurs et les agents pris en rapport avec le S.P.A.

Lorsque les S.P.A représentaient la seule catégorie de services publics dont les moyens d'action symbolisaient l'Etat commandant, la situation des tiers vis-à-vis de ces derniers ne présentait guère de difficulté. Il s'agissait d'une situation contractuelle de droit public, et extracontractuelle de droit public (responsabilité).

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Depuis que les S.P.A sont eux-mêmes pénétrés par le droit privé, l'homogénéité n'est plus de règle, et la situation des tiers doit être examinée cas par cas. Tributaire de l'objet du contrat ou de ses clauses, ou encore des stipulations expresses de la loi ou du règlement, elle peut être de droit public, comme elle peut être de droit privé.

1.2.2. Services publics à caractère industriel et/ou commercial

1.2.2.1. Emergence de la notion du service public à caractère industriel et/ou commercial

Les « services publics à caractère industriel et/ou commercial » dont l'expression est employée indifféremment, est une création jurisprudentielle qui n'a jamais pu, depuis sa naissance en 1921, être construite juridiquement de façon satisfaisante.

Un examen des facteurs ayant contribué à son émergence, nous permettra de mieux l'approcher dans ses fondements et la cerner dans ses critères.

Le qualificatif « industriel » ou « commercial » accolé aux activités des personnes publiques est à maints égards évocateurs.

Synonyme du changement intervenu dans l'idéologie libérale dans sa double dimension économique et politique, il illustre la pénétration de la sphère publique par les mécanismes et les règles du droit privé.

Facteurs politico-économiques et facteurs juridiques se conjuguent pour expliquer une telle situation.

A. Facteurs politico-économiques

Les concepts ne sont pas des productions intemporelles de l'esprit, mais des productions intellectuelles historiquement situées dans le temps et dans l'espace.

Aussi, la confection de la notion de «service public à caractère industriel et/ou commercial» (SPIC), n'est-elle pas due au hasard, mais est le résultat de la transition des formations économiques et sociales européennes de la phase du capitalisme individuel et atomistique à celle des monopoles et des grandes firmes. La mutation des structures économiques et sociales qui en est résulté, devait, dans le contexte de la première guerre mondiale et ses difficultés subséquentes, amener directement l'Etat et ses démembrements à se mêler aux affaires des secteurs jusque-là pris en charge par l'initiative privée.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Or, en intervenant dans ces secteurs, l'Etat, du même coup qu'il comble les lacunes du capitalisme, diversifie le champ de son action et modèle les procédés de son intervention. Son insertion dans le tissu économique et commercial, la recherche de l'efficacité et de la souplesse inhérente à «l'esprit des affaires» dont il s'occupe, lui valent les attributs d' «industriel» et de «commerçant», vite transposés à ses activités de gestion.

Une telle action, n'était d'ailleurs pas sans plaire politiquement aux libéraux en proie aux difficultés avec la montée des idéologies collectivistes, dont ils se préoccupaient d'arrêter l'avancée par l'octroi de la priorité à l'aspect économique et social dans la pratique de la démocratie.

Or, devant une telle orientation, c'est tous les outils publics qui basculent au profit des techniques du droit privé plus adaptées à l'esprit de l'époque.

B. Facteurs juridiques

Le droit est une instance où se reflètent les transformations intervenues dans les domaines infrastructurels de l'économie et de la société.

Reproduisant, en effet, la logique entrepreneuriale de l'Etat libéral, il s'offre un aspect plus convenable aux aléas inhérents à la conjoncture économique, industrielle ou financière qu'il prétend régir.

Dans la nouvelle mission que l'Etat s'offrait dans les années 20, ce n'était plus, en effet, aux seules techniques de la gestion publique, qu'il est fait appel, mais aussi aux méthodes de la gestion privée. Ce n'était plus aux seules personnes publiques que les tâches de service public étaient confiées, mais aussi aux organismes privés voire aux particuliers.

Il en résulte non seulement un enchevêtrement des activités publiques et privées pour l'Etat (domaine public / domaine privé; personnel public / personnel privé...), mais aussi une interférence des techniques publiques et des techniques privées (règles et procédés) dans le service public et partant du fait qu'un seul régime pour les services publics est inopérant.

C'est dès lors, toute la problématique de l'identification du service public par rapport aux activités privées similaires qui se trouve posée.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

1.2.2.2. Critères d'identification du service public à caractère industriel et/ou commercial

Postulant un particularisme juridique et technique pour les interventions des collectivités publiques dans le domaine économique (industriel et / ou commercial), le SPIC pose en droit des problèmes ayant trait non seulement à ses critères, mais aussi à son utilité. Un examen du point de vue de la doctrine et l'attitude de la jurisprudence à son sujet nous permettra de mieux clarifier son contenu et ses critères.

A. Définitions doctrinales du SPIC

Pas plus que sur le « service public », la doctrine administrative n'a pas pu se mettre d'accord sur la notion de SPIC.

Elaborant des définitions approximatives, voire négatives, elle manifeste même dans certains cas une certaine hostilité à son égard.

Très pragmatique pour sa part, la jurisprudence écarte toute définition positive. En parlant de services publics fonctionnant dans les mêmes conditions qu'une entreprise privée, d'activités qui seraient par nature industrielles ou commerciales, de services tirant l'essentiel de leurs ressources des redevances des usagers, elle rend davantage la notion de SPIC plus insaisissable.

Constatant cet état de fait, une bonne partie de la doctrine la considère d'ailleurs comme indéfinissable. Et ceci et d'autant plus vrai, que l'on ne retient que trois conditions dégagées d'une analyse globale de la jurisprudence pour caractériser cette notion :

1. Un SPIC a un objet économique, c'est-à-dire un service se livrant à des activités de production et / ou d'échanges. Cette condition étant elle-même identifiée à l'aide d'un certain nombre d'indices à savoir entre autres la réalisation de bénéfices, l'accomplissement d'actes de commerce, l'aptitude à concurrencer les activités privées, ce qui exclut bien entendu les monopoles et les services non lucratifs ;

2. Un SPIC tire l'essentiel de ses ressources des redevances versées par les usagers et non pas d'un budget général ou de recettes fiscales ;

3. Un SPIC est organisé et fonctionne comme une entreprise privée.

Conjuguées ensemble, ces conditions ne signifient toutefois aucune certitude quant à l'existence du SPIC, mais simplement une présomption de son existence.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

B. Critères jurisprudentiels du SPIC

La recherche de critères pour l'identification des notions juridiques ne s'impose dans la plupart des cas, que lorsque les textes sont silencieux ou ambigus.

Dans de pareils cas, le juge est amené, en effet, à s'interroger, dans le cadre d'une approche globale, sur l'intention des pouvoirs créateurs comme hypothèse de base et se met à la lumière de celle-ci à la détection d'éléments matériels, organiques ou formels aptes à élucider l'espèce qui lui est soumise.

Ainsi, c'est d'abord sur « la nature industrielle ou commerciale » du service, en somme sur « l'objet » du service, que s'est basée la jurisprudence pour qualifier le service public de SPIC. La rémunération de l'activité, la réalisation de bénéfices étant des indices révélateurs de la ressemblance du service public avec les activités industrielles ou commerciales ordinaires.

Devant l'insuffisance de ce critère, matériellement manifeste par l'existence de services fonctionnant dans les mêmes conditions que les entreprises privées, mais ayant un caractère purement administratif, et devant l'inopérence de la thèse du «service public par nature», la jurisprudence s'oriente ensuite vers les critères d'organisation et de gestion du service pour lui accoler ce qualificatif ou pour le lui refuser.

Qu'elle que soit la valeur de ces critères, il y a lieu toutefois de noter qu'ils ne sont qu'indicatifs, car dès lors qu'il n'y a pas de critère objectif pour le service public, il ne saurait y avoir de critères stables et infaillibles pour le SPIC.

1.2.2.3. Régime juridique du SPIC

Le régime juridique du SPIC est aux confins du droit privé et du droit public. Justifié par le caractère industriel ou commercial de l'activité, le premier n'exclut pas le second entraîné par l'idée de service public.

Ainsi, si on considère matériellement ces services, c'est-à-dire si on les envisage sous l'angle de leurs activités, c'est le droit privé dans la compétence judiciaire qui constitue le principe. Si, on les considère, en revanche sous l'angle de leur organisation, c'est le droit public qui prend le dessus.

Cette schématisation ne s'avère pas utile quant à la révélation de la réalité des hypothèses qui peuvent se rencontrer sur ce champ. Aussi est-il opportun d'examiner cette

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

question à la lumière des trois situations que la doctrine a dégagées d'une analyse globale de la jurisprudence, à savoir la situation des agents, celle des usagers et celle des tiers vis-à-vis du SPIC.

A. Agents du SPIC

La situation des agents du SPIC n'est pas une situation uniforme. Les SPIC étant nombreux et divers, il s'ensuit en toute logique que les relations personnels / SPIC ne peuvent que varier d'un cas à l'autre.

Entre leur soumission au droit du travail ou à des statuts particuliers que chaque établissement se fait approuver, leur régime s'empreint de particularisme suivant les avantages que veut s'accorder chaque organisme par rapport surtout au système de la fonction publique.

Sur un plan plus juridique, la référence à la nature de l'organisme gérant le SPIC permet de dégager les principes généraux en la matière. Ainsi si le SPIC est géré par une personne publique, la relation agents / SPIC est une relation contractuelle de droit privé, combien même, il y aurait un statut régissant leur carrière (recrutement, avancement, rémunération, régime disciplinaire, etc.) ou que cette relation soit empreinte d'éléments de puissance publique ou même encore que le procédé de recrutement de l'agent se fasse par un acte administratif (arrêté, décret).

La seule exception apportée à ce principe constant en doctrine et dans la jurisprudence, concerne les emplois de direction et l'agent comptable, à moins toutefois que la loi n'en décide autrement.

Si le SPIC est géré par une personne privée, la relation agents / SPIC est intégralement une relation de droit privé commandée par le régime du droit du travail. C'est le cas notamment pour les agents d'un concessionnaire ou d'un gestionnaire délégué de service public.

B. Situation des usagers du SPIC

Indifféremment de l'organisme gérant le SPIC (personne publique ou personne privée), la situation de l'utilisateur du SPIC est également qualifiée de «situation de droit privé».

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Déduite de la logique contractuelle, censée régir les rapports SPIC / usagers, cette situation a pour conséquence :

- De fermer devant l'usager, qu'il soit candidat ou usager effectif, la voie de recours pour excès de pouvoir, contre les décisions administratives unilatérales lui faisant grief, sans stipulation législative expresse contraire ;
- D'ouvrir la voie au juge civil pour apprécier la responsabilité pour dommages et intérêts sur la base des règles du droit privé et ce, même lorsque le dommage est causé à l'usager par le fonctionnement d'un travail public, contrairement au principe général qui veut que la responsabilité pour dommages causés par les travaux publics soit une responsabilité administrative ;
- D'encadrer préalablement les modifications qui peuvent survenir dans la situation de l'usager appelé souvent à adhérer aux clauses établies par le SPIC avant qu'aucun rapport ne soit scellé.

C. Situation des tiers vis-à-vis du SPIC

La nature des rapports que les tiers peuvent avoir avec le SPIC dépend en fait de la nature que le gestionnaire du SPIC veut avoir avec eux. Si celui-ci est une personne publique, celle-ci peut, en effet, se lier aussi bien par des contrats administratifs que par des contrats de droit commun avec les tiers. La jurisprudence se livre, en cas de litige, à la recherche de critères tenant à l'objet du contrat, à la qualité des parties, aux clauses du contrat etc. Pour qualifier le lien existant entre le SPIC et le tiers d'administratif, ou conclure à son caractère privé.

S'il s'agit d'une personne privée, le lien est présumé de droit privé quels que soient les critères précités.

1.2.3. Services publics sociaux

L'expression «services publics sociaux», ou «services publics à objet social» est aussi irritante que celle du SPIC.

Coiffant des réalités fort différentes, l'expression s'avère, en effet, malencontreuse tant dans sa définition que dans son régime juridique.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

1.2.3.1. Définition de service public social

La notion de « service public social », SPS, comme la plupart des notions usitées en droit administratif est une création jurisprudentielle. Elle a connu une instable évolution qui lui a valu l'incertitude de ses contours.

A. Naissance de la notion de SPS

Il s'agit, bien au contraire, d'une notion dont les contours paraissaient déjà tracés dans la jurisprudence du Conseil d'Etat français en matière de contentieux social (sécurité et allocations familiales).

Jugeant le droit privé plus justifié pour de tels domaines dans lesquels les droits du travail et de la sécurité sociale sont en cause, la haute instance a opté pour le transfert en bloc de la compétence et du droit à leur appliquer.

Le fond social déjà élaboré par le Conseil d'Etat Français pour un domaine spécifique (le travail et la sécurité sociale) explique la naissance de cette notion de SPS en France dont la doctrine et la jurisprudence ont mesuré très tôt les limites.

B. Incertitude des contours de la notion de SPS

La notion de «SPS» n'a pas eu le temps de connaître une grande fortune. Ne lui apportant que des réponses discutables bâties sur la nature sociale de l'activité ou la ressemblance avec les institutions privées, la doctrine hostile à l'émergence du SPS en catégorie autonome l'a jugée dès le départ comme étant indéfinissable, ou ne lui donne que des définitions approximatives. Une telle façon de voir n'a pas manqué d'influencer la jurisprudence qui dès 1957, revient sur le transfert en bloc des services dits sociaux à la connaissance du juge civil.

C'est, dès lors, tout le régime de ces services qui a basculé.

1.2.3.2. Régime juridique du service public social

Le régime juridique du S.P.S a subi des contrecoups de la crise qu'a connue la notion de service public. Passant du régime de droit public, au régime de droit privé, les S.P.S ne tardent pas à revenir au régime de droit public. Le gérant, personne publique ou organisme privé fait pencher le raisonnement vers l'application du droit public ou l'application du droit privé.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

A. Application du droit privé aux S.P.S

L'application du droit privé aux S.P.S découle, en quelque sorte, du même raisonnement que celui qui a abouti à la soustraction des S.P.I.C. au droit public. Elle repose sur la ressemblance ou la similitude des S.P.S avec les institutions privées se livrant à la même activité.

B. Application du droit public aux S.P.S

L'application du droit public aux S.P.S est le régime traditionnel des «services publics sociaux» avant la tentative de leur élévation en une catégorie autonome de services publics, étant entendu, que la soumission intégrale à ce régime ne peut s'opérer que dans le cadre du jeu de présomption que nous avons relevé antérieurement pour les autres services publics.

En s'interrogeant, en effet, sur l'aspect «organisation» et par ricochet sur l'aspect «fonctionnement», la jurisprudence ne déroge pas à la règle de la présomption jusqu'à preuve du contraire. La gestion d'un S.P.S par un organisme public le présume relever du régime de droit public. A l'inverse, sa gestion par un organisme privé fonctionnant dans les mêmes conditions qu'une institution privée, le présume relever du régime de droit privé.

En fait, c'est un régime mixte qu'il faudrait admettre pour ce genre de services publics. L'organisation peut-être privée, et la mission publique, ou à l'inverse l'organisation est publique et le fonctionnement privé. Dans tous les cas, c'est le raisonnement cas par cas qui s'impose au juge.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Section 2 : Les formes de gestion publique

L'expression « mode de gestion des services publics » comporte certaines équivoques. Par exemple, on trouve d'une part l'énonciation de la concession et de l'établissement public comme deux modes distincts de gestion des services publics, et d'autre part certains établissements publics gèrent un service public sous le régime de la concession.

D'un point de vue strictement logique on doit distinguer entre deux points de vue :

2.1. Le point de vue de la situation du gérant du service par rapport à la collectivité responsable de la création et de l'organisation du service

De ce point de vue, il faut distinguer entre une série de procédés :

2.1.1. La régie

Par laquelle la collectivité responsable de la création et de l'organisation du service assume elle-même le fonctionnement et la gestion du service.

2.1.2. Les autres procédés

Par lesquels cette collectivité institue un gérant du service distinct d'elle même. Ces procédés se caractérisent par la nature des liens entre la dite collectivité et le gérant du service.

- Régime purement légal et réglementaire : Le statut du gérant du service ne comporte aucun élément contractuel. C'est le cas des établissements publics non concessionnaires (université, p.ex.), des ordres professionnels et, de façon générale, des groupements privés chargés d'un service public non concédé (p.ex., caisse de sécurité sociale).
- Régime contractuel : Dans certains cas, les liens entre le service et la collectivité responsable sont définis par un contrat de concession. Un tel régime est en réalité mixte car, non seulement le contrat de concession est conclu dans le cadre de dispositions légales et réglementaires, mais outre, certains de ses clauses mêmes ont un caractère réglementaire.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

2.2. Le point de vue de la nature publique ou privée de la personne gérant le service

Le service peut être géré par une personne publique (Etat, établissement public,...etc.) ou par une personne privée (individu, société,...etc.).

2.2.1. La régie

Un service public est géré en régie lorsque l'administration, non seulement en assume la direction de principe, mais encore lorsqu'elle prend elle-même en main le fonctionnement du service en le faisant fonctionner avec ses propres biens et avec ses propres agents.

2.2.2. La régie simple

C'est la forme normale d'exploitation d'un service public par l'administration.

- Le personnel est recruté directement par l'état ou par la personne publique à la quelle le service est rattaché.
- En ce qui concerne les biens dont le service use, ce sont normalement ceux qui appartiennent à l'Etat.
- La gestion des services publics en régie ne met en cause aucune disposition particulière.

2.2.2.1. La régie intéressée

La régie intéressée se rapproche de la régie simple en ce que c'est l'administration elle-même, qui à l'aide d'une direction recrutée par elle, fait fonctionner le service. Elle s'en éloigne parce que la société placée par l'administration à la tête du service intéressée financièrement aux résultats de l'exploitation.

❖ La Différence entre la régie intéressée et la concession

On a pensé parfois à dire que la régie intéressée s'oppose à la concession en ce que le concessionnaire participe aux bénéfices et aux pertes, alors que le régisseur intéressé ne participerait qu'aux bénéfices. Ce n'est pas exact, car il y a des concessionnaires qui bénéficient d'une garantie de la part de l'Etat, ne sont pas intéressés aux pertes. Il ne faut pas penser que la régie intéressée est un mode d'exploitation dans lequel l'administration conserve sur le service une autorité plus grande que la concession.

Il y a des contrats de concession qui limitent étroitement la liberté des concessionnaires. Le véritable critère, c'est que le régisseur intéressé est rémunéré d'une façon substantiellement différente de celle du concessionnaire.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Le concessionnaire, normalement, trouve sa rémunération dans les bénéfices, tandis que le régisseur intéressé trouve sa rémunération dans son intéressement à certains résultats d'exploitation qui ne sont pas eux mêmes des bénéfices.

Si au contraire, le régisseur était rémunéré d'après les bénéfices réalisés, il s'agirait en réalité d'un véritable contrat de concession.

Ainsi, la différence consiste en ce que le concessionnaire est un entrepreneur dont la rémunération normale est le profit, tandis que le régisseur intéressé est un gérant dont on s'efforce de stimuler le zèle en lui attribuant des primes d'après la bonne marche de l'exploitation.

2.2.2.2. La gestion du service public par un gérant distinct de la collectivité responsable sous un régime légal et réglementaire

Quel que soit le gérant les règles générales du service public sont valables et que la variété des statuts légaux et réglementaires définissant le statut du service et les droits et obligations du gérant varient considérablement suivant le cas considéré.

On sait que le gérant peut être une personne publique ou une personne privée.

2.2.2.3. La gestion par une personne publique

Il s'agit de la gestion du service par des établissements publics (administratifs ou industriels et commerciaux) non liés à la collectivité (Etat, département, commune) ayant créé et organisé le service par un contrat de concession où la règle de la spécialité est toujours importante.

Le fonctionnement du service ne sera pas moins affecté par la variété du statut des établissements publics notamment en ce qui concerne l'autonomie administrative et financière, la tutelle, le mode de désignation des dirigeants.

2.2.3. La gestion par une personne privée

Il s'agit de la gestion du service par un ordre professionnel, des sociétés d'Etat ou d'économie mixte, des groupements privés ayant en commun le fait qu'ils ne sont pas concessionnaires.

Le caractère privé de la personne gérant le service restreint considérablement le champ d'application du droit public et le statut légal et réglementaire.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Cependant, la part que prennent l'Etat ou les collectivités publiques dans la direction ou le contrôle de la personne privée constitue un élément important des conditions de fonctionnement du service.

2.2.3.1. La concession de service publique

2.2.3.2. Notion générales

Le terme de « concession » est l'un des plus vagues du droit administratif. On l'emploie pour désigner des opérations qui n'ont pas grand-chose de commun entre elles, si non qu'il y a, à la base, une autorisation, une permission de l'administration. C'est ainsi qu'on parlera des concessions dans les cimetières, des concessions de terres dans les territoires d'outre mers des concessions d'endiguage ou de « créments futures » qui sont tout simplement des ventes de matériaux.

L'expression « concession de service public », que l'on abrège parfois sous le terme de « concession », a, au contraire, un sens beaucoup plus précis « c'est un procédé par lequel une personne publique, dite autorité concédante, confie à une personne physique ou morale, appelée concessionnaire, le soin de gérer un service public sous le contrôle de l'autorité concédante, moyennant une rémunération qui consiste, le plus souvent, dans les redevances que le concessionnaire percevra sur les usagers du service.

2.2.3.3. Place de la concession par rapport à d'autres procédés de gestion

- La différence avec la régie simple apparaît très nettement ; par la concession, l'administration charge un tiers d'exploiter le service public au lieu de l'exploiter elle-même.
- La concession s'écarte également des hypothèses où un organisme privé ou public est chargé, en vertu de la loi, de gérer un service public, indépendamment de tout contrat avec la collectivité responsable du service.
- Il est des cas où, bien qu'il y ait des liens contractuels entre collectivité et le gérant du service, ces liens ne s'analysent pas en un contrat de concession : Affermage, contrat innomé.
- Il y a enfin une nuance à établir entre la concession de service public et la concession de travaux publics.
 - La concession des travaux publics est généralement une concession de service dans laquelle le concessionnaire s'engage à construire certains ouvrages. Ceci revient à dire que

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

la plupart des grandes concessions de services publics sont des concessions de travaux publics. Les concessions de distribution d'eau, d'électricité, de tramways, de chemins de fer sont des concessions de travaux publics. Ceci n'est pas contradictoire avec leur qualité de concession de services publics, la concession de travail public étant tout simplement une concession de service public dans laquelle le concessionnaire s'engage à construire certains ouvrages nécessaires au fonctionnement du service public. Il existe cependant des concessions de chutes d'eau.

Les concessions de service public à l'état pur n'existent que lorsque le service peut fonctionner sans la construction d'ouvrage ex : concession de transports terrestres.

2.2.4. Le contrat de concession

Toute concession se matérialise dans un contrat qui, généralement d'ailleurs se divise en deux parties : Une convention et un cahier des charges.

- La convention est un texte relativement bref dans lequel sont posés les principes essentiels.
- Le cahier des charges est un texte détaillé et technique qui règle les conditions de fonctionnement du service public.

Le contrat de concession, d'après la doctrine et la jurisprudence, présente un caractère mixte. En effet, bien qu'en la forme il s'agisse d'un contrat, quant au fond il faut distinguer entre les clauses réglementaires et les clauses contractuelles.

2.2.4.1. Principe généraux régissant la concession de services publics

La concession de services publics est bâtie sur deux idées antithétiques, dont l'équilibre constitue toute la théorie du contrat de concession, il s'agit :

- D'une part, d'un service public qui doit fonctionner dans l'intérêt général et sous l'autorité de l'administration ;
- D'autre part, d'une entreprise capitaliste comportant, dans la pensée de celui qui est à sa tête, le maximum de profit possible.

C'est sous ces deux angles que l'on peut faire l'étude de la concession.

2.2.4.2. Le service public concédé demeure un véritable service public

Les principaux points où se manifeste le fait que le service public concédé n'est pas une pure affaire privée dès l'instant où le concessionnaire l'a pris en main, mais demeure un service public, sont les suivants :

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

2.2.4.3. L'administration a le libre choix du concessionnaire

Pour beaucoup d'autres contrats administratifs, l'administration est tenue de recourir à des procédés de désignation automatique du contractant (par exemple, à l'adjudication), en matière de concession à tel point qu'il est interdit au concessionnaire de céder sa concession à un tiers sans l'agrément de l'administration.

2.2.4.4. Le concessionnaire doit faire fonctionner le service de la manière la plus stricte

A. Il n'est exonéré de cette obligation que par la force majeure stricto sensu. Le fait que le service est en perte, que l'exploitation procure un déficit ne délie pas le concessionnaire de l'obligation de faire fonctionner le service. Dans certaines hypothèses de déficit persistant, dû à ce qu'on appelle l'imprévision, l'autorité concédante doit venir au secours du concessionnaire.

L'exception non adimpleti contractus qui selon le droit commun permettrait au concessionnaire de cesser le service en cas de manquements substantiels de l'autorité concédante à ses engagements n'a pas cours dans la concession de service public à moins que la défaillance de l'autorité concédante ne crée une situation de force majeure.

B. L'administration a à sa disposition des sanctions pour obliger le concessionnaire à faire fonctionner le service. Ces sanctions sont de deux ordres :

- Certains sont prévus dans le cahier des charges et n'appellent pas d'observations particulières.
- Et même en l'absence de clauses expresses du cahier des charges, l'administration a, de plein droit, à sa disposition certaines sanctions qui consistent, tout d'abord, outre les amendes qui peuvent être infligées au concessionnaire, dans :
 - La mise sous séquestre : Malgré son nom c'est tout simplement la substitution de l'administration au concessionnaire dans l'exécution du service par un temps donné ; autrement dit, l'administration s'empare du matériel du concessionnaire et gère en ses lieux et place aux frais du concessionnaire.
 - La déchéance : Prive le concessionnaire des droits qu'il tient du contrat de concession. Cette sanction doit être prononcée par le juge à la demande de l'administration. Mais cette règle n'est pas d'ordre public ; le contrat de concession peut prévoir que l'autorité concédante ou une autre autorité peuvent prononcer unilatéralement la déchéance, sous réserve, évidemment du contrôle du juge. La déchéance ne peut être prononcée que pour manquement grave du concessionnaire.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

B. L'administration dispose de pouvoirs de contrôle étendus sur le fonctionnement du service et c'est normal puisqu'elle doit s'assurer de l'exact accomplissement de l'obligation souscrite par le concessionnaire.

2.2.4.5. Obligation du concessionnaire de réaliser les modifications du service exigées par l'autorité concédante

Le concessionnaire doit se plier aux modifications du service exigées par l'autorité concédante dans l'intérêt général, même si elles contredisent les clauses du cahier des charges.

L'autorité concédante aura le droit, par exemple s'il s'agit de l'exploitation d'un réseau de tramways, d'exiger des départs plus fréquents et, par conséquent, une augmentation de matériel roulant, si les besoins de la population le nécessitent.

Les modifications que l'autorité concédante apporte à l'organisation du service doivent, dans l'hypothèse où elles mettent en cause l'équilibre financier de la concession, donner lieu à une indemnité.

2.2.5. Prérogatives accordées au concessionnaire

Le concessionnaire est un entrepreneur privé mais, comme il gère un service public, il va à ce titre disposer de certaines prérogatives.

- a) Il peut être amené à bénéficier de la procédure d'expropriation et de diverses servitudes du droit administratif.
- b) Quant à son exploitation, le concessionnaire dispose d'un monopole, sauf le cas où le contrat de concession réserve la possibilité pour l'administration d'accorder des exploitations concurrentes.
- c) Le concessionnaire a le droit de percevoir des redevances sur les usagers. Les tarifs sont fixés, en principe, par le cahier des charges ; cependant, les clauses tarifaires ne sont pas considérées comme des clauses contractuelles au moins par la majorité des auteurs.

2.2.5.1. Règles de compétence contentieuse

- Les litiges entre concédant et concessionnaire relèvent du juge administratif.
- Les usagers du service et les tiers par rapport au service doivent aller devant les tribunaux judiciaires en cas de difficultés avec le concessionnaire.

Enfin, les usagers peuvent avoir des difficultés avec l'administration concédante à laquelle ils reprochent, par exemple, de ne pas faire ce qui est nécessaire auprès du concessionnaire pour faire fonctionner le service.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

2.2.5.2. Le concessionnaire demeure un entrepreneur privé

Le concessionnaire ne prend pas la qualité d'argent public, et encore moins celle de fonctionnaire. Il est un entrepreneur qui espère réaliser des bénéfices et qui devra, le cas échéant, supporter des pertes. Il suit de cela qu'il n'a ni le statut ni les obligations du fonctionnaire. Si l'autorité concédante exerce un contrôle sur le fonctionnement du service, ce contrôle n'a pas le caractère d'un contrôle hiérarchique inconditionnel.

D'autre part, le personnel du concessionnaire n'est pas fonctionnaire concessionnaire. Cependant, la puissance publique a pris de très bonne heure l'habitude d'insérer dans les cahiers des charges des clauses sociales en faveur des employés du concessionnaire.

2.2.5.3. Le régime des biens

Le régime des ouvrages immobiliers et du matériel édifiés ou acquis par le concessionnaire est affecté de certaines particularités que l'on peut résumer comme suit:

1) Les biens de retour

Sont ceux dont le cahier des charges prévoit qu'ils seront en fin de concession, de façon obligatoire et gratuitement, la propriété de la collectivité concédante.

2) Les biens de reprise

Sont ceux qui, affectés au service, peuvent être acquis par la collectivité concédante en fin de concession moyennant un prix déterminé ou à déterminer, mais sans que le concessionnaire puisse s'opposer à la reprise..

3) Les biens propres

Sont la propriété pure et simple du concessionnaire et ne peuvent être acquis par la collectivité concédante en fin de concession que par un accord librement débattu avec le concessionnaire.

2.2.5.4. Fin de la concession

La concession prend fin à l'expiration du terme fixé. Son effet essentiel est de restituer la gestion du service à la collectivité concédante qui peut choisir tout mode d'exploitation, à son gré. C'est à ce moment là qu'est normalement exercé le droit de retour ainsi que, éventuellement, le droit de reprise.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

2.2.5.5. Fin anticipée de la concession

a) Le rachat

Ce terme, assez impropre, vise l'hypothèse où, en dehors de toutes sanctions, et sans supprimer le service, la collectivité concédante prive le concessionnaire de son exploitation.

✓ Le rachat contractuel

De nombreux cahiers des charges prévoient que, un certain temps avant l'expiration normale de la concession, la collectivité concédante pourra reprendre la gestion du service.

Dans cette hypothèse, l'indemnisation du concessionnaire se fait selon les modalités prévues par le cahier des charges.

✓ Rachat forcé

Il est admis en doctrine que l'autorité concédante a toujours le droit, malgré le silence du cahier des charges, voire à l'encontre de ses stipulations, de reprendre la gestion du service. Mais elle doit alors couvrir le concessionnaire du *damnum emergens* et du *lucrum cessans*, y compris la perte des bénéfices qui auraient été réalisés jusqu'au terme normal de la concession, ce qui rend l'opération fort onéreuse et peu tentante.

b) La déchéance

La déchéance sanctionne le manquement grave du concessionnaire à ses obligations. Les cahiers des charges limitent en général l'indemnisation du concessionnaire aux avantages (s'il en existe) que le service tire des travaux réalisés et du matériel disponible, avantage d'ailleurs compensés par de graves inconvénients pour la collectivité concédante.

c) La résiliation

La résiliation suppose, d'une part, que le concessionnaire n'a pas manqué à ses obligations et d'autre part, que le service est supprimé.

d) La nationalisation

C'est une opération « *sui generis* » tendant à soustraire une activité à la gestion capitaliste.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Section 3 : L'organisation hospitalière et ses particularités

Contrairement à d'autres entreprises, les organismes de santé, en particulier Les hôpitaux ont de nombreuses caractéristiques parce qu'ils sont Le statut et les méthodes de gestion d'une organisation spécifique. Ainsi, Le fonctionnement et la gestion de ces organisations sont complexes. Ce section traite de la particularité de l'organisation hospitalière et de ses La complexité est divisée en deux parties :

La partie 1 explique la particularité de la gestion Hospitalité, en présentant ses Caractéristiques structurelles, description Structure professionnelle, c'est-à-dire la structure standard pertinente à l'hôpital.

La partie 2 sont objective est de distinguer où réside ce caractère de complexité dans un établissement hospitalier en donnant une liste non exhaustive des différentes dimensions afin que celle-ci soit appréhendée. Suivi d'une projection de l'hôpital dans son environnement et comme celui-ci le perçoit-il. Pour finir avec une approche du contexte d'évolution de la population en Algérie et essayer d'étudier son impact sur l'offre de soins.

3.1. Particularités de la gestion hospitalière

Premièrement, pour répondre à la classification d'un spécialiste de la gestion, dans ce cas, Henry Mintzberg¹ l'hôpital fait à notre avis partie de la soi-disant cible et agents multiples, c'est une structure complexe qui doit répondre à des fonctions divers : soins, enseignement, recherche, prévention, éducation à la santé etc.... ce une structure médico-sociale dont la mission est d'approvisionner la population soins médicaux complets, curatifs et préventifs dont sont issus ses prestations externes à la famille; considéré dans son environnement, c'est aussi un centre enseignement de la médecine et de la recherche scientifique et sociale.

En plus de sa véritable vocation, l'hôpital gère un certain nombre d'autres missions nécessairement associé au premier afin d'assurer une bonne fin, ses tâches de caractère l'hôtellerie, la maison et la technologie deviennent de plus en plus complexes, donc ils le font de l'hôpital, une machine dans laquelle l'accessoire peut prendre le pas sur l'accessoire de base.

Ensuite, nous traitons l'hôpital comme un système multi-production complexe, il propose pour chaque patient différents produits dans une certaine quantité et type, ces les produits, à la fois diagnostiques et thérapeutiques, constituent ce qu'on appelle médical,

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

c'est fondamentalement différent des marchandises dont traite la théorie économique, sa consommation n'implique pas toujours un comportement rationnel, elle a un impact sur elle : incertitude multiple, incertitude qui pèse en premier lieu sur la nature même de la maladie, incertitude lorsque le coût du traitement que les patients ne peuvent prédire reste finalement une grande incertitude individuelle sur la compétence du médecin et l'efficacité accidentelle de ses actes, pour lesquels il apparaît exclu de payer selon leurs résultats.

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

3.1.2. La structure organisationnelle de l'hôpital

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Cremadez³ a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

A. Le sommet stratégique

Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (direction de santé ...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins coordonnateur général des soins. Celui-ci « ...est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité. Sur l'ensemble des cadres de santé».

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

B. Le centre opérationnel

Il est constitué par les unités de soins et les services médicaux-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement : client dont il est le patient pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducations et médicaux-techniques.

C. La ligne hiérarchique

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

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

D. La technostucture

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

A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostucture est réduire.

Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

C. Les personnels de support logistique

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

3.1.3. La différenciation et l'intégration

La notion de différenciation a été développée par LAWRENCE et LORSCH qui entendent ainsi rendre compte du fait que la structure même de l'hôpital induit pour chaque service des relations avec un sous environnement qui lui est propre (patient, sociétés savantes...) de même pour la technostructure (tutelles). Les caractéristiques des relations avec le sous-environnement définissent des modes d'organisations spécifiques à chaque service.

La différenciation est nécessaire car elle est la traduction de la spécialisation des services et permet une véritable adéquation avec un environnement spécifique. Mais elle est aussi un obstacle à la communication et à la coopération au sein de l'institution qui s'en retrouve encore davantage fragmentée.

3.2. Types de différenciation

Il existe plusieurs types de différenciation à l'hôpital:

A. La différenciation monde administratif / monde médical

Alors même que l'équilibre de l'institution dépend de la coopération entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, les antagonismes dominent trop souvent. C'est l'opposition entre d'un côté un monde professionnel qui a des objectifs qualitatifs, une déontologie et une grande liberté dans l'exercice des fonctions, et de l'autre côté un monde administratif qui a des objectifs quantitatifs et répond à un cadre réglementaire stricte.

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

Le groupe des médecins et celui des directeurs n'ont pas la possibilité d'affirmer l'un sur l'autre un leadership. Ils mènent alors des luttes d'influence dans laquelle les autres

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

groupes d'acteurs constituent un enjeu. D'ailleurs, les acteurs de ces deux groupes peuvent avoir une vision très critique de leurs «opposants».

Cette différenciation forte est très défavorable à l'hôpital car elle ne permet pas l'unicité de l'institution, l'élaboration d'une stratégie globale, et provoque des dysfonctionnements quotidiens.

B. La différenciation services logistiques/opérationnels

Comme l'indique M.CREMADEZ« les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie...) appartiennent à l'univers administratif » Ils se situent donc dans une dynamique de recherche de la rentabilité, se qui les séparent des centres opérationnels, alors même qu'au quotidien des liens étroits sont nécessaires pour garantir une qualité optimale au patient.

Quant à la logistique technique (plateau technique), elle se situe au cœur des tensions nées de cette différenciation. En effet, ces services se situent dans le centre opérationnel et sont essentiels pour les médecins et le rayonnement de leur spécialité.

Alors que pour la technostructure la logistique technique représente un investissement important et qu'elle se doit de contrôler. De plus en plus, le secteur logistique se heurte au secteur médical, qui avec le développement des nouvelles technologies, accroît sa demande de d'équipement nouveaux.

C. La différenciation au sein du centre opérationnel

Il s'agit surtout d'une différenciation entre le corps médical et paramédical. En effet, le rôle des soignants auprès des malades a pris de plus en plus d'importance.

D'autre part, la hiérarchie soignante échappe souvent à l'autorité du chef de service. Ainsi, le cadre soignant prend des décisions pour l'organisation des soins avec le soutien de la Direction des soins.

3.2.1. Une intégration insuffisante

Afin de réduire les effets néfastes d'un trop fort degré de différenciation, l'hôpital met en place des modalités d'intégration qui ont ainsi été énumérées par Cremadez.

❖ L'intégration par la voie hiérarchique

Ce processus d'intégration ne s'applique qu'au sommet stratégique dans ses relations avec la technostructure et la logistique puisque entre ces rôles de véritables rapports hiérarchiques existent.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

❖ L'intégration par les procédures et les standards

Cette voie d'intégration concerne à nouveau le sommet stratégique. En effet, le domaine des procédures est particulièrement concerné par les relations opérationnelles, notamment sur les plans financiers, comptable et des ressources humaines. Cependant, le développement de l'informatique médicale et d'une approche qualitative permet d'étendre cette intégration au niveau des services de soins, notamment à travers : courtier, chef de service et responsable de la santé.

❖ L'intégration par des ajustements mutuels

C'est le mode d'intégration le plus fréquent au sein du centre opérationnel. La difficulté réside dans le fait que rien ne soit formalisé et qu'ainsi aucune stratégie sur le long terme ne soit envisageable.

Les comités et commissions permanentes (Comité de direction, CME...) permettent aussi cette intégration en favorisant le dialogue entre les acteurs de l'organisation mais cela reste insuffisant pour contre balancer le poids de la différenciation à l'hôpital.

L'organisation de l'hôpital subit donc de nombreuses forces centrifuges qui mettent en péril ses projets voir même l'élaboration d'une stratégie.

Les caractéristiques explicitées jusqu'ici créent une certaine dynamique de l'organisation hospitalière que nous allons maintenant décrire.

3.2.2. Une dynamique peu axée sur la stratégie

Après avoir étudié les grands traits de l'organisation interne de l'hôpital, il est important d'en étudier les conséquences sur sa dynamique. Ceci permet de démontrer que la scission entre le sommet stratégique et les centres opérationnels ainsi que le fort degré de différenciation de la structure ont un impact négatif sur son dynamisme.

3.2.3. Des décisions et une stratégie réactives

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

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

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

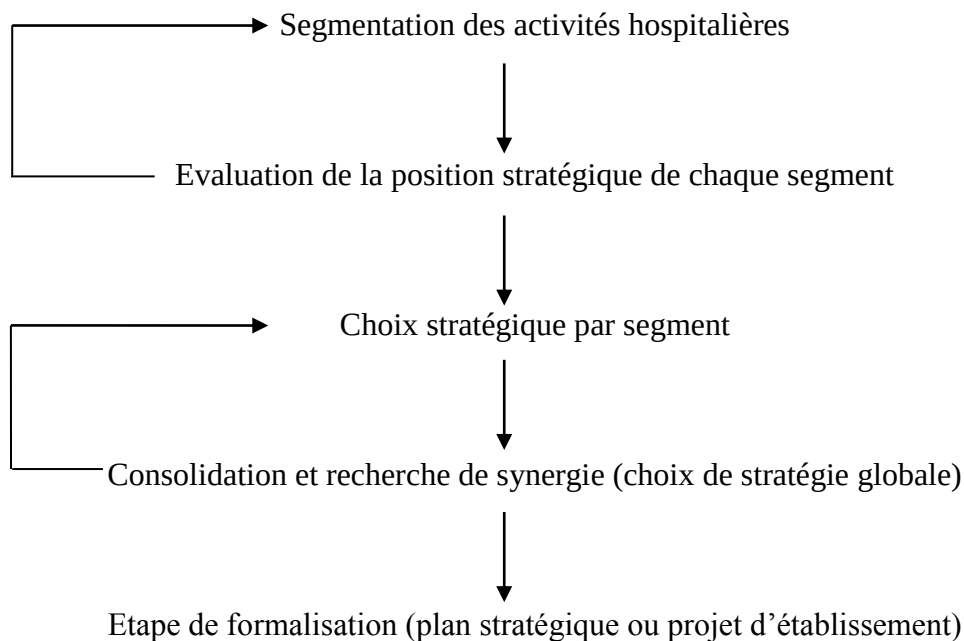
3.3. Un processus stratégique de type « émergent »

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

3.3.1. Les choix stratégiques hospitaliers

Les choix stratégiques de l'hôpital s'appuient sur une modélisation désormais considérée comme universelle. Elle obéit à la démarche logique présentée dans la figure suivante :

Figure 1 : Démarche de choix stratégique



A. La segmentation des activités hospitalières

La démarche de segmentation des activités est fondamentale pour l'hôpital qui est un lieu où, traditionnellement, l'organisation en départements et en services amène à regrouper artificiellement plusieurs domaines d'activité différents (consultation de

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

médecine interne à orientations très différentes) ou, au contraire, à éclater un même domaine d'activité en plusieurs centres de responsabilité autonomes (lutte contre le sida, cancérologie...).

- Les critères de segmentation stratégique

Comme évoquent M. Cremadez et F. Grateau , la segmentation des activités hospitalières peut se faire selon les critères (20) suivants :

- Les pathologies présentées par les patients : degré de complexité, intrications ;
- Les caractéristiques des processus de prise en charge : nécessité d'hébergement ; programmation, nécessité infrastructure spécifique (lits d'isolement, par exemple).
- Les caractéristiques des technologies mises en œuvre : nécessité de disposer d'un plateau technique spécifique, taille de l'investissement compétitif, recours au plateau technique général ;
- Les compétences requises : degré de sophistication dans la spécialité, pluridisciplinarité (recours aux compétences de divers spécialistes) ;
- La structure des coûts variables spécifiques par acte technique ou par patient, les couts fixes spécifiques et les coûts fixes partagés ;
- La nature de la concurrence rencontrée : type de concurrent, attractivité pour les acteurs de santé (cotation sécurité sociale) ;
- Le type (ou le circuit) de prescription : généraliste libéral, spécialiste libéral, médecin appartenant à une structure hospitalière publique ou privée ;
- Le type de patient concerné : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle-spécifique, actif ou non actif ;
- Le besoin satisfait : urgence, diagnostic, soin, suivi, éducation sanitaire, prévention.

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

B. L'évaluation de la position stratégique de chaque segment

La seconde étape de la démarche de choix stratégique permet d'analyser la position concurrentielle du segment d'activité identifié. Elle mobilise toutes les informations

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

détenues sur l'environnement externe et interne du domaine d'activité considéré. Elle permet de parvenir au tableau d'analyse concurrentielle du type de celui présenté ci-après.

Tableau 1 : L'analyse concurrentielle simplifiée

Critère d'analyse Etablissement Comparés	Zone d'attraction	Image/ notoriété (Population de le zone)	Satisfaction des clients (questionnaire de sortie)	Parts des marchés actuels	Rentabilité du segment
Hôpital faisant l'analyse stratégique					
Concurrent 1					
Concurrent 2					
Critère d'analyse Etablissement Comparés	Matériel détenu comparé aux évolutions technologiques prévisibles	Coût de (comptabilité analytique)	Synergie avec les autres segments	Compétences internes	Fragilité de l'offre (un seul spécialiste)
Hôpital faisant l'analyse stratégique					
Concurrent 1					
Concurrent 2					

Source : Hervé Leteurre « Traité de gestion hospitalière » édition Berget-Levrault, 1998, P 126.

C. Le choix stratégique par segment et consolidation

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

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

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

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

C'est de plus à cette étape de la réflexion que l'hôpital, d'ailleurs fortement influencé par les orientations législatives, doit aborder la question des alliances. Celles-ci peuvent permettre à l'hôpital d'accéder à une nouvelle technologie ou à une technologie de pointe qu'il ne peut acquérir seul (partage de plateaux techniques), à une capacité de production moins coûteuse (blanchisserie inter hospitalière), à des marchés (nouveaux clients)... Outre les avantages directs que peuvent apporter les alliances (échange de ressources et de compétences entre hôpitaux), celles-ci amènent aussi ce qu'il a été possible d'appeler « les bénéfices cachés » :

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

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Section 4 : Management hospitalier

Les solutions à la complexité des hôpitaux doivent évoluer La gouvernance, c'est-à-dire la formulation et le respect de lignes directrices et de règles contraignantes Actes de personnes agissant pour le compte de l'hôpital ; mais la gestion permet à chacun de découvrir le champ d'action de l'autre et de partager Les problèmes sont essentiels. Il est nécessaire de faire connaître le fait que les administrateurs ont un rôle stratégique de base, à savoir Réaliser des missions de santé publique dans le cadre de la mise en place du projet. Il est important que les managers élaborent des stratégies et les utilisent comme outils Coopération au sein de l'organisation. La stratégie est d'abord l'art des relations organisationnelles La relation entre la structure et son environnement. La raison pour laquelle la construction stratégique peut avoir un pic stratégique est que ci a une bonne connaissance de l'environnement. Mais cela signifie aussi un Consulter les intervenants hospitaliers concernés car ils comprennent sol. La stratégie doit être le produit de la réunion d'experts du Sommet stratégique Et centre d'opérations. Ici encore se pose la question de la coopération entre les différents pays La stratification apparaîtra, mais la dynamique de stratégie et de construction de projet Autorisez les vraies conversations. Développer une stratégie à l'hôpital Permettant de changer la logique en fait il combine une stratégie personnelle Une stratégie globale et déplacer l'accent de l'attribution à la contribution.

Le principal avantage de cette stratégie est qu'il s'agit d'une approche globale et Latéral, pour surmonter les fissures qui séparent les participantes organisations. En effet, le détournement de dimensions stratégiques par le personnel hospitalier rend Les éventuelles agences de réglementation locales sont aussi proches que possible des activités autorisées Afin de remédier à l'éclatement, il est traditionnellement atomisé.

Dès lors, la difficulté réside dans le passage de l'individuel au collectif : tous les participants doivent apprendre à se fédérer autour d'un projet. Il appartient au réalisateur d'établir cette dynamique de collaboration autour du projet.

Aujourd'hui, la gestion hospitalière repose sur la capacité d'intégrer les compétences scientifiques, médicales, technologiques, infirmières et de gestion.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

4.1. Les spécificités d'un hôpital

L'hôpital public est au cœur du système de soins, c'est autour de lui que s'organise la réponse aux besoins de santé de la population, il est un lieu d'excellence ouvert à tous concitoyens, un lieu dans lequel des personnels de qualité pour cela il se caractérise par les spécificités suivantes:

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

4.2. L'hôpital et le facteur humain

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

- Le pouvoir des médecins.
- Le pouvoir des soignants.
- le pouvoir de la direction.

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

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

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

4.3. Les missions d'un hôpital

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

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

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

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

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

L'hôpital public tente aujourd'hui de réconcilier sa tradition humaniste à l'approche économique qui vise à mieux gérer ses ressources financières et humaines, c'est ainsi que son rôle est organisé autour de trois principales missions :

4.3.1. Les missions de soins

Par nature, le droit aux soins recouvre pour tout malade la capacité d'obtenir les soins que son état nécessite, il participe donc à la fois de l'égalité d'accès au service public et de l'obligation générale d'assistance due à toute personne en péril(24).

Il s'agit des soins curatifs dispensés aux malades hospitalisés ou immobilisés et des soins préventifs prodigués à l'occasion des consultations à l'externe dont les soins doivent obéir au principe d'égalité concernant la prestation des services, ainsi qu'au principe de continuité d'offrir ses services de soins.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

4.3.2. L'hôpital public: une mission de formation

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

4.3.3. Mission de recherche médicale

La recherche menée dans les hôpitaux publics est à la fois un mode privilégié et anticipé d'accès à l'innovation pharmaceutique et au dispositif médicaux pour le patient(25), et un vecteur de formation continue pour les personnels médicaux et soignants, elle participe à renommée, à l'évaluation et à l'excellence des soins dispensés dans les établissements hospitaliers.

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

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

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

S'il est vrai que l'hôpital dispose d'une certaine marge d'autonomie, qu'il s'ouvre un peu aux techniques de management qui sont en place dans l'entreprise, qu'il se soucie de plus en plus de voir les patients comme de vrais clients, cela ne peut être assimilé avec ça. , pour des raisons sociologiques, à savoir le caractère professionnel et public de l'organisation.

Pour les responsables d'hôpitaux publics qui ne semblent pas toujours prêts adopter des modes de gestion qui nécessitent de traiter l'hôpital comme une entreprise, viser l'efficacité productive, croire que l'hôpital doit se protéger de toute logique de profit et de résultats économiques, pour eux c'est une structure dédiée à la prise en charge des patients et remplissant ainsi la mission de service public.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Cependant, l'exemple de l'industrie peut fournir un enseignement pour : l'hôpital, par exemple, une amélioration significative de la productivité et de la qualité ces dernières années dans l'industrie, résultant de la formalisation de l'information et de sa mise en réseau, et l'on sait que l'hôpital a accumulé un retard à ce niveau, inversement, l'hôpital peut aussi être une source d'éducation pour le monde industriel car c'est aujourd'hui un terrain d'expérimentation en réponse à Des questions posées d'une approche qualitative basée sur la valorisation des techniques à une approche visant à la valorisation des personnes.

L'hôpital pourrait aussi être l'inventeur de ses propres principes de gestion, ce qui sera un exemple pour l'entreprise, d'autant qu'il a toujours été aux prises avec un problème spécifique auquel l'entreprise est désormais confrontée, à savoir « gérer les fonctionnalités à grande échelle ». : D'une part, il faut admettre que tous les processus sont traités à grande échelle pour s'assurer qu'ils se déroulent dans un délai raisonnable, et d'autre part, pour respecter l'unicité de chaque cas. Et l'incertitude. Ce double mouvement de singularité et de production à grande échelle comprend donc : le problème général auquel est confrontée toute tentative de rationalisation, donc ceci n'est possible que s'il est considéré non seulement du point de vue de la normalisation mais aussi de la coordination.

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

- **La performance hospitalière**

Dans un contexte plus procédurier et de restrictions budgétaires, l'hôpital est contraint de s'interroger sur sa performance. Si la performance vise à un résultat, à une qualité de service rendu et à l'efficacité, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients sécurité et qualité des soins.

Les critères de performance hospitalière peuvent être définis comme suit:

- Des soins de qualité aux moindres coûts.
- Des ressources allouées aux soins utiles.
- Des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

La mesure de la performance hospitalière se trouve justifiée:

- Pour le ministère car elle permet de planifier et d'allouer équitablement les ressources en fonction des besoins.
- Pour l'hôpital car la mesure des résultats va permettre d'évaluer les actions entreprises, de les adapter si besoin et de justifier les orientations stratégiques.
- Pour le personnel à travers de la reconnaissance du travail fourni qui devient un facteur de motivation.

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

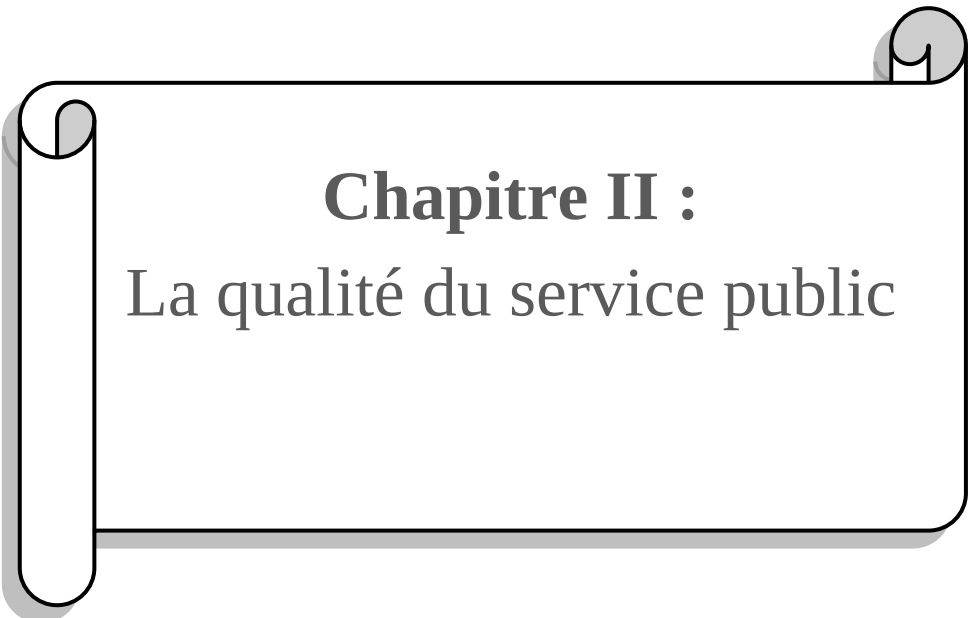
Les gestionnaires hospitaliers se trouvent donc face à de nouvelles problématiques, déjà connues du monde de l'entreprise celles du pilotage de la performance dans un objectif de création de valeur. Ces derniers vont donc utiliser les mêmes outils de management de la performance que ceux utilisés par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

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons parlé de service public étant comme une activité d'intérêt général fournie par ou sous le contrôle d'une autorité publique pour construire une société plus juste et plus unie pour atteindre l'objectif d'intérêt général, cependant, le traitement du concept la fonction publique est un processus très complexe car ce concept est à la fois un exercice vocabulaire, parce qu'il consiste à définir un certain nombre de termes, concepts et principes.

Le management des établissements de santé, en particulier des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités du fait qu'il s'agit d'un conseil d'administration des organisations spécifiques dans le domaine des méthodes de gestion. Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, des actions d'éducation pour la santé et de prévention.



Chapitre II :

La qualité du service public

Chapitre II : La qualité du service public

Introduction

Dans ce chapitre nous allons traiter les différents points de la qualité du service public spécifiquement sur la première section nous allons parler de La démarche qualité : évolution et historique, par la suite sur la deuxième section nous parlerons de la perception de la qualité en milieu hospitalière, alors sur la troisième section nous aborderons d'Indicateur de la qualité du service public hospitalière et sur la quatrième et la dernière section nous traiterons de management de la qualité.

Généralement La qualité est une notion relativement ancienne qui a connu un regain d'intérêt à la faveur de l'émergence de l'activité de normalisation au niveau des entreprises, à partir des années 90. Cantonnée, au départ, au seul secteur industriel, elle touche par extension aujourd'hui les services, notamment les services publics et les administrations. La satisfaction des clients ou encore citoyens/usagers est la finalité recherchée par l'ensemble des démarches qualité. Alors au niveau hospitalier la qualité peut avoir selon le point de vue du patient et du prestataire. Pour le patient, les soins de qualité sont des soins qui répondent à leurs besoins et qui sont offerts de manière courtoise et délicate au moment où ils en ont besoin. Tandis que pour le prestataire, des soins de qualité signifient disposer de compétences, de ressources et de conditions nécessaires pour réussir l'intervention.

Chapitre II : La qualité du service public

Section 1 : La démarche qualité : évolution et historique

Cette section regroupe plusieurs concepts concernant la qualité, de façon à mieux connaître les enjeux relatifs à son implantation. Nous aborderons les sujets suivants; l'historique et évolution des concepts et des principes du domaine de la qualité.

1.1 Evolution

Au demi-siècle, l'avènement des concepts et méthodes de la modernisation relatifs à la qualité a permis le passage du contrôle de la qualité à l'issue du processus de production, au contrôle de la qualité au cours de ce processus et même à la prévention des risques de non-qualité par des dispositions systématiques prises dès la conception d'un produit. Aux Etats-Unis, en 1920, que les premières tentatives de maîtrise de la qualité au cours du processus de production ont été mises en place, parallèlement à la production en série théorisée par Frederick Taylor. A partir des années 1950, ces idées se diffusent en Europe et surtout au Japon où elles seront bien appliquées et développées que les Occidentaux viendront s'y former à partir des années 1970.

Aujourd'hui, la mondialisation des démarches de la qualité semble accompagner la mondialisation de l'économie, comme en témoigne l'audience des normes internationales, notamment les normes « ISO 9000 ». Autrement, la qualité est devenue une préoccupation majeure des sociétés contemporaines et déborde du strict cadre industriel pour investir le secteur tertiaire, mais aussi les activités non marchandes, y compris le secteur administratif. Nous verrons en effet que la démarche qualité peut servir d'autres objectifs que la recherche du profit économique et qu'elle est adaptée aux évolutions et tentatives de réforme qui animent le secteur public, surtout en France.

Chapitre II : La qualité du service public

Tableau 2 : Les principales étapes d'évolution

1906	Monde	Début de la normalisation internationale avec la création de la Commission Electrotechnique Internationale (CEI)
1922	USA	Radford publie The Control of Quality in Manufacturing où la qualité est présentée comme indépendante du management.
1924	USA	Création du Département Qualité Bell Téléphone Laboratories avec Shewhart, Dodge, Roming puis, Juran et Deming qui deviendra le « père » de la qualité totale.
1926	FRANCE	Création de l'Association Française de Normalisation (AFNOR).
1931	MONDE	Création de la Fédération Internationale des Associations Nationales de Normalisation (ISA) qui cessera ses activités en 1942 (en raison de la Seconde Guerre Mondiale).
1934	USA	Shewhart publie « Contrôle Economique des Produits Manufacturés » qui permet une approche scientifique de la qualité
1942	USA	Développement du Diagramme de Pareto pour la classification des défauts selon leur gravité.
1946	USA	l'American Society for Quality Control (ASQC)
	JAPON	Création de la JUSE sous la Direction d'Ishikawa.
1947	USA	Création de l'ISO, Fédération Mondiale d'Organismes Nationaux de Normalisation, ayant pour mission de favoriser le développement de la normalisation et des activités connexes dans le monde, en vue de faciliter les échanges de biens et services entre les nations et de développer la coopération dans les domaines intellectuel, scientifique, technique et économique. L'ISO entre officiellement en fonction le 23 février 1947.
1948	JAPON	Le Ministre de la Défense américain charge Deming d'une étude économique sur le Japon
1951	USA	Lancement du concept Total Quality Control (TQC) par Feigenbaum.
	JAPON	Création du Prix Deming.
	MONDE	Publication de la première norme ISO sous le titre « Température normale de référence des mesures industrielles de longueur »
1959	USA	Publication de la première norme d'assurance de la qualité par l'armée américaine : la norme MIL-Q-9858.
1979	MONDE	Lancement de l'étude des Normes Internationales d'Assurance de la Qualité par l'ISO (une trentaine de pays y participe).
		Création au sein de l'ISO du Technical Comity 176 (TC176). Il a en charge la normalisation dans le domaine de la qualité.
1981	USA	Intervention télévisée de Juran sur CBS «Alors, si le Japon le peut, pourquoi pas nous ? »
1987	MONDE	Naissance de la série des normes ISO 9000.
	USA	Création du Prix National Américain de la Qualité sous l'impulsion de Deming «Malcolm BALDRIGE National Quality Award ».
1988	FRANCE	Création de l'Association Française d'Assurance de la Qualité (AFAQ).
	EUROPE	Création de l'European Foundation for Quality Management (EFQM).
1994	MONDE	Evolution des normes ISO 9000.
1996	MONDE	Publication des premières normes de la famille ISO 14 000 pour la certification de système de management environnemental.
2000	MONDE	Nouvelle version des normes ISO 9000 :2000.
2008	MONDE	Dernière version des normes ISO 9000 : 2008

Chapitre II : La qualité du service public

1.1.1. Historique de la qualité

L'histoire montre que la recherche méthodique de la qualité n'est pas récente. Sans remonter jusqu'au code d'HAMMOURABI, l'histoire est jalonnée de règles édictées par les pouvoirs étatiques ou par les professionnels eux-mêmes. On peut faire référence à l'ELOT, organisme grec de normalisation qui fait remonter la première norme écrite européenne à une stèle reproduisant un texte relatif aux spécifications propres aux chevilles en bronze destinées à la construction de colonnes antiques.

En Europe, dès le moyen-âge, des règles de fonctionnement et de production s'établissent entre les différentes corporations, de façon à garantir la conformité des produits. Au 18^{ème} siècle, Colbert édite des règlements prévoyant des sanctions graduées pour tout professionnel ayant mis en vente des pièces de draps non conformes aux règles. Le pouvoir militaire va saisir l'intérêt de réduire la variabilité des pratiques et des productions. Cela s'illustre, entre autre, par la création d'un atelier national de précision des jauges, mesures et matériels d'inspection qui, en imposant des référentiels aux fabriques de munitions, assurera le développement de l'industrie d'armement.

1.1.2. L'impact déterminant de la qualité dans la révolution industrielle

La recherche de la qualité aura pour finalité le développement de la performance des systèmes de production afin de passer d'un système économique fortement marqué par l'artisanat à un système économique de masse.

Jusqu'à la première guerre mondiale, les entreprises vont considérer que seul le contrôle absolu de toutes les lois mises en jeu dans la production permet de maîtriser cette production.

Dans le cadre de l'organisation scientifique de travail (O.S.T), Taylor a précisé que la qualité du travail dépend d'un contrôle Co-assuré par les ouvriers et les inspecteurs, de façon à ce que le travail exécuté corresponde aux exigences. Le contrôle de conformité des produits aux spécifications préétablies porte sur la totalité de la production.

Progressivement, dans les années 20, aux Etats-Unis, les mathématiciens dont S. SHEWHART dans les laboratoires Bell, vont développer la théorie du raisonnement probabiliste et les techniques d'analyse statistique afin de mettre en place le contrôle de paramètres pré-définis sur la base d'échantillonnages.

Chapitre II : La qualité du service public

Le contrôle du produit fini se déplace sur celui des étapes de production. Cette de la série, des 1924, conduit progressivement à la maîtrise statistique de processus de production permettant d'anticiper les défaillances, en détectant précocement les anomalies.

En France, si ces principes ne sont réellement utilisés qu'avec l'application du plan MARSHAL après la seconde guerre mondiale, rappelons que l'association Française de normalisation est créée en 1926 (A.F.N.O.R.).

Elle répond au double objectif de faire valoir l'idée de normalisation au sein des industries française et de maintenir son rang sur la scène internationale. En 1941, est créée la marque NF afin de caractériser la qualité des productions française notamment dans les secteurs du gaz, du charbon et des ciments. Ces décennies sont marquées par le développement de la qualité vu sous l'angle du contrôle. La gestion de la qualité est quasi inexistante, notamment dans son aspect managérial.

1.1.3. De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 60

Les Etats-Unis et le Japon appliqueront deux stratégies de développement différentes recherche quantitative;

- Aux U.S.A., il s'agit d'étendre au secteur civil les normes issues de la fabrication des matériels militaires.

Désormais, le contrôle doit porter sur les modes d'organisation de l'entreprise, et non sur Directement sur la pièce fabriquée. En 1949, un énorme plan américain la formation permettra à DEMING et JURAN de procédures qualité. En 1951, la joint commission on accreditation of Healthcare Organization (J.C.A.H.O. depuis 1986) est créée à l'initiative de l'association des chirurgiens qui ne peut plus assurer seule l'accréditation.

Philip B. CROSBY conçoit, au sein d'une entreprise spécialisée dans l'aérospatiale, la méthode « Zéro défaut » qui se basent tout à la fois sur l'idée de réussir du premier coup et d'associer systématiquement dans l'amélioration de la qualité l'ensemble des salariés.

- Au Japon, la nécessité de reconstruire l'industrie et l'économie d'après guerre justifie la création de la J.U.S.E. (Japanese Union of Scientist and Engineers), structure destinée à aider les entreprises nippones à se relever. Elle va s'appuyer fortement sur le programme américain.

Chapitre II : La qualité du service public

En 1962, le cercle qualité est créé à la Japan Telephone à Telegraph corporation. L'expérience de ces groupes de réflexion va être entendue à tout le Japon. Cette approche s'est progressivement institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. La démarche qualité s'intègre dans les systèmes de pilotage. La dynamique d'amélioration repose sur la mobilisation des acteurs et s'installe progressivement dans le quotidien des entreprises.

1.1.4. Des années 70 à nos jours

Le développement des démarches qualité consiste à intégrer une dynamique dans la dimension centrale du management des entreprises. Le champ de la qualité se structure tout autant qu'il s'internationalise. La qualité devient un enjeu dans le cadre de la compétitive des entreprises, de la prise en compte des besoins et de la satisfaction des clients. Il s'agit donc de rechercher une valorisation économique de la qualité, au-delà de la maîtrise technique des étapes de production. Cette valorisation s'appuie sur la mobilisation et l'implication des acteurs.

De manière générale, le développement des réflexions sur la qualité va s'enrichir par l'élaboration de référentiels et d'un « marquage » qualité.

A partir de 1979, un tournant décisif est pris au niveau international avec le travail lancé par l'International Organisation for Standards (ISO) pour définir des normes internationales de qualité. Les démarches qualité accompagnent les transformations de l'économie industrielle. Elles gagnent désormais les organisations non marchandes dont la sante, sous le constat de variations inexplicables de pratiques et de résultats et sous la pression des usagers clients.

Dans les années 80, les pouvoirs publics développent le cadre législatif et réglementaire concernant la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de sante :

- La loi 31/01/1984 impose à la commission médicale consultative l'obligation de rédiger un rapport annuel sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans les établissements.
- en 1989, le ministère de la Santé crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.). c'est une association à but non lucratif qui a pour mission d'assurer le développement d'une démarche d'évaluation dans le domaine de la sante, tant au niveau des établissements que de la médecine libérale. Elle a pu établir l'état des connaissances sur les techniques et les stratégies médicales. L'A.N.D.E.M. a été remplacée

Chapitre II : La qualité du service public

l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) à la suite de l'ordonnance du 24/04/1996 et par le décret du 07/04/1997.

- L'ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de hospitalisation publique et privée stipule en son article 2 : « afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé, publics et privés, doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » ;
- La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait référence à la nécessité pour les établissements de délivrer des prestations de qualité. L'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles précise que « les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et à la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées » ;
- Enfin, la loi du 4 mars 2002 N°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme le souhait du législateur de promouvoir une amélioration continue de la qualité des soins.

1.2. Notion de démarche de qualité

Définir la notion de qualité avec les termes qu'elle regroupe n'est pas une chose aisée en soi. A la lumière des discussions avec les professionnels, de nombreuses confusions apparaissent quant aux concepts relatifs à la qualité. Force est de constater que si le terme qualité constitue aujourd'hui une appellation commune, diverses expressions qui lui sont liées regroupent en réalité des significations fort différentes.

Le caractère multidimensionnel de la qualité n'est pas sans poser problème à un directeur d'établissement sanitaire et social qui devra être en mesure d'analyser les différentes grilles de lecture de ses interlocuteurs. En effet, pour l'utilisateur, il peut s'agir par exemple de bénéficier d'une sécurité des soins optimale. Pour la collectivité, il sera aussi question de créer une valeur ajoutée qui permette aux institutionnels et à la population de bénéficier d'une structure pérenne. Pour le personnel d'encadrement, la qualité consistera davantage à mettre en œuvre une politique favorisant la mobilisation des acteurs autour de projets partagés.

Dans ce contexte, il est nécessaire de classifier les principaux termes que recouvre la qualité avant d'être en mesure de piloter la mise en place d'une démarche qualité dans un hôpital local.

Chapitre II : La qualité du service public

Dans ce contexte, il m'est apparu nécessaire de clarifier au préalable les principaux termes que recouvre la qualité avant d'être en mesure de piloter la mise en place d'une démarche qualité dans un hôpital local.

La qualité

- Selon Robert, la qualité est une manière d'être, caractéristique. La qualité s'avère être intrinsèque au produit ou au service considéré.
- Pour l'A.F.N.O.R., la qualité est définie comme l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites (Norme ISO 84 002).
- L'international Organization for standardisation (ISO) définit la qualité comme l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs. Cette définition prospective est présentée comme un résultat à attendre en fonction de besoins qui doivent être identifiés et compris. Elle renvoie à la nécessité pour les parties prenantes de trouver une équilibre entre les attentes du client, les coûts, les délais, la satisfaction du personnel et les choix stratégiques de la structure hospitalière.

La démarche qualité

- La démarche qualité, c'est mettre en place une organisation et des processus visant à produire un service ou un produit de qualité. Cette qualité peut être définie comme l'aptitude à satisfaire les besoins des usagers, besoins exprimés ou implicites. Tout écart entre la qualité voulue et la qualité obtenue représente de la « non-qualité ». Enfin, fournir un service ou un produit de qualité, c'est apporter une réponse ajustée et économique à un besoin donné et non atteindre le niveau de performance maximum.
- Selon l'A.F.N.O.R., la démarche qualité a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés.

Système qualité :

- C'est « l'ensemble de l'organisation des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité ». c'est l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et

Chapitre II : La qualité du service public

mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein d'un organisme.

La politique qualité

- Se définit comme les orientations et intentions générales d'un organisme, relatives à la qualité, telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction.

L'assurance qualité (ISO 8402-1994)

- Selon la définition normalisée de l'ISO, « c'est l'ensemble des actions pré-établies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données, relatives à la qualité ». L'assurance qualité vise donc à garantir un niveau constant de qualité, grâce à la mise en place d'une organisation spécifique. Elle porte sur l'organisation interne des établissements. Il s'agira donc d'être en mesure de détecter, évaluer, corriger les dysfonctionnements potentiels et mettre en place les actions préventives et correctives appropriées. L'assurance qualité est un élément de sécurité et de fiabilité.

L'amélioration de la qualité

- Pour l'A.N.A.E.S (29), elle fait partie du management de la qualité. Alors elle est axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité ». elle englobe la notion d'efficacité (niveau de résultats par rapport aux objectifs initiaux planifiés) et d'efficience (rapport entre le résultat obtenu et les ressources consommées).

On parle d'amélioration continue de la qualité lorsque l'objectif de progrès est permanent.

Il s'agit d'une démarche progressive et régulière, incluant un management participatif(30).

L'organisme recherchera activement les opportunités d'amélioration et les concrétisera.

Cette méthodologie repose sur l'idée que la qualité peut être continuellement améliorée en utilisant des techniques fiables, et s'oppose à l'idée que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes.

Chapitre II : La qualité du service public

Le management de la qualité (ISO 8402)

- cette notion recouvre toutes les actions de conduite des démarches qualité. En tant que concept plus global, elle englobe les précédentes notions. La norme ISO 9000 parle des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme en matière de qualité.

Le protocole, la procédure

- Le protocole : terme largement utilisé par les professionnels de santé pour désigner des entités bien distinctes qui décrivent, selon le vocable ISO, « des modes opératoires ».

Sujet à débat en regard de la procédure, le protocole est, pour les uns, un descriptif de techniques à appliquer ou de consignes à observer. Pour d'autres, il s'agit d'un guide d'application centré sur une cible donnée.

Le protocole délimite ce qui doit être réalisé, comment et par qui.

La procédure

- Selon la norme ISO 8402, c'est la manière spécifiée d'accomplir une activité. Il existe des procédures « générales » portant sur l'organisation interne (approvisionnement en matériel par exemple) et des procédures spécifiques, décrivant précisément une activité. Chaque procédure renvoie à des modes opératoires nécessaires à la réalisation d'une opération dans le cadre du procédé mis en œuvre.

Pour les spécialistes de la qualité, procédure et protocole sont deux applications différentes désignant la même chose.

Audit qualité

- Selon la norme ISO 8402, l'audit se définit comme « un examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions pré-établies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs ».

Les agréments : la certification, l'accréditation

La certification

- procédure par laquelle un tiers donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service satisfait aux exigences spécifiées. C'est une reconnaissance largement

Chapitre II : La qualité du service public

utilisée en dehors du domaine des soins (Norme ISO 9001 ou 9002 en relation avec la norme ISO 9004-2).

L'accréditation

- Selon l'A.F.N.O.R., il s'agit « d'un examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiques ».
- Pour l'A.N.A.E.S., « l'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé ».

1.2.1. Les étapes de la démarche

Il n'existe pas de modèle unique de mise en œuvre d'une démarche qualité. Certains professionnels commencent même à remettre en question les modèles traditionnels. Pourtant, les expériences sont aujourd'hui nombreuses et le respect d'un certain nombre d'étapes permet d'éviter les écueils déjà rencontrés dans de nombreux établissements. Dans le secteur sanitaire et social, « tous les établissements sont différents les uns des autres, mais la démarche qualité reste la même partout ».

- L'engagement de la direction et la définition d'une politique qualité :

L'engagement d'un établissement dans une telle démarche nécessite tout d'abord que la direction énonce les orientations et les objectifs qu'elle souhaite atteindre en matière de qualité. Cette réflexion doit se faire en harmonie avec le projet d'établissement et le projet de vie de la structure dont elle constitue un volet à part entière. Cet engagement prend généralement la forme de la rédaction d'un « projet qualité » et d'une lettre d'engagement de la direction reprenant ces éléments. Ces documents doivent être largement diffusés pour être portés à la connaissance des acteurs. Cet engagement marquera le point de départ de la démarche.

Le rôle de la direction, du médecin coordonnateur et des cadres est essentiel à tous les stades. Leur implication est un facteur déterminant pour la réussite de cette démarche. C'est pourquoi ces intervenants sont généralement réunis dans un groupe de pilotage du projet qualité constitué dès le lancement de la démarche. Ce comité de pilotage est chargé de définir la politique et les orientations de l'établissement en matière de qualité ainsi que de

Chapitre II : La qualité du service public

piloter et de valider l'ensemble des travaux réalisés et des documents rédigés. C'est lui qui assure le suivi de la démarche et garantit sa pérennité à tous les stades. En EHPAD, il peut être intéressant d'associer les usagers en sollicitant le conseil de la vie sociale (CVS) afin qu'il désigne un ou plusieurs représentants des résidents et des familles qui siègeront au sein de cette nouvelle instance.

Par ailleurs, un responsable qualité peut être identifié au sein de la structure. Ce professionnel, impérativement formé à la démarche qualité et à ses concepts, assure le rôle de référent technique dans ce domaine. Il est notamment chargé de la mise en place d'un système de gestion documentaire regroupant et identifiant l'ensemble des projets institutionnels, procédures, protocoles et autres documents définissant les pratiques professionnelles adoptées au sein de l'établissement.

Ce système permet de gérer la base documentaire utilisée au sein d'une structure afin de formaliser et de préserver les savoir-faire, d'uniformiser les pratiques mais aussi de satisfaire à l'exigence de preuve qu'implique une démarche qualité. La rédaction d'une procédure de gestion documentaire permet de définir les règles de création, d'enregistrement, de diffusion et de mise à jour de l'ensemble des documents par des personnes habilitées clairement identifiées. Par la suite et sur cette base, un important travail de formalisation et d'uniformisation des pratiques doit être réalisé.

- L'information et la formation des acteurs :

Il est important que les acteurs soient formés dès l'entrée dans la démarche afin de limiter les phénomènes de résistance aux changements liés à la méconnaissance de cette notion. Cette formation doit permettre aux professionnels de comprendre la finalité de la démarche et les objectifs définis dans le projet qualité et donc de se mobiliser plus facilement autour de celui-ci. L'ensemble des acteurs doit recevoir une information détaillée sur ce thème. Les membres du comité de pilotage reçoivent généralement une formation plus approfondie aux concepts de démarche qualité. Par la suite, ce comité et l'ensemble des responsables de la structure doivent veiller à informer régulièrement les acteurs de l'avancée des travaux. « La qualité de l'information au cours du processus est déterminante et permettra de développer une culture commune et une adhésion à la démarche qualité ».

- L'évaluation interne ou l'auto évaluation :

Il est essentiel que l'ensemble des acteurs soit associé à ce diagnostic initial permettant d'analyser les écarts entre la norme et les pratiques internes. A ce stade, des groupes de travail

Chapitre II : La qualité du service public

pluridisciplinaires doivent être constitués. Ces groupes de réflexion sont composés des personnels issus des différents corps de métiers représentés en EHPAD. Cette évaluation est réalisée sur la base de référentiel détaillant l'ensemble de pratiques professionnelles considérées comme des normes de référence. Les établissements qui les souhaitent peuvent élaborer leur propre référentiel ou utiliser les supports communs disponibles (questionnaire ANGELIQUE, référentiel EVA...). Cette évaluation initiale d'identifier de manière précise les points forts de afin de les consolider et les valoriser, et les points faibles sur lesquels il est nécessaire d'agir.

Il est important pour les dirigeants de prendre conscience que cette étape constitue un temps fort dans la vie des établissements. A titre d'exemple dans le secteur sanitaire, une enquête réalisée par la HAS montre que 62,6% des personnels interrogés ont estimé que la réalisation de l'auto évaluation a contribué à institutionnaliser la qualité au sein de leur établissements.

Cette évaluation aboutit à la conception d'un plan d'Action Qualité, permettant d'identifier les actions concrètes d'amélioration envisagées, les objectifs poursuivis, la méthodologie à utiliser, les ressources et les moyens nécessaires, le référent de chaque projet ainsi qu'un calendrier provisionnel de réalisation.

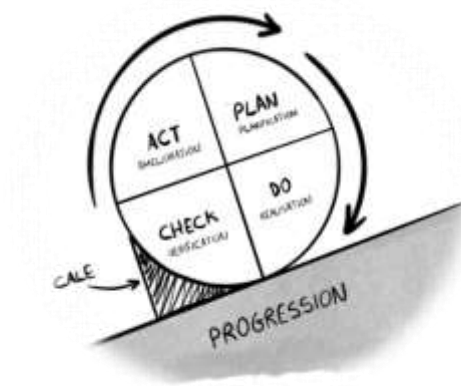
- Mise en œuvre du plan d'action et évaluation :

A ce stade, il faut apprécier le niveau de mise en œuvre des actions définies dans le PAQ avant de procéder aux ajustements nécessaires. Il s'agit donc d'une étape de bilan.

Cette différente étape s'appuie en partie sur le modèle d'améliorations continue connu sous le nom de « roue de DEMING » développée par l'Américain W.E. DEMING en 1950. Ce procédé est fondé sur les quatre temps d'une démarche de progrès (PDCA : Plan – Do – Check – Act) dans lequel l'idéal de qualité constitue un objectif permanent sans cesse réactualisé. Cette démarche est donc perpétuelle et se répète continuellement dans le temps.

Chapitre II : La qualité du service public

Figure 2 : La roue de Deming : un processus d'amélioration continue



- P 1. Planifier, prévoir préparer
- D 2. Développer, mettre en œuvre
- C 3. Contrôlé, évaluer, vérifier
- A 4 Ajuster, améliorer

Chapitre II : La qualité du service public

Section 2 : La perception de la qualité en milieu hospitalière

2.1. La perception de la qualité des soins selon les patients

Les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins :

La communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les conditions hôtelières d'un séjour dans un établissement de soins, etc. Pour les patients, ces critères sont plus faciles à évaluer par rapport à leurs attentes propres. De ce fait, ils sont souvent plus sensibles à cet aspect de la qualité des soins, laissant l'excellence technique au second plan. Cette approche, liée à l'asymétrie d'information qui caractérise la relation médecin-patient, a néanmoins tendance à s'émousser ces dernières années.

La perception différente de la qualité des soins ; ils considèrent cette dernière comme une réponse à leurs attentes et besoins lesquels ne dépendent pas de la seule expertise médicale ou la simple relation entre médecin-malade.

2.2. La perception de la qualité des soins selon les professionnels de santé

C'est l'excellence technique qui prime : les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins sont primordiales pour les médecins. Il s'agit d'appliquer la médecine fondée sur les preuves en prenant en compte les besoins et les souhaits de chaque patient. Le deuxième critère de qualité important pour le corps médical et soignant est la relation avec le patient. Les médecins soulignent l'importance de la qualité de la communication avec leurs patients ainsi que la capacité à maintenir leur confiance.

Cependant, les professionnels ont une représentation personnelle de la qualité des soins car ils considèrent les actions médicales qu'ils mènent, dans les établissements de santé, sont en parfaite convenance avec la formation suivie dans les facultés de médecine complétée par l'expérience du terrain.

Dans ce cas, la qualité des soins doit être perçue, en conséquence, non comme la somme des compétences individuelles des professionnels de santé mais comme la résultante de l'action réciproque de plusieurs compétences complémentaires agissant pour un même objectif.

2.3. La qualité des soins selon le personnel administratif

Les personnels administratifs sont plutôt préoccupés par des considérations budgétaires en cherchant à amoindrir les dépenses de santé. Leur perception de la qualité est

Chapitre II : La qualité du service public

liée à une meilleure ou une utilisation efficiente de ressources c'est-à-dire l'obtention du résultat attendu en ayant mobilisé la quantité optimale des ressources nécessaires.

2.4. Particularismes de mesure de la performance et management hospitalier :

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

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

2.4.1. Spécificités de mesures de la performance dans un hôpital

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

2.4.1.1. Le critère d'efficacité

Le point de départ pour évaluer la performance d'une organisation est tout d'abord de mesurer son efficacité. Il existe plusieurs définitions de celle-ci, nous retenons les plus pertinentes, Campbell (1977) définit l'efficacité comme le degré d'atteinte des objectifs opératoires de l'organisation, considération faite des conditions et des contingences environnementales. Pour Seashore (1983) c'est l'atteinte des objectifs organisationnels, lesquels sont structurés hiérarchiquement, l'atteinte de certains permettra de progresser vers d'autres objectifs plus généraux. Tout simplement nous pouvons dire, que l'efficacité est la mesure dans laquelle une organisation est capable d'atteindre ses buts.

A. Les attributs de l'efficacité

Parmi les attributs de l'efficacité nous avancerons les caractères multidimensionnels, hiérarchiques et antinomiques.

✓ Un concept multidimensionnel

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

Chapitre II : La qualité du service public

✓ Un concept hiérarchique

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

✓ Un concept antinomique

L'efficacité organisationnelle apparaît comme un construit de multiples critères antinomiques (contradictaires) comme le fait remarquer Quinn (1988). D'après ce chercheur, une organisation est performante en fonction des critères suivants :

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

2.4.1.2. Le critère d'efficacité

Le deuxième concept pour juger la performance organisationnelle est l'efficacité. Chaque entreprise dispose d'un lot de ressources qu'elle va allouer pour la réalisation de ses objectifs (efficacité), l'efficacité est la mesure dans laquelle ces ressources (fonds, savoir-faire, temps, etc.) sont employées pour atteindre les résultats visés de manière optimale. Lorsqu'on évalue l'efficacité, il est généralement plus difficile d'évaluer les résultats que les moyens, en particulier dans les organismes de services où les résultats ont tendance à être plus qualitatifs que quantitatifs.

2.4.1.3. Le critère de pertinence

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

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

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

Chapitre II : La qualité du service public

Dans n'importe quelle société, les organisations mettent un certain temps à évoluer et à se développer. Cependant, elles doivent se renouveler afin de demeurer utiles à leurs principaux intervenants. Si des crises internes et externes sont inévitables, les organisations qui survivent sont celles qui parviennent à s'adapter aux conditions changeantes. D'un point de vue systémique, pour qu'une organisation survive, il faut qu'elle obtienne le soutien de son milieu.

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

2.4.1.4. Le critère de viabilité financière

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

Généralement, une organisation est financièrement viable si elle produit une valeur suffisante pour que sa survie importe aux intervenants. L'évaluation de la position financière d'une organisation est un aspect de plus en plus important de l'évaluation de sa performance globale. Pour simplifier, si elle veut survivre, l'organisation doit produire au moins la quantité de ressources qu'elle consomme.

Chapitre II : La qualité du service public

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

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

2.4.2. La spécificité de mesure

L'absence de vision partagée sur la notion de performance, l'imprécision qui entoure le concept laisse le champ libre à des difficultés d'appréhension et de mesure. Dans un hôpital privé, parler d'efficacité, d'efficience, de pertinence et de viabilité financière n'est pas chose aisée, vu le particularisme du contexte hospitalier.

2.4.2.1. Par rapport à l'efficacité

Nous commençons par efficacité, que nous avons vu précédemment, qui est le degré d'atteinte des objectifs tracés par l'organisation, on ne peut pas facilement transposer et exploiter cette définition dans la réalité. L'hôpital privé comme dans notre cas, a plusieurs objectifs à atteindre, qui sont tous aussi importants les uns que les autres, et qui sont contradictoires : avantager le plus possible le client afin de se créer une image positive auprès des malades mais tout aussi faire en sorte de maximiser le profit. Il s'agit aussi d'atteindre le chiffre d'affaire voulu et que l'organisation s'efforce d'atteindre, la plaçant dans une situation critique.

2.4.2.2. Par rapport à l'efficience

On va poursuivre avec l'efficience qui est la façon dont les objectifs sont atteints avec le moins de ressources possibles. A ce niveau il est nécessaire de se poser la question suivante : quelle est la ressource principale utilisée dans un hôpital afin de produire des services ? nous connaissons tous la réponse : le capital humain (médecins, personnel paramédical, personnel administratif, personnel technique) ! « L'hôpital à l'instar de la fonction publique a promu les

Chapitre II : La qualité du service public

hommes et les femmes au niveau des ressources au même titre que les ressources financières ou matérielles. Cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus, qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement. », mais ne serait-ce pas abuser d'essayer de « traire » les ressources humaines. N'oublions-nous pas cet aspect « humain » qui fait toute la différence, et qui a été la limite du Taylorisme, où l'homme était réduit à une ressource à optimiser, dans la perception Taylorienne du salarié, la place de chacun se réduit à l'accomplissement de ses tâches. Les salariés sont interchangeables et tout autant irresponsables qu'il faudra optimiser au maximum.

Trois facteurs justifient ce comportement envers cette ressource :

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

Afin de gérer cette ressource humaine, « Il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en termes de performance. La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital [...] De tous les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en termes d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate mais également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management. » .

2.4.2.3. Par rapport à la pertinence

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

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

Chapitre II : La qualité du service public

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

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

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

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

2.4.2.4. Par rapport à la viabilité financière

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

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

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

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

Chapitre II : La qualité du service public

2.4.3. Contexte international actuel

Les hôpitaux des pays développés sont plus avancés, du fait de leur vision managériale, qui considère l'hôpital comme une organisation de production de soins, ils adoptent une démarche managériale en élaborant une stratégie et utilisant des outils de management notamment dans leur gestion. Ces hôpitaux prennent en compte les évolutions de l'environnement afin de s'adapter aux changements. De ce fait, le management hospitalier de ces pays développés a pris de l'avance par rapport à celui des pays du tiers monde, qui considèrent l'hôpital comme une administration qui offre des services de soins à la population, caractérisé par un mode de fonctionnement bureaucratique et rigide.

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

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

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

2.4.3.1. La mise à niveau des compétences

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

La littérature identifie plusieurs modes d'action pour évaluer les compétences : la prise en compte de cette dimension dans le management des professionnels permet d'identifier les situations et de les gérer en développant une culture favorable d'évaluation des compétences au sein de l'institution avec dans certains pays étrangers des mécanismes de « Credentialing » et de « privileging ». Ces derniers mécanismes peuvent être expliqués comme suit :

Chapitre II : La qualité du service public

- Le credentialing : évaluation régulière des certificats, de l'expérience et des compétences des cliniciens. C'est un processus interne à l'établissement réalisé par des pairs (ACHS 2006) ;

- Le privileging : autorisation accordée par l'autorité compétente à un praticien pour délivrer des soins spécifiques, des traitements ou des services bien définis dans l'organisation en se fondant sur les critères suivants : formation, qualification, expérience, compétence, état de santé (Joint Commission 2010)³⁵ .

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

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

Chapitre II : La qualité du service public

Section 3 : Indicateur de la qualité du service public hospitalière

3.1. Notions des indicateurs de la qualité hospitaliers

La qualité d'un produit ou d'un service est "l'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites". Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue), des conditions d'ambiance et de confort des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaire simples, notices claires).

La culture hospitalière en termes de politique qualité est encore fragile ; aussi nécessite-t-elle un langage clair, des objectifs bien définis, des méthodes acceptées de tous. Par ailleurs, le retour d'informations est indispensable pour obtenir l'adhésion des hospitaliers et permettre aux établissements de corriger d'éventuels dysfonctionnements.

S'appuyant sur la définition du Grand Robert et sur la norme ISO 8402 « l'indicateur est une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis », la Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'indicateur comme « une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil de décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Il n'a que par les choix qu'il aide à faire ». Un indicateur de performance est une information aidant un acteur individuel ou généralement collectif à construire le cours d'une action vers l'attente d'un objectif ou lui permettant d'en évaluer le résultat.

3.2. La Mesure de la performance à l'hôpital

La législation hospitalière, depuis la Loi hospitalière n° 91 du juillet 1991 et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, oblige les établissements de santé de mettre en œuvre des systèmes d'information et de procéder à l'analyse de leur activité. Des outils du type PMSI ou SIIPS, basés sur des données chiffrées, ont été créés pour objectiver la production de soins.

A. Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI)

Cette modèle est importé des Etats Unis, le PMSI a longtemps été le seul outil permettant de disposer d'informations quantifiées et standardisées mesurant l'activité de soins dans les établissements de santé. Créé en 1982, il avait, au départ en France, un objectif de santé publique et épidémiologique. Pendant une dizaine d'années, le PMSI va s'étendre progressivement avec des expérimentations, tant dans le secteur public que dans le privé. Ces

Chapitre II : La qualité du service public

expérimentations avaient pour but l'étude de la faisabilité d'une tarification sur la base du PMSI. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril va confirmer ce rôle.

Pour assurer cette fonction de recueil d'information médical dans le cadre du PMSI, la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 6 janvier 1989 crée les Départements d'Information Médicale (DIM).

L'activité du Département d'Information Médicale se décline selon plusieurs axes :

- Il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin dans le cadre du PMSI participant ainsi à la valorisation de l'activité de soin, base de la tarification à l'activité de l'hôpital,
- Il participe ensuite au suivi épidémiologique des patients. Les données médicales recueillies sont protégées par le secret professionnel et le DIM participe à la qualité et à l'intégralité du dossier du patient,

Le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée est continue dans le Résumé de sortie Standardisé (RSS). Ceux-ci sont anonymisés et deviennent alors des Résumés de sortie Anonymes (RSA) avant d'être transmis à l'Agence Régionale de Sante.

Depuis 2005, le PMSI entre dans la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) permet un nouveau système de rémunération des hôpitaux, basé sur leur activité. Les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en groupes de séjours présentant une similitude médicale et un cout voisin, les Groupes Homogènes de Malades (GHM) se déclinant pour la valorisation en Groupe Homogènes de Séjour (GRH). Le PMSI est en effet devenu un outil pilotage contribuant à mesurer la performance des établissements de santé et non plus seulement un outil descriptif de l'activité médicale.

Le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, quant à lui, a créé l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Initialement circonscrit aux techniques concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du PMSI ainsi que des travaux relatif aux nomenclatures de santé, son périmètre d'activité s'est élargi avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004. C'est à c'est titre qu'elle mené l'étude sur la charge en soins en 2009.

Chapitre II : La qualité du service public

B. Les indicateurs de charge en soins

« L'objectif est d'évaluer la charge en soins infirmiers pour un patient, tant dans une structure de soins que dans leur intensité et d'en tirer les conséquences, non seulement pour un groupe homogène de malade (GHM) dans le cadre du PMSI mais aussi pour une unité de soins, un service, un établissement hospitalier ».

Dans le contexte de budget contraint, les indicateurs de charge en soins prennent toute leur place. En complément des indicateurs PMSI, ils sont nécessaires pour connaître l'activité en soins sur le plan quantitatif et qualitatif et permettent de s'appuyer sur un outil d'aide à la décision dans l'organisation de travail, l'amélioration des conditions de travail, la définition des effectifs. Il existe trois méthodes : le Projet de Recherche en Nursing (PRN), le Pendiscan et les Soins Infirmiers à la Personne Soignée (SIIPS). Sur les quels nous nous arrêterons plus particulièrement.

La réflexion débute en 1980 à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris. Dans un hôpital pilote dans l'expérimentation PMSI, le service de soins infirmiers se devait de suivre les charges en soins pour prendre des décisions adaptées à l'organisation de travail et à la répartition des moyens. Elle aboutit à la construction d'un guide méthodologique et par la présentation de la méthode au ministre en 1992. Cette méthode permet :

- De faire connaître l'activité en soins par une visualisation de leur évolution et leur corrélation avec les données administratives et médicales,
- D'évaluer les besoins en soins pour adapter l'allocation des ressources,
- De participer au système d'information médicaux-économique pour déterminer le coût de soins infirmiers.

Aujourd'hui, la méthode SIIPS couvre l'ensemble du champ des soins en court séjour, en soins de suite ou réadaptation (SSR), dans les unités de soins de longue durée (USLD), en hospitalisation à domicile, dans les soins ambulatoires et psychiatrie.

C'est un outil de mesure de la charge en soins qui décline les trois fonctions des soins : les soins de base, les soins techniques et les soins relationnels et éducatifs. Un coefficient affecté à chaque groupe selon l'intensité de soins (1, 4, 10, ou 20) est multiplié par la durée de séjour, la somme des valeurs de chaque groupe fournit une valeur globale de la charge en soins infirmiers. Le recueil des données est réalisé le jour de la sortie ou de façon hebdomadaire pour les séjours de longue durée.

Chapitre II : La qualité du service public

Afin de sécuriser le recueil, la méthode de SIIPS préconise de réaliser des contrôles qualité.

« Un contrôle qualité consiste à attribuer une cotation a posteriori sans connaissance de la cotation initiale : c'est une cotation en aveugle ». Les objectifs sont de :

- Identifier d'éventuels écarts et apporter des mesures correctives qui s'imposent,
- Aider les équipes à mieux situer leur cotation,
- Conforter l'utilisation des résultats comme indicateurs pertinents au sein des institutions,
- Garantir la fiabilité des données transmises et utilisées en externe,
- Maintenir une dynamique d'amélioration de la fiabilité de la cotation.

L'enjeu de réaliser des contrôles rigoureux prend tout son sens lorsque que l'outil d'évaluation de la charge en soins SIIPS est utilise comme un outil de pilotage par l'établissement.

Pour préciser la charge de travail, il est indispensable de quantifier aussi les activités Afférentes aux soins (AAS). L'étude des AAS est ponctuelle, pour aider à leur relevé, ma Direction des Hôpitaux a édité un guide en 1995. Ces activités sont directement liées au système d'organisations des unîtes. Leur analyse permet de mettre en évidence les points forts et les opportunités d'amélioration. Elles se repartissent en cinq domaines : Les activités hôtelières, logistiques, administratives, les communications, et l'encadrement ; la formation et le recherche. Connaissant les SIIPS et les AAS, il est possible de calculer les postes nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des unités mais aussi de requalifier les postes existant en fonction de la charge de travail et des taches à réaliser.

3.3. Les ratios personnels

La question des effectifs s'inscrit dans un processus dynamique nécessitant des ajustements en fonction de l'évolution des situations et des contextes. La détermination d'un effectif tient compte d'un certain nombre de paramètres dont la combinaison permet l'appréciation du nombre de postes journaliers. Une fois le nombre et la qualification des professionnels établis, il est possible de calculer les effectifs en Equivalent Temps Plein (ETP) nécessaires pour occuper les postes de travail identifiés.

Le dimensionnement des équipes possède donc deux composantes :

Chapitre II : La qualité du service public

- La détermination du nombre de personnes nécessaire pour assurer l'ensemble des tâches à chaque moment de la journée,
- La définition des effectifs nécessaires pour couvrir ces besoins en tenant compte des horaires de travail et de la réglementation.

A l'exception de certaines unités telles que les réanimations, les soins intensifs, les unités de néonatalogie, l'obstétrique, la chirurgie cardiaque, pour lesquelles un décret définit le nombre de soignants par malade. Il n'y a aucune règle prédéfinie. Alors, comme nous l'avons évoqué, des paramètres tels que la charge en soins (et la charge de travaux), l'activité médicale mais aussi les accords locaux autour de la Réduction du Temps de Travail (RTT), l'organisation générale de l'hôpital, le résultat comptable de l'Etat Prévisionnel de Recettes et des Dépenses (EPRD) ou l'architecture du service sont à prendre en compte.

De plus, en raison des modes de financement actuels, (T2A), les postes de travail sont à rapprocher de l'activité et de effectifs peuvent être revus à la hausse ou à la baisse en cours d'année en fonction des variations d'activités.

La définition des besoins en personnel et le dimensionnement des équipes soignantes fait donc l'objet de réflexions importantes à l'hôpital, ce travail en est l'illustration. La recherche du meilleur ratio effectifs/lits devient parfois une véritable Quête du Graal pour les directeurs de soins et autres responsables de services soignants, quête que nous allons essayer de faire avancer par une enquête de terrain.

Chapitre II : La qualité du service public

Section 4 : Management de la qualité

Selon R.-A. Thiétart, « LE MANAGEMENT, ACTION OU ART OU MANIERE DE CONDUIRE UNE ORGANISATION, DE LA DIRIGER, DE PLANIFIER SON DEVELOPPEMENT, DE LA CONTROLER, S'APPLIQUE A TOUS LES DOMAINES D'ACTIVITE DE L'ENTREPRISE ».

Selon l'ISO 9000 : 2000, Le management de la qualité est défini comme étant l'ensemble des « ACTIVITES COORDONNEES PERMETTANT D'ORIENTER ET DE CONTROLER UN ORGANISME EN MATIERE DE QUALITE ». Cette orientation et ce contrôle de l'organisme en matière de qualité passent, généralement, par l'établissement d'une politique qualité et d'objectives qualités

, la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité ; constituant du même coup, les missions et les composantes du management de la qualité.

4.1. Les principales composantes du management de la qualité

A. La planification de la qualité

La planification de la qualité comprend les activités qui permettent d'établir les objectives qualités et de spécifier les processus opérationnels et les ressources afférentes, nécessaires pour atteindre les objectives qualités.

La planification qualité :

En somme, la planification de la qualité se traduit par des plans d'actions, qui définissent ce qui doit être fait, qui en est responsable et quelle est la date d'échéance ?

B. La maîtrise de la qualité

La maîtrise de la qualité est l'ensemble des techniques et activités à caractère opérationnel utilisées pour satisfaire aux exigences pour la qualité. Maîtriser la qualité, ce n'est autre chose que de définir et mettre en œuvre les dispositions nécessaires pour créer un produit ayant les caractéristiques voulues ; c'est maîtriser les activités qui concourent à la création du produit et leurs résultats ; c'est maîtriser le processus de création.

L'entreprise doit veiller à mémoriser, en permanence, son « vécu » de manière à enraciner le savoir faire et développer le professionnalisme. Elle devra donc adopter une approche processus (entrée, sortie, interactions) pour maîtriser la qualité (processus technique

Chapitre II : La qualité du service public

ou administratif). Cela permet de bien identifier pour chaque opérateur et chaque service son produit, ses clients et ses fournisseurs.

La maîtrise de la qualité est d'ordre technique et méthodologique. Ce n'est pas une activité séparée qui se superposerait à l'activité créatrice de l'entreprise, mais une manière efficace d'exercer l'activité créatrice. Elle permet d'éviter toute déviation indésirable de la qualité planifiée du produit ou service fourni. W. Edwards Deming, connu pour avoir introduit la maîtrise statistique de la qualité au sein de l'appareil militaire des Etats-Unis et des industries japonaises, et auteur de nombreux livres sur la maîtrise de la qualité, divise la maîtrise de la qualité en quatre activités à travers le cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act) encore appelé « roue de Deming ». La maîtrise de la qualité est l'ensemble des techniques et activités à caractère opérationnel utilisées pour satisfaire aux exigences pour la qualité. Maîtriser la qualité, ce n'est autre chose que de définir et mettre en œuvre les dispositions nécessaires pour créer un produit ayant les caractéristiques voulues ; c'est maîtriser les activités qui concourent à la création du produit et leurs résultats ; c'est maîtriser le processus de création.

L'entreprise doit veiller à mémoriser, en permanence, son « vécu » de manière à enraciner le savoir faire et développer le professionnalisme. Elle devra donc adopter une approche processus (entrée, sortie, interactions) pour maîtriser la qualité (processus technique ou administratif). Cela permet de bien identifier pour chaque opérateur et chaque service son produit, ses clients et ses fournisseurs.

La maîtrise de la qualité est d'ordre technique et méthodologique. Ce n'est pas une activité séparée qui se superposerait à l'activité créatrice de l'entreprise, mais une manière efficace d'exercer l'activité créatrice. Elle permet d'éviter toute déviation indésirable de la qualité planifiée du produit ou service fourni. W. Edwards Deming, connu pour avoir introduit la maîtrise statistique de la qualité au sein de l'appareil militaire des Etats-Unis et des industries japonaises, et auteur de nombreux livres sur la maîtrise de la qualité, divise la maîtrise de la qualité en quatre activités à travers le cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act) encore appelé « roue de Deming ».

C. L'assurance de la qualité

L'assurance de la qualité est l'ensemble des « **ACTIVITES PREETABLIES ET SYSTEMATIQUES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU SYSTEME QUALITE ET DEMONTREES EN TANT QUE BESOIN, POUR DONNER LA CONFIANCE**

Chapitre II : La qualité du service public

APPROPRIÉE EN CE QU'UNE ENTITE (SERVICE, PRODUIT, PROCESSUS, ACTIVITES OU ORGANISATION) SATISFERA AUX EXIGENCES EN MATIERE DE QUALITE ».

En termes d'objectifs, l'utilisateur veut avoir l'assurance de la qualité, c'est-à-dire la confiance appropriée en ce que la qualité voulue sera obtenue ; l'entreprise doit acquérir elle-même cette confiance et en procurer les fondements à l'utilisateur.

En termes opérationnels, assurer la qualité, c'est définir et mettre en œuvre les dispositions propres à fonder cette confiance aux yeux de l'entreprise elle-même (assurance interne de la qualité), mais aussi aux yeux des clients et utilisateurs (assurance externe de la qualité).

L'assurance de la qualité vient en complément à la maîtrise de la qualité pour donner confiance au client, lui garantir que la qualité qu'il est en droit d'attendre, sera effectivement celle qui lui sera fournie. Elle a aussi comme fonction interne, de rassurer la direction et les actionnaires sur la démarche qualité mise en place.

Une définition bien simple de l'assurance qualité permet de savoir ce qu'elle demande, c'est-à-dire d'écrire ce que l'on fait (décrire les pratiques de l'entreprise), de faire ce que l'on écrit (mettre en œuvre ces pratiques) et d'écrire ce que l'on a fait (prouver cette mise en œuvre par des enregistrements).

L'instrument essentiel de l'assurance de la qualité est l'audit qualité. Celui-ci, fait par une personne indépendante au service, est une comparaison entre ce que l'on doit faire (ce qui est écrit) et ce que l'on fait réellement. En cas de différence notoire, soit on doit revoir la façon de procéder si la qualité n'est pas présente, soit modifier ce qui est écrit pour transcrire les modifications apparues dans le nouveau processus. L'audit interne est organisé par l'entreprise, l'audit externe par le client ou par un organisme certificateur, c'est-à-dire un organisme habilité à délivrer des certifications de conformité à un référentiel précis telles que les Normes ISO 9000.

D. L'amélioration de la qualité

L'ISO 9000 : 2000 définit l'amélioration de la qualité comme « **LA PARTIE DU MANAGEMENT DE LA QUALITE AXEE SUR L'ACCROISSEMENT DE LA CAPACITE A SATISFAIRE AUX EXIGENCES POUR LA QUALITE** ».

Chapitre II : La qualité du service public

Une amélioration de la qualité sous entend une maîtrise préalable de la qualité. Pour aboutir à cette amélioration, il faut auparavant mesurer la satisfaction des clients. L'objectif est de connaître la satisfaction du client afin de mieux le servir. A chaque interface entre le client et les services de l'entreprise, il existe une perte d'information due à des non-dits ou des incompréhensions.

De façon plus large, on parle du concept d'Amélioration continue de la qualité (ACQ) qui est, pour une entreprise, l'engagement d'améliorer constamment ses opérations, ses processus et ses activités en vue de satisfaire les besoins de ses clients, d'une manière efficace, régulière et rentable.

Conclusion

En somme, la qualité étant une affaire de tous, il est indispensable d'entreprendre une démarche qualité dans les structures de santé pour garantir à chaque patient le meilleur résultat en termes de santé. Et la politique qualité permet de traduire les attentes et besoins des clients et la stratégie correspondante de l'organisation tout en prenant compte la culture de l'organisation, ses marchés et son secteur.

Et c'est en tenant compte de la nécessité pour l'homme de résoudre les problèmes de plus en plus complexes, l'ouverture des marchés aux produits et aux services, la croissance menaçante des moyens de communication et d'échange a contraint l'homme à intégrer une démarche qualité au développement des produits ou des services qu'il conçoit.

La qualité, intégrée à la stratégie, permet de garder un avantage sur les concurrents, proposer un bon produit qui répond aux attentes des clients et, par conséquent, satisfaire toutes les parties prenantes car les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins tandis que les prestataires sont dans l'optique de l'excellence et des techniques qui priment donc les compétences des professionnels et entre autres nous avons l'importance de la qualité de la communication avec leurs patients ainsi que la capacité à maintenir leur confiance.

Chapitre III :
L'évaluation de la qualité
des soins

Introduction

Dans l'objectif de faire face aux effets de la réalité du milieu hospitalier de plus en plus submerger d'innovations, l'entreprise publique hospitalier se doit d'être réactive tout en faisant preuve de satisfaction des acteurs hospitaliers, De ce fait, elle se doit de placer la qualité de soins au centre de ses préoccupation vue la réforme imposée dans les milieux hospitaliers, qui s'agit de la loi 18/11 établit le 02 juillet 2018 sur la qualité des soins et de la multitude des services curatifs : en doublant l'effectif du corps médical et en offrant plus perspectives de formations paramédicales ; et par ailleurs faut-il ajouter le découpage sanitaire opérer par le décret exécutif n°07-140 du mai 2017 portant création organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Ainsi, l'évaluation des soins est devenue une pratique indispensable pour toute entreprise hospitalière soucieuse d'améliorer sa performance. A la suite de ce que nous avons pu aborder dans les chapitres précédents. Dans les lignes qui suivent, nous tenterons de mettre en exergue l'évaluation de soins.

Section 1 : Présentation générale et organigramme

Dans les lignes qui suivent nous procéderons par une présentation générale et de l'organigramme par la suite.

1.1. Présentation de l'établissement public hospitalier de la Polyclinique de la nouvelle ville

La polyclinique de la nouvelle ville opérationnelle est située à la proximité de l'Ecole primaire Doukar Said Hamdine au centre-ville de la wilaya de Tizi-Ouzou. Elle est composée d'une structure sanitaire qui est développée en différents soins : protection maternelle et infantile, urgences médico-chirurgicales, plateaux techniques (radiologie et laboratoire), consultations médicales générale et spéciaux.

L'établissement est doté aussi d'un service de stomatologie fort de 2 fauteuils dentaires. Elle est composée également d'une unité SEMEP (actions de prévention). D'autre part, et en plus de médecins spécialistes, notamment la médecine interne, l'ophtalmologie, la cardiologie et l'O.R.L. par ailleurs l'objectif de mise en place de cet établissement est pour permettre d'alléger, un tant soit peu, la pression exercée sur le Centre hospitalo-universitaire Nédir Mohamed en matière de prise en charge des malades. Cet établissement de santé dispose d'une capacité d'hospitalisation de 18 lits et d'un effectif de 87 employés toutes catégories confondues.

Tableau 3 : Personnels de la polyclinique de nouvelle ville

Personnels	Effectifs
Médecine généraliste	11
Médecine spécialiste	11
Chirurgie dentiste	6
Paramédicaux	24
Biologiste	8
Techniciens manipulateur radiologies	5
Maintenance	1
Gardiens et agents de service	8
Chouffer	5
Agentes entretiens de surfaces	5
Secrétaires	3
Total	87

Tableau 4 : Capacités litière de la polyclinique de la nouvelle ville

Services	Lits organisés
Médecine généraliste Hommes	2
Médecine généraliste Femmes	2
Médecine spécialiste Hommes	2
Médecine spécialiste Femmes	2
Chirurgies dentistes Homme	1
Chirurgies dentistes Femmes	1
Paramédicaux Hommes	2
Paramédicaux Femmes	4
Techniciens manipulateur Radiologie Hommes	1
Techniciens manipulateur Radiologies Femmes	1
Total	18

1.2. Constitution de l'offre de soins de la polyclinique de la nouvelle ville

L'offre de soins de la polyclinique de la nouvelle ville se concrétise par l'existence de cinq services d'hospitalisation et d'urgence avec deux plateaux techniques (radiologie et laboratoire) et service de soutien.

1.2.1. Pavillon des urgences (R.D.C)

Le service des urgences est situé au niveau de rez-de-chaussée et compte huit lits d'hospitalisation du jour.

Le pavillon des urgences est doté de sept salles dont une salle de consultation post opérés, une salle de vaccination anti rabique, salle de vaccination covid, salle de radiologie, salle de soin d'urgences, salle covid, et une salle de consultation de gynéco grossesse à haut risque (G.R.H.). Le pavillon des urgences est ouvert 24h/24h, 7jours/7jours.

1.2.2. Service réception

La réception est située au premier étage et est opérationnelle de 8h à 16h30', et ce service contient la consultation orthophonie, la consultation diabète, deux salle de consultation pneumo-phtisiologie, cuisine, et pharmacie.

PM contient :

Consultations pédiatre

- Salle de vaccination (PEV) Plan Elargi de Vaccination
- Consultation prénatale
- Consultation post natal
- Bureau du médecin chef
- Bureau du surveillant médical.

1.2.3. Consultation médecine générale

Elle est située au deuxième étage, et au sein de laquelle existe la consultation médecine 1, la consultation médecine 2, la consultation médecine 3, et la consultation 4.

Au sein desquels il y'a :

- Consultation Médecine. Interne dont on trouve 3 salles
- Consultation Diabète dont on trouve 2 salles
- Consultation Endocrinologie
- Consultation Vasculaire
- Consultation Dermatologie dont on a 2 salles

1.2.4. Service du troisième étage

- Consultation Médecine Du travail
- Laboratoire d'analyses hématologies plus biochimie
- Laboratoire CDV (- HIV, SYPHILI, HEP.)
- Consultation Psychologie
- Science stomatologie (chirurgie dentaire) :

Il y'a la C1, la C2, et la C3, avec trois fauteuil dentaire dont 1 spécialisé (OPF).

- 02 Consultation neurologie.

1.2.5. Laboratoire d'hygiène

Située au quatrième étage avec :

- Laboratoire d'hygiène
- Contrôles des produits alimentaires.
- Service d'épidémiologie et de la médecine préventive :

Section 2 : Enquête de satisfaction des acteurs hospitaliers et méthodologie de la recherche

La méthode utiliser pour notre travail, est tout d'abord permettre l'accès à la problématique de notre étude, en suite nous démontrons les raison qui nous ont amener à préférer l'expérimentation sur le terrain. Enfin, nous allons présenter notre questionnaires son élaboration, son conception et les objectifs des enquêtes des satisfactions rédiger et surtout la méthodologie employée.

2.1. La problématique de rechercher empirique

Vis-à-vis de l'évolution de plus en plus vive, des personnels de santé se soucient de plus en plus de la réputation de leurs services, leur intérêt se porte sur améliorations des soins au sein du l'établissement de santé et la satisfaction de tout agents hospitaliers.

L'objectifs est de vérifier l'intérêt de ses deux variables et de teste l'impact que pourrait avoir la qualité des soins et la perception de celle-ci par les agents hospitaliers tel que (les patients, les professionnel de la santé et le personnel administratif)

2.2. Les choix du lieu de collecter

Le choix du terrain d'étude n'est pas facile, nous avons mis au début beaucoup de temps, pour trouver un service où nous pouvons faire notre étude et faire l'évaluation. Nous avons sélectionné un établissement de santé qui est un hospitalier de la polyclinique, du fait que notre étude porte sur l'évaluation des soins dans un établissement public de santé.

2.3. Outils de collecte de donnée

Le choix des outils de la collecte des données dépend de la nature de l'étude. Une étude qualitative utilise des outils ouverts. Tandis qu'une étude quantitative utilise plutôt des outils directifs, les outils de collecte des données selon la nature et le mode de l'analyse de l'étude.

2.4. Présentation des enquêtes de satisfaction

D'après les informations et données collectées nous pourrons présenter ces satisfactions :

2.4.1. Présentation de l'enquête de la satisfaction des patients

La satisfaction des patients constitue un aspect très important et sensible dans le domaine de l'évaluation des soins, dont le critère ultime est de savoir dans quelle mesure les soins rencontrent les besoins (subjectifs et objectifs) du patient. Il revient plus que jamais au patient de déterminer si les soins dispensés ont contribué à améliorer sa santé ou sa qualité de vie. Non seulement le résultat en terme de gain de santé ou de besoins rencontrés est important, mais également la manière dont les soins sont dispensés, tel que l'accès à des soins, comment les services sont organisés, l'attitude du personnel soignant, l'information du patient et la façon dont se déroule la communication entre le personnel soignant et le patient.

Pour une organisation de soins efficace, il importe de tenir compte de cette composante. En outre, c'est en grande partie le patient qui détermine le résultat des soins. Celui-ci dépend en effet largement de facteurs propres aux patients, de leur comportement et de leur confiance.

La collecte de d'information concernant la satisfaction des patients se justifie par trois raisons indispensables :

- Elle fournit une description des soins du point de vue du patient,
- La satisfaction des patients équivaut à mesurer le processus de prestation des soins, ce qui permet d'identifier les problèmes et de proposer des solutions,
- La fonction la plus importante en ce qui concerne l'étude de la satisfaction des patients est l'évaluation des soins.

2.4.2 Présentation de l'enquête de satisfaction des professionnels de santé

Dans le milieu de la santé, la relation est probable entre la satisfaction des soignants et l'évaluation des soins.

L'enquête de la satisfaction des professionnels de santé à un objectif principal qui est d'essayer de comprendre et connaître les différentes carrières, reconnaissances et encadrement, en plus le salaire et le service, surtout la perception sur l'évaluation de soins. Comment est perçue l'évaluation globalement et l'évaluation des soins en particulier par les professionnels de santé.

L'étude de l'enquête a touché les personnels médicaux, paramédicaux, (comme tous ce qui sont concernés par les grades et fonctions), administratifs et techniques.

2.4.3 Présentation de l'enquête de la satisfaction de personnel administratif

Il est intéressant de reconnaître qu'une enquête d'évaluation des soins au sein d'un service motive et mobilise une équipe, mouvement ayant, en lui-même, un effet, favorable sur l'évaluation des soins. De plus, l'information et l'implication des patients constituent des composantes importantes, puisque ces derniers représentent la source même des données et la clé de l'évaluation quantitative. Enfin, ces notions constituent un impact fortement positif sur la satisfaction elle-même, la motivation au suivi et au traitement, ainsi que sur l'état de sante, vraisemblablement. Or, il est difficile de mettre en évidence l'impact précis qu'a pu avoir cette enquête sur la consultation. En effet, elle a permis de rendre les soignants attentifs à la notion de l'évaluation de prestations et de leur offrir la possibilité d'avoir un regard critique sur le fonctionnement du service.

L'étude a mis en évidence un réel manque concernant la définition de la culture du service. Elle a montré que le rôle infirmier était mal identifié et défini pour les patients et que la consultation psychosociale restait méconnue pour la plupart. Il est donc vraisemblable que les résultats aient encouragé une réflexion des soignants concernant le fonctionnement du service. Concernant les ruptures de suivis de certains patients, l'enquête a permis de renseigner l'équipe sur l'importance que peuvent avoir certains aspects sur l'évaluation de la prise en charge aux yeux des patients. En effet, ces constatations influencent considérablement la nature du suivi et nécessitent une attention particulière aux problématiques psychologiques, socioprofessionnelles et financières

2.5. Le but des enquêtes de satisfaction

L'enquête de satisfaction est un dispositif qui a pour but d'évaluer le degré de satisfaction des patients externes et internes d'un établissement de santé. Souvent à base de questionnaire simple à réaliser. Elle pourra donc participer à la détermination des axes stratégiques d'évaluation et des objectifs à assigner aux différents services composant.

2.6. Elaboration et conception du questionnaire

Nous développerons le pourquoi des questionnaires dans cette sous-section

2.6.1. Le questionnaire

L'élaborer d'un questionnaire est une idée fausse, ce dernier est souvent difficile à effectuer. Le questionnaire est un moyen de réunir un certain nombre d'informations sur des patients, professionnels de santé et les personnels administratifs.

Le questionnaire est l'ensemble des questions construites dans le but de générer d'information nécessaire à l'accomplissement des objectifs de l'étude. Elaborer, puis rédiger un questionnaire n'est une science exacte, c'est une opération capitale car c'est à la base de ce dernier que l'on va exploiter par la suite des résultats probants.

Les questionnaires élaborés dans notre étude est divisé en trois partis :

- ✓ Enquête de satisfaction des patients,
- ✓ Enquête de satisfaction des professionnels de santé,
- ✓ Enquête de satisfaction de personnel administratif,

2.6.2. Modèle de question

La question fermée est utilisée lorsqu'on souhaite proposer une liste de réponses aux répondants. La rédaction d'une question fermée est un ensemble équilibré. Le répondant doit être en mesure de s'exprimer sur la question. De plus, il est nécessaire de s'assurer que les modalités de réponses sont homogènes. Pour cela, il faut que les réponses proposées obéissent à une même logique par rapport à la question proposée. Si cette condition n'est pas respectée le risque est d'obtenir des réponses disparates et non cohérentes.

L'utilisation de questions fermées offre un traitement des données simple. Les logiciels de questionnaire en ligne permettent de voir les résultats en temps réel et de voir le pourcentage des réponses à une question.

2.7. Echantillonnage

Est une méthode qui permet de choisir un groupe de personnes qui doit être représentatif de la population visée et qui fera l'objet de l'enquête. Les catégories de personnes choisies tel que les patients, professionnels de santé et le personnel administratif.

Le travail de l'échantillonnage se compose comme suit :

- Il est préférable de désigner la population auprès de laquelle nous allons enquêter dans notre étude, la cible sont des acteurs hospitaliers (la polyclinique de la nouvelle ville),
- Déterminer la base de sondage : dans notre travail, le choix d'une méthode non aléatoire est obligatoire car nous ne disposant pas d'une base sondage complète des individus de la population ciblée.
- Dans notre étude nous allons utiliser la méthode non probabiliste ou empirique pour déterminer une technique de travail.

Nous allons dans notre analyse essayer de rapprocher le plus possible des conditions d'un tirage aléatoire et de diminuer les biais de délections. Le choix de l'échantillon par convenance a favorisé l'évaluation de la relation de l'enquêteur avec l'enquêté.

2.8. Les échelles de mesures utilisées

Nous avons plusieurs échelles de mesure, mais il y a deux échelles qui sont utilisées en sciences de gestion qui sont : l'échelle de mesure de LIKERT ; l'échelle sémantique différentielle d'OS GOOD.

Nous allons retenir celui de LIKERT.

2.8.1. L'échelle de likert à quatre degrés

Qui est une échelle ordinale présentée à des degrés variés, en principe l'échelle de likert est une échelle qualitative (ordinale) mais dans la pratique peut être transformée en valeur chiffrée (quantitative) comme elle est présentée dans le tableau suivant ;

Tableau 5 : De l'échelle à quatre degrés avec des valeurs chiffrées

Modalités	Valeur
Très satisfait	1
Satisfait	2
Peu satisfait	3
Pas du tout satisfait	4

2.9. Le résultat de notre enquête

Après avoir posé de nombreuses questions et interrogé certains corps médical de l'établissement public hospitalier de la Polyclinique de la nouvelle ville de TIZI OUZOU, on

Chapitre 3 : L'évaluation de la qualité des soins

est arrivé à un constat qui est que la Polyclinique de la nouvelle ville de TIZI OUZOU a un faible rendement entre leur qualité de travail et leur gestion du ressources humaines qui n'est pas satisfaite ; et leur fonctionnement a peine beaucoup par rapport au manque de certains moyens et du personnels.

Le manque du maitrise de l'organigramme de manière claire et précise par l'ensemble du personnels n'amélioré pas les choses, car la majorité connaissent que leurs hiérarchie direct et ignore l'organigramme général de l'établissement.

Les services fonctionnes presque de la même manière. La distribution des taches est un peu plus difficile pour certains qui s'estiment d'ailleurs pas satisfait.

Les points positifs est l'accueil chaleureux du personnels vis à vis des leurs clients, ils respectent la hiérarchisation des postes et des taches. Certains chefs des services et personnels font des heures bénévolement pour traiter plus s'il le faut, pour satisfaire l'urgence et les malades.

Section 3 : Analyse et interprétation des résultats

3.1. Les résultats

Les résultats qui ressortent de cette étude nous indiquent clairement que les facteurs déclencheurs de la qualité varient, ainsi il y a des éléments de divergences et de convergences quant aux motifs réels de l'adoption de la qualité. Néanmoins, l'étude révèle certains éléments qui font l'unanimité des gestionnaires et qui représente les raisons majeures de l'adhésion au principe de la qualité.

Ces éléments nous indiquent que l'adoption de la qualité est plutôt motivée par le souci de satisfaire l'ensemble des clients et d'assurer au personnel l'environnement idéal pour permettre le développement des méthodes de soins. Ces facteurs et à l'avis de tous les répondants, n'auront pas d'influence sans une véritable implication de la direction générale.

3.2. Analyse

Pour une analyse comparative complète, il est nécessaire d'aborder chaque facteur afin de dégager son importance dans le choix d'un système qualité.

Concernant l'évolution technologique, Laurin (1993) indique que dans une perspective de modèle global de soins de santé, le soin lui-même est radicalement affecté par les nouvelles technologies, dont le produit prend la forme de nouveaux équipements et de nouveaux médicaments. Au moment où la révolution technologique atteint toutes les sphères de la société, le domaine des soins de santé est également en train de subir un changement radical.

Soigner les malades à l'hôpital aujourd'hui, consiste à utiliser les technologies du plateau technique c'est à dire des laboratoires, de l'imagerie, du bloc opératoire ... etc. Mais faire de la bonne médecine, c'est également pouvoir choisir et utiliser ces technologies avec pertinence et sécurité pour le malade. En effet, si c'est largement grâce au développement des technologies que la médecine a autant gagné en efficacité au cours des quarante dernières années, l'évolution technologique représente aujourd'hui la garantie d'une bonne qualité et d'une grande sécurité des soins.

Cependant on se demande si l'adoption de la qualité n'est pas tributaire à l'évolution technologique ? Pas forcément, suivant les réponses requises au sein de cet établissement hospitalier. L'évolution technologique ne peut pas être considérée comme un élément

déclencheur au plan du choix de l'implantation de la qualité, ce qui rejoint en quelque sorte la littérature qui semble indiquer que le fait d'adopter la qualité est davantage synonyme d'une adhésion au progrès.

Durand (2000) explique que la qualité et l'évolution technologique œuvrent autour de l'incessante métamorphose, de l'évolution de l'entreprise, de son environnement et ses hommes.

Quant à la qualité des soins infirmiers, dans un contexte de rationalisation de l'offre hospitalière, la recherche de la qualité de l'offre hospitalière et du " juste soin" dépend d'une foule de facteurs influencés à la fois par les personnes qui y œuvrent et les disponibilités financières et les techniques qu'ils possèdent.

La littérature souligne souvent que l'amélioration de la qualité des soins permet de gagner la confiance des clients et des organismes de tutelle.

Sur le terrain, les témoignages ont permis de faire le lien d'une part, entre amélioration de la qualité des soins infirmiers et l'implantation d'un système qualité et de l'autre part entre l'implantation et l'accréditation auprès des organismes de tutelle.

À cet effet, c'est le désir d'adhésion au ministère de la santé qui pousse les professionnels du secteur hospitalier à adopter une démarche qualité. Cette adhésion est en faite une reconnaissance en terme de qualité, c'est l'équivalent pour ce secteur des normes de l'ISO.

Cependant, la littérature n'indique pas un lien direct entre la qualité des soins infirmiers et l'adoption d'un programme de la qualité. Par ailleurs, même sur le terrain, les professionnels ne semblent pas être motivés par la qualité des soins lors de la prise de décision d'adopter un système qualité.

3.2.1. Par rapport à la satisfaction des clients et des caractéristiques de la clientèle

Les résultats avancent que l'enquête d'opinion des clients peut être considérée comme une base d'échange et de communication entre les fournisseurs et les clients. En effet, les clients exigent un service de meilleure qualité alors que les organisations adoptent un système qualité pour mieux respecter les attentes de leurs clients.

3.2.2. Pour les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé soulignent que pour avoir une clientèle satisfaite au terme de son recours aux services hospitaliers (plateau technique - consultations - urgences - hospitalisation ...), aux services administratifs, restauration et autres, il faut instaurer des démarches qualité susceptibles de garantir un niveau donné de satisfaction.

En réalité les responsables indiquent que les études de satisfaction ont permis d'humaniser le milieu de travail comme celui de l'hôpital et ont conduit incontestablement à l'adoption de la qualité.

En ce qui concerne la satisfaction et l'adhésion du personnel, elles existent des études qui visent l'amélioration continue des relations de travail, ces études ont permis de mettre en évidence les progrès réalisés et ceux qui restent à accomplir. Juran (1991) laisse entendre que l'enquête d'opinion interne est un outil d'évaluation et de mesure systématique de tous les compartiments de chaque activité et de l'impact de celle ci sur la satisfaction de tous les partenaires, externe et interne.

Selon Mintzberg (1982), les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

En s'identifiant aux objectifs de l'organisation, les travailleurs se montrent plus créatifs et plus responsables vis à vis des problèmes que peut rencontrer l'organisation. Selon le témoignage de plusieurs professionnels du secteur de la santé, le personnel a été toujours conscient de l'importance de la qualité. Il s'agit, à leur avis, d'un moyen privilégié pour repérer les dysfonctionnements et agir en conséquence (Jacquerye 1999). Selon le même auteur, la qualité est souvent inspirée par des valeurs qui ont pour but de restituer une identité aux personnes qui travaillent.

3.4. Interprétation

Les responsables de la polyclinique nouvelle de Tizi-Ouzou qui ont participé à l'étude vont dans ce sens et confirment la même chose, ils insistent sur le fait que le personnel a souvent suscité un intérêt particulier pour la qualité et qu'au départ toutes les démarches qualité ont été initiées par le personnel.

Chapitre 3 : L'évaluation de la qualité des soins

Pour ce qui est de l'amélioration des méthodes de soin, il s'agit d'une idée révolutionnaire dans le domaine des soins de santé. L'idée, c'est d'améliorer le niveau des soins, même s'il est déjà très bon, grâce à une recherche continue d'amélioration de la qualité (Brun 1996). L'objectif ici est non seulement de répondre aux normes mais plutôt de les dépasser. En fait, il s'agit de faire progresser les normes.

C'est véritablement une notion élargie dépassant le simple soutien au malade pour prendre en considération la qualité du service offert et les gens qui l'offrent. À ce stade les responsables nous ont confié que l'adoption de la démarche qualité a été motivée par l'amélioration des méthodes de prestations des soins car auparavant les soins se prodiguaient d'une façon inefficace et ceci causait beaucoup de défaillances au plan de la prise de décisions.

Avant d'aborder le rôle de l'implication de la direction dans l'implantation d'un système qualité, il faudra souligner que les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisation. Ils conviennent qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisation (Mintzberg 1982).

Leteurtre et al. (1999), abondent en ce sens et notent qu'il incombe à la direction la responsabilité d'établir une politique relative à la qualité du service et à la satisfaction du personnel. L'implantation de la démarche qualité et sa réussite dépendent de l'engagement de la direction et du fonctionnement efficace du système.

En effet, les responsables des programmes de qualité insistent sur le fait que la mise en place d'un système de qualité ne peut se réaliser que si la direction en accepte le principe et soutient la démarche de toute son autorité pour qu'elle réussisse. Ils rejoignent en ce sens les différents auteurs. Deming (1982), va plus loin et souligne que la politique qualité doit s'inscrire dans la stratégie de l'établissement et doit comporter une forte implication des hautes instances.

Ceci rejoint la situation constatée sur le terrain, car les responsables ont insisté sur l'implication de la direction comme élément important dans la décision d'implanter une démarche qualité. Cette implication s'est manifestée par l'élaboration d'un document écrit précisant l'engagement de la haute direction dans la politique qualité en termes clairs et

compréhensibles par tous, avec les objectifs pertinents et définis de façon à pouvoir être évalués.

Concernant le contrôle des coûts, Leteurte et al.(1999) estiment que l'exigence des bénéficiaires des soins croît et va croître sans cesse, et les moyens resteront limités quant aux capacités que la nation souhaite et peut investir dans la santé.

Le même auteur insiste sur le fait que la qualité vise avant tout au maintien d'un niveau de performance, ce niveau dépend bien sûr des moyens dont on dispose. De même pour Jacquerye (1999), tout établissement a des ressources limitées, forcément toujours insuffisantes, et l'approche de la qualité à ceci d'intéressant qu'elle met de la transparence dans les arbitrages en officialisant le contrat entre les exigences attendues et les moyens existants.

Lors de cette étude, les personnels soignants ont souligné que la qualité ouvre les voies de progression avec les moyens disponibles et que la qualité est loin d'être motivée par une réduction des coûts, mais qu'elle repose sur un souci de dégager quelque part une capacité de réinvestir des moyens, de l'énergie et du temps dans d'autres tâches plus créatrices de valeur ajoutée. En sens, cette approche de la qualité permet d'établir plus de transparence dans les choix effectués.

Pour le facteur « souci de partenariat », les professionnels de la santé estiment que toutes les mesures de rationalisation, de rigueur administrative et d'adaptation aux changements envisagés par les établissements de santé ne suffiront pas, à elles seules, à assurer le succès des programmes de la qualité. Les centres hospitaliers devront compter notamment sur la volonté des autres établissements du réseau de la santé pour rechercher une meilleure complémentarité, ce qui devrait permettre à tous les partenaires de réaliser des économies significatives et aux usagers de bénéficier de soins et de services de meilleure qualité

Les responsables des services sont tenus régulièrement informés de la productivité de leur service ou du taux d'occupation de leurs lits. Ils sont encouragés à être financièrement performants.

En gestion hospitalière, l'amélioration de la productivité se fait à travers le développement des compétences et l'utilisation des nouveaux outils de gestion et de prestation de services et ceci peut amener à un service de meilleure qualité.

Chapitre 3 : L'évaluation de la qualité des soins

L'assurance de la qualité est selon la définition normalisée de l'ISO un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité.

Pour discuter du cadre du travail, l'objectif de la gestion des risques, c'est avant tout d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs du centre hospitalier en réduisant le risque de voir se reproduire, à des moments et des endroits différents, le même type d'incident préjudiciable.

La démarche qualité permet de diminuer les erreurs et les risques liés aux services hospitaliers ; grâce à la démarche qualité les agents hospitaliers prennent conscience que les responsables sont attentifs à leurs problèmes au quotidien, qu'ils sont écoutés. Dans ce cadre, la présente étude a montré que la démarche qualité au sein des établissements de santé permet effectivement de réduire le nombre d'erreurs et d'accidents (les signalements relatifs aux chutes, transport de patients, à l'insécurité ou aux pannes de matériels ...), du moins selon ce que rapportent les répondants.

Par ailleurs, les professionnels de la santé sondés estiment que l'amélioration du cadre de travail n'a pas motivé la prise de la décision d'implanter la qualité, signalant que l'amélioration de l'environnement du travail faisait toujours partie de leurs stratégies.

Conclusion

Cette enquête menée sur une courte échéance, nous a permis d'étudier les deux côtés de la prestation des services de soins, à savoir celui qui offre les soins (le personnel médical), et celui qui reçoit les soins (le patient), en utilisant le questionnaire. Cela dit le questionnaire distribué aux patients est différent de celui du personnel médical, car le premier a pour but de mesurer, et d'évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des soins et services reçus à l'établissement public hospitalier de la nouvelle ville de Tizi-Ouzou, et le second a pour but de récolter un avis professionnel sur le sujet étudié.

- Facteur matériel

Les personnels de la Polyclinique de la nouvelle ville de TIZI OUZOU remplissent leurs missions depuis longtemps dans un cadre indigent avec les méthodes de travail dissuasive. Les problèmes rencontrés par les personnels soignants sont amplifiés par l'insuffisance flagrante des moyens matériels et équipement modernes, ce qui constitue un handicap sérieux pour une polyclinique appelée souvent à effectuer des interventions et urgences dans des plus brefs délais pour un grand nombre des patients.

- Facteur humain

Le bon ou le mauvais fonctionnement du déroulement des soins est aussi souvent reliés en réalité aux hommes. Il ressort de ceci l'importance que reflète la sélection et la formation des personnels soignants à tous les niveaux.

En interprétant les résultats du questionnaire de satisfaction des patients, nous avons constaté que les patients de la polyclinique nouvelle de Tizi-Ouzou sont satisfaits de la qualité de la majorité des services offerts par cet établissement.

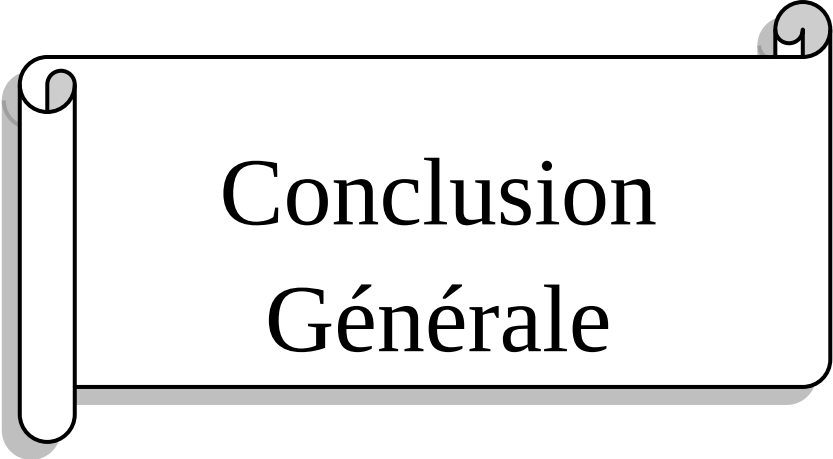
L'interprétation et analyse du questionnaire de personnel médical nous donne les résultats auxquels on peut déduire que la majorité des services procurés par l'hôpital ont des difficultés de qualité, et cela est dû au manque de médicament et matériaux médicaux.

Cette analyse a fait surgir certains dysfonctionnements au niveau de la polyclinique nouvelle de Tizi-Ouzou, qui sont dus aux équipements médicaux non renouvelés, et au manque de communication, ce qui induit souvent une mauvaise organisation, en plus de manque de l'effectif au niveau de personnel médical, et surtout les médecins et les infirmiers par rapport au nombre important de patient qui consultent au quotidien, ce qui influence

Chapitre 3 : L'évaluation de la qualité des soins

massivement le délai d'attente aux urgences qui devient de plus en plus long. Les résultats obtenus lors de l'enquête ont permis d'établir certains constats, et de suggérer quelques recommandations concernant l'amélioration de la qualité des soins offertes par la polyclinique nouvelle de Tizi-Ouzou à savoir :

- ✓ La réalisation des investissements pour couvrir le manque de financement ;
- ✓ Créer des collaborations avec des entreprises d'entretien pour l'acquisition du personnel pour la propreté de tout l'établissement et surtout les sanitaires car l'indice de l'hygiène est très important dans une structure sanitaire ;
- ✓ Adopter la technologie informatique récente à savoir les logiciels informatiques dans le but de faciliter la recherche des patients et l'accès aux données archivées ;
- ✓ Eviter l'utilisation du l'engage scientifique, qui est compliqué à comprendre pour la plupart des patients ;
- ✓ Faciliter l'accès des usages aux différents services procurés par la polyclinique nouvelle de Tizi-Ouzou, par la réalisation d'affiches, et d'annonces à des endroits stratégiques indiquant le nom et le numéro du poste de la personne qui en est responsable et ce, sur chaque unité de soins ;
- ✓ Création d'un site internet, comportant les informations concernant l'hôpital et son activité, et qui doit être régulièrement mise à jour.



Conclusion Générale

Conclusion Générale

Nous avons travaillé sur un sujet, évaluation de la qualité d'un service public par la perception des usages (cas de santé de la wilaya de Tizi-Ouzou), qui est riche et large et donc beaucoup plus complexe à cerner. Nous étions donc obligés de faire une sélection dans les concepts étudiés, nous n'avons pas pu aborder tous les contours du sujet par peur de nous y perdre.

- Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre travail concernent principalement l'accès à certaines informations, il était aussi, difficile pour nous d'obtenir des entretiens avec certains responsables et personnels;

- Le temps consacré à notre travail de recherche était limité, et nous avons passé beaucoup de temps à la recherche d'un lieu d'accueil pour notre stage.

Au terme de ce travail nous mettons l'accent sur les éléments importants évoqués au cours de notre recherche.

La santé est à la fois un droit universel fondamental, et une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel, en tenant compte de ce fait l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé, et elle a instauré un système médical, qui est construit sur le principe de la gratuité des soins et contrôlé par l'Etat.

L'importance de la santé, a mis l'Etat dans l'obligation de mettre en place des établissements publics, qui assurent la prestation des services de soins gratuitement, cela dit la gratuité des soins ne suffisait plus, car il a fallu aussi procurer des services de bonne qualité conformes aux attentes des usagers.

L'intérêt porté à la qualité des soins n'a pas cessé d'accroître ces dernières années, car la majorité des établissements de santé la placent au cœur de leurs priorités, et cela est expliqué par l'évolution constante et rapide de la médecine grâce aux progrès scientifiques, et aussi par l'augmentation des revendications des patients vis-à-vis de l'accessibilité aux soins et aux nouvelles technologies, et aux garanties de sécurité.

Les patients deviennent de plus en plus exigeants en ce qui concerne leur santé, et exigent des résultats conformes à leurs attentes. Ainsi pour satisfaire le besoin croissant des patients envers la santé, et procurer un service de qualité, les établissements publics de santé ont adopté une démarche qualité dans la prestation des soins.

Conclusion Générale

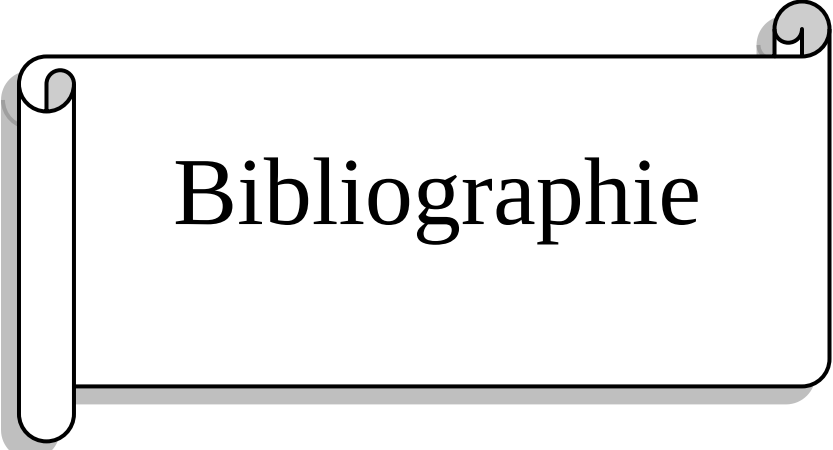
Le contrôle de la qualité des soins hospitaliers doit tenir compte à la fois du point de vue des acteurs de soins, et de celui du patient, car leurs avis sur ces sujets ont considéré comme un indicateur de la qualité des soins, dont l'intérêt est de trouver des solutions aux problèmes constatés.

La mesure de la qualité des soins, est faite à l'aide de deux questionnaires, qui explore toutes les dimensions de soin, ce qui permet d'aborder chaque problème dans son contexte.

Le niveau élevé de satisfaction constaté dans les interprétations concernant le questionnaire des patients, nous a permis de déduire que la qualité des soins offerts à la polyclinique de la nouvelle ville est globalement de bonne qualité, le seul problème apparent est le manque de moyens de financement, et de matériaux médicaux, chose qui était déclaré à haute voix par le staff médical.

Les résultats auxquels nous sommes aboutis au cours de notre travail, nous permettent de déduire que le contrôle de qualité des soins est un concept nouveau, et qui n'est pas maîtrisé de façon appropriée par les établissements publics hospitaliers. En effet les responsables de l'hôpital mettent en place des mesures de contrôle, visant à l'amélioration de la qualité des soins, mais l'orientation de ces mesures est heurtée par le manque de moyens de financement et le manque de matériel médical, ce qui influence négativement sur la qualité des services de soins procurés aux usagers.

A l'issue de ce modeste travail de recherche, nous espérons, que cette contribution constituerait un début de recherche, et une source d'informations utile pour les travaux futurs.

A decorative scroll graphic with the word "Bibliographie" written on it. The scroll is white with a black outline and a grey shadow. It has a vertical strip on the left side and a small circular detail at the top right corner.

Bibliographie

Bibliographie

OUVRAGES

1. BRUNELLE. Y. 1993, la qualité des soins et services : un cadre conceptuel, études et analyses ministère de la santé et des services sociaux, direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, non paginé.
2. BUMAND Bernard, PACCAUD Fred, maitrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires, Lausanne 1997.
3. DAHAK Abdenmour, KARA Rabah, le mémoire de master : du choix du sujet à la soutenance, Editions El-Amel 2015.
4. DETERIE Philippe, conduite une démarche qualité, éditions d'organisation, quatrième édition (2eme tirage, 2003) et édition E Yrolles 1991-1996, 1998-2001, nouvelle édition du best-seller le client retrouvé, A/2927.
5. DIDIER Tableau, Gérard de pourville, PIERRE-LOUIS Bras, traité d'économie et de gestion de la santé, édition de santé, préface de Philippe Séguin, GF/0385.
6. DOUCET Christian, la qualité, 4eme Editions C/1124.
7. GOMEZ .P.Y, qualité et théorie des conventions, édition economica, Paris, 1994, A/0308.
8. MINTZBERG – Henry, structure et dynamiques des organisations, Paris, édition d'organisation, 1982, P324.
9. OUARET Abdelhamid (PDG VERRITAL), Gide de la qualité du contrôle de la qualité et de la normalisation, la mise à niveau de l'entreprise par la qualité et la certification, Éditions GAL (Grand Alger Livres), 2004, B/2192.

REVUES ET PERIODIQUE

10. BRUNELLE. Y. 1993, la qualité des soins et services : un cadre conceptuel, études et analyses ministère de la santé et des services sociaux, direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, non paginé.
11. BUMAND Bernard, PACCAUD Fred, maitrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires, Lausanne 1997.
12. DETERIE Philippe, conduite une démarche qualité, éditions d'organisation, quatrième édition (2eme tirage, 2003) et édition E Yrolles 1991-1996, 1998-2001, nouvelle édition du best-seller le client retrouvé, A/2927.
13. DIDIER Tableau, Gérard de pourville, PIERRE-LOUIS Bras, traité d'économie et de gestion de la santé, édition de santé, préface de Philippe Séguin, GF/0385.

Bibliographie

14. DOUCET Christian, la qualité, 4eme Editions C/1124.
15. FRECHER Daniel, SEGOT Jasques, TUZZULINE Philippe, Mise en place d'une démarche qualité, 100 questions pour comprendre et agir. Edition AFNOR 2004, B /1725.
16. GASTE MARIE Claude, les indicateurs d'activités en soins infirmières : outils de management stratégique pour le directeur des soins ; Myth. ou réalité ?, mémoire ENSP de directeur des soins, France, Ecole nationale de santé publique (ENSP), Rennes, 2004, P 04
17. GIRAND Alexandra (qualité des soins), Evaluation médicale des soins hospitalières, Economica, santé publique préface de d'édier Sicard, 34 PAM, Octobre 1992.
18. GOMEZ .P.Y, qualité et théorie des conventions, édition economica, Paris, 1994, A/0308.
19. MINTZBERG – Henry, structure et dynamiques des organisations, Paris, édition d'organisation, 1982, P324.
20. OUARET Abdelhamid (PDG VERRITAL), Gide de la qualité du contrôle de la qualité et de la normalisation, la mise à niveau de l'entreprise par la qualité et la certification, Éditions GAL (Grand Alger Livres), 2004, B/2192.
21. OUFRIHA Fatima Zohra, Transition et système de santé en Algérie, CREAD (centre de recherche en économie appliquée pour le développement, BP197, Rostomia-Bouzaréah, Alger ,1313-2009.
22. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale critères de recevabilité pour l'adoption de l'utilisation continue de méthode contraceptive (OMS) 2001, Nr 01, 2td , santé et recherche génésiques.
23. KARKPISSI Kossi, mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française, université Senghor d'Alexandrie, Master en développement, spéciale santé international 2007, promotion 2005-2007.
24. MINVIELLE Etienne, Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?, In: Politiques et management public, vol. 17 n° 4, 1999. pp. 59-84.
25. BOUCHARD Chantal ; PLANTE Jaques, la qualité : mieux définir pour mieux la mesurer, Université de liège 11/12/2002, non pagine.

Bibliographie

26. ABDESSAMED Dali Ali, CHOUGRANI Saada, perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (EHUO), vol 23, ISSN 0995-3914, pp475-485, disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-publique>, 2011/6, page 475.htm.
- 28-DENISE Silber, mesurer la qualité des soins.
27. Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière, C.CLIN-OUEST (centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales), inter région ouest, document validé en conseil scientifique du 14 janvier 1999.
28. J. Hausser, le management stratégique de la qualité hospitalières par l'encadrement intermédiaire , XVème conférence internationale de management stratégique, Annecy/Genève 13-16 juin 2006.

ARTICLES

29. Agence Nationale D'accréditation et d'évaluation en santé ; principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.
30. PHANEUF Margot, Inf.phd ; la qualité et la continuité des soins, conférence prononcée dans le cadre de congrès des Coimbra Portugal, Février 2005, tous droits réservés ©.
31. MARIEUS Fieschi, les données des patients partagées : la culture de partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins, rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, janvier 2003.
32. MINVIELLE Etienne, Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?, In: Politiques et management public, vol. 17 n° 4, 1999. pp. 59-84.

MEMOIRES

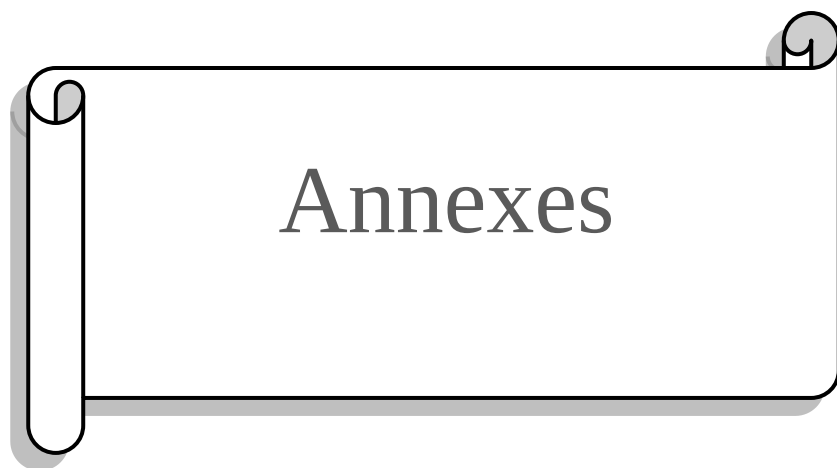
33. ACHOUR Siham, AHOUEMONDZIA Sinalpha Ddemok, l'impact de la qualité de service sur la satisfaction des patients cas : INSIM ; commercialisation des services, 2014-2015 UMMTO.
34. WITTMANN Emmanuel, la satisfaction au travail : cas enjeu pour l'amélioration de la qualité du service rendu, le cas de l'hôpital local de Sarre-Union (Bas-Rhin), école des hautes études en santé publique ENESP, promotion 2007-2008, Décembre 2008.

Bibliographie

35. NGONMAKON Malgoire, mesure de la satisfaction des clients du portefeuille d'un agent mandataire de NSIA Cameroun Assurances, ISEM / universitaire de Montpellier 01, licence en sciences de gestion option commerce et vente 2009, année 2009-2010, consulté le 08/10/2017.
36. KECED Samira, la qualité des soins en milieu hospitaliers : cas CHU de Tizi-Ouzou 2013, rapport de stage/0147, université mouloud Mammeri.
37. Mémoire Mr ARHAB Samir, « perspectives et modalités mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier », TM/0245.
38. KESSAS Zakia, mémoire pour l'obtention du diplôme de magister, « l'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés », « comment atteindre la satisfaction des patients », année universitaire 2010/2011.
39. Mr Salmi Madjid, « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », TE/0024, thèse de doctorat.
40. Mise-en-place de la démarche qualité dans les établissements de santé hospitaliers.

SITOGRAPHIE

41. Le gazette de la qualité, le blog du la qualité dans les établissements de santé. Disponible sur : <http://www.dzshow.org/blog%3Fp%3D266>.
42. Wwww.sfes-info/... /Sfesavril 2012.pdf, « les systèmes de santé : systèmes complexe, modélisa 4 on.
43. <https://reanesth.chu-borbeaux.fr> < démarche qualité. Oct. 31, 204, Afnor 2000.
44. Wwww.dzshow.org/blog%3FP%3d266. La qualité dans l'établissement de santé, (consulté) le 25/avril/2017, la gazette de la qualité.



Questionnaire sur la satisfaction des patients

Dans le cadre de notre travail de recherche en vue de réaliser un mémoire de fin d'études en master sur le thème : Evaluation de la qualité d'un service public par la perception des usages (cas de santé).

Afin de savoir quelle est la perception des acteurs hospitaliers quant à la qualité de soins.

Nous vous prions de répondre aux questions de cet entretien en toute liberté, nous vous assurons que les données fournies ne seront pas divulguées et resteront anonymes.

Informations personnelles

1. sexe :

Masculin ☐

Féminin ☐

2. Age :

Moins de 25 ans ☐

entre 25 ans et 35 ans ☐

Entre 35ans à 45ans ☐

plus de 45ans ☐

Profession :.....
.....

Service d'hospitalisation :

Accueil :

1. comment êtes-vous hospitalisé urgence ☐ **ou consultation** ☐

2. combien de temps il a fallut pour vous prendre en charge ?.....

3. Avez –vous été satisfait de la qualité d'accueil ?

Annexes

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Avez –vous été satisfait de l’orientation dans le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

5. êtes-vous satisfait par l’organisation des visites durant le séjour ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Les soins :

1. Comment qualifiez-vous votre relation avec les médecins traitent et les autres professionnels de santé ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas de tout satisfait ☐

2. Comment qualifiez-vous la qualité de la prise en charge psychologique pendant votre séjour ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Avez –vous été satisfait de la prise en charge durant le séjour ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Etes– vous satisfait de la qualité des soins reçus par le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Les informations fournies :

1. Comment qualifiez –vous la qualité des explications fournies sur les soins prodigués ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes-vous satisfait de traitement reçus ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Est-ce que votre famille est satisfaite des informations donnée par le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas de tout satisfait ☐

4. Vous –êtes satisfait des examens pratiqués sur vous ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Hôtelleries et restaurations :

1. Etes-vous satisfait de la qualité des repas servis dans son ensemble ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Que pensez-vous du confort des chambres ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Est-ce que vous êtes satisfait de la propreté de la chambre ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Est-ce que vous êtes satisfait du calme dans le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Questionnaires sur la satisfaction des professionnels de santé

Nous avons le plaisir de vous transmettre un questionnaire anonyme portant sur la satisfaction des professionnels de santé.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de master en Management Public en vue de réaliser une recherche intitulée : Evaluation de la qualité d'un service public par la perception des usages (cas des services de santé).

Notre recherche a pour objectif de savoir quelle-est la perception des acteurs hospitaliers quant à la qualité des soins ?

Nous vous prions de répondre aux questions de cet entretien en toute liberté, nous vous assurons que les données fournies ne seront pas divulguées et resteront anonymes.

I- Quel est le poste que vous occupez actuellement :

Salaires :

1. Comment qualifiez –vous votre système de rémunération et son évolution possible ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Encadrement :

1. Comment qualifiez –vous la relation avec le supérieur hiérarchique selon l'encadrement ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Carrière :

1. Vous-êtes satisfait de la gestion des carrières professionnelles dans l'établissement ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Possibilités d'évolution dans l'établissement ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Gestion des compétences en termes d'évaluation ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Gestion des compétences en termes de formation ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Annexes

Réglementation :

1. Etes vous satisfait des droits et devoirs concernant la profession (information et connaissances) ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait des moyens d'informations données par l'établissement sur les droits et devoirs ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Le niveau de reconnaissance des droits et devoirs ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Reconnaissance :

1. Vous –êtes satisfait des reconnaissances obtenues par le travail dans le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Service :

2. Quel-est votre satisfaction vis-à-vis de l'établissement ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Votre relation avec :

- **La direction.**

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

- **Le personnel.**

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Est –ce-que vous êtes satisfait de la politique et moyens de communication interne mis en œuvre dans le service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

5. Vous-êtes satisfait de votre connaissance sur la politique du service ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Qualité des soins :

1. Pensez vous que le service public fournis est adaptée aux besoins des personnes soignés ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait de la prise en charge des patients ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. La qualité des pratiques, des actes et des techniques que vous dispensez ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Comment qualifiez-vous vos conditions de travail ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Questionnaires sur la satisfaction de l'administration de santé

Nous avons le plaisir de vous transmettre un questionnaire anonyme portant sur la satisfaction de l'administration de santé.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de master en Management Public en vue de réaliser une recherche intitulée sur : Evaluation de la qualité d'un service public par la perception des usages (cas de santé).

Notre recherche a pour objectif institutionnel tout en participant au développement d'une démarche d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement.

Nous vous prions de répondre aux questions de cet entretien en toute liberté, nous vous assurons que les données fournies ne seront pas divulguées et resteront anonymes.

Vos conditions de travail :

1. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'infrastructure de l'établissement et de son adaptation aux exigences du service fourni ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes-vous satisfait par rapport aux moyens matériels dont vous disposez ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Etes-vous satisfait des effectifs existant dans les services ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

4. Vous êtes-vous satisfait de votre planning de travail ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

5. Etes-vous satisfait de vos horaires de travail et sont-ils compatibles avec votre vie privée ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

La communication :

1. Etes-vous satisfait de toutes les informations qui sont obtenues de la direction ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes-vous satisfait de la liberté de parole au sein du service ?

Annexes

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. L'accès à l'information est facilité dans l'établissement ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Bureau de ressources humaines (BRH) :

1. Etes-vous satisfait de la manière dont vous êtes reçu par BRH (confidentialité discrétion, écoute) ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait de l'accessibilité du bureau (délai, horaires, installation) ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Etes vous satisfait de la capacité du BRH à répondre à vos questions concernant votre situation administrative ?

Très Satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Formations –Compétences :

1. Etes vous satisfait quant à l'accès à l'information concernant les formations ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait du niveau général de compétence du personnel ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Sécurité et confiance :

1. Etes vous satisfait de la stabilité de votre emploi ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait des mesures mise en œuvre pour assurer la sécurité de l'établissement?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Etes vous satisfait de la confiance témoignée par vos collègues ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

L'utilité sociale-Reconnaissance :

1. Etes vous satisfait de votre salaire par-rapport à l'importance de votre travail ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du satisfait ☐

2. Etes vous satisfait de la manière dont les patients et leurs familles éprouvent de la reconnaissance pour votre travail ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Etes vous satisfait des possibilités de soigner ou d'aider les gens au sein de l'hôpital ?

Très satisfait ☒ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Relations de travail :

1. Etes vous satisfait des demandes et instructions que vous recevez de votre supérieure ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

2. Etes vous satisfait de L'intervention de vos supérieurs en cas de problème ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

3. Etes vous satisfait des relations entretenues entre vos collègues ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐

Rémunération :

1. Etes-vous satisfait de votre système de rémunération ?

Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait ☐



Table des matières

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Sommaire

Introduction générale..... 1

Chapitre 1 : La gestion du service public et organisation hospitalière

Introduction 5

Section 1 : Définition et typologie de services publics 6

1.1. Définition du service public 6

1.1.1. Approche juridique..... 6

1.1.2. Approche économique 7

1.1.3. Approche politique 7

1.2. Typologie de service public 8

1.2.1. Services publics administratifs (SPA) 9

1.2.1.1. Définition de service public administratif 9

A. Appréhension du S.P.A en doctrine 9

B. Critères jurisprudentiels du service public administratif 10

1.2.1.2. Régime juridique des services publics administratifs 11

A. Situation juridique des agents des S.P.A 11

B. Situation des usagers des S.P.A 11

B.1. Nature juridique du rapport usager / S.P.A 11

B.2. Droits et devoirs de l'utilisateur du S.P.A 12

B.3. Les tiers et leurs rapports avec le S.P.A 12

1.2.2. Services publics à caractère industriel et/ou commercial 13

1.2.2.1. Emergence de la notion du service public à caractère industriel et/ou commercial ... 13

A. Facteurs politico-économiques 13

Table des matières

B. Facteurs juridiques	14
1.2.2.2. Critères d'identification du service public à caractère industriel et/ou commercial ..	15
A. Définitions doctrinales du SPIC	15
B. Critères jurisprudentiels du SPIC	16
1.2.2.3. Régime juridique du SPIC	16
A. Agents du SPIC	17
B. Situation des usagers du SPIC	17
C. Situation des tiers vis-à-vis du SPIC	18
1.2.3. Services publics sociaux	18
1.2.3.1. Définition de service public social	19
A. Naissance de la notion de SPS	19
B. Incertitude des contours de la notion de SPS	19
1.2.3.2. Régime juridique du service public social	19
A. Application du droit privé aux S.P.S	20
B. Application du droit public aux S.P.S	20
Section 2 : Les formes de gestion publique	21
2.1. Le point de vue de la situation du gérant du service par rapport à la collectivité responsable de la création et de l'organisation du service	21
2.1.1. La régie	21
2.1.2. Les autres procédés	21
2.2. Le point de vue de la nature publique ou privée de la personne gérant le service	22
2.2.1. La régie	22
2.2.2. La régie simple	22
2.2.2.1. La régie intéressée	22
2.2.2.2. La gestion du service public par un gérant distinct de la collectivité responsable sous un régime légal et réglementaire	23
2.2.2.3. La gestion par une personne publique	23
2.2.3. La gestion par une personne privée	23
2.2.3.1. La concession de service publique	24
2.2.3.2. Notion générales	24

Table des matières

2.2.3.3. Place de la concession par rapport à d'autres procédés de gestion	24
2.2.4. Le contrat de concession	25
2.2.4.1. Principe généraux régissant la concession de services publics	25
2.2.4.2. Le service public concédé demeure un véritable service public	25
2.2.4.3. L'administration a le libre choix du concessionnaire	26
2.2.4.4. Le concessionnaire doit faire fonctionner le service de la manière la plus stricte	26
2.2.4.5. Obligation du concessionnaire de réaliser les modifications du service exigées par l'autorité concédant	27
2.2.5. Prerogatives accordées au concessionnaire	27
2.2.5.1. Règles de compétence contentieuse	27
2.2.5.2. Le concessionnaire demeure un entrepreneur privé	28
2.2.5.3. Le régime des biens	28
2.2.5.4. Fin de la concession	28
2.2.5.5. Fin anticipée de la concession	29
Section 3 : L'organisation hospitalière et ses particularités	30
3.1. Particularités de la gestion hospitalière	30
3.1.2. La structure organisationnelle de l'hôpital	31
A. Le sommet stratégique	31
B. Le centre opérationnel	31
C. La ligne hiérarchique	32
D. La technostucture	32
C. Les personnels de support logistique	33
3.1.3. La différenciation et l'intégration	33
3.2. Types de différenciation	33
A. La différenciation monde administratif / monde médical	33
B. La différenciation services logistiques/opérationnels.....	34
C. La différenciation au sein du centre opérationnel	34
3.2.1. Une intégration insuffisante	34
3.2.2. Une dynamique peu axée sur la stratégie	35
3.2.3. Des décisions et une stratégie réactives	35

Table des matières

3.3. Un processus stratégique de type « émergent»	36
3.3.1. Les choix stratégiques hospitaliers.....	36
A. La segmentation des activités hospitalières	36
B. L'évaluation de la position stratégique de chaque segment	37
C. Le choix stratégique par segment et consolidation.....	38
Section 4 : Management hospitalier	40
4.1. Les spécificités d'un hôpital.....	41
4.2. L'hôpital et le facteur humain	41
4.3. Les missions d'un hôpital	42
4.3.1. Les missions de soins	42
4.3.2. L'hôpital public: une mission de formation	43
4.3.3. Mission de recherche médicale	43
A. L'hôpital entre la logique de service public et la logique d'entreprise	43
Conclusion	46

Chapitre 2 : La qualité du service public

Introduction	47
Section 1 : La démarche qualité : évolution et historique	48
1.1 Evolution	48
1.1.1. Historique de la qualité	50
1.1.2. L'impact déterminant de la qualité dans la révolution industrielle.....	50
1.1.3. De la fin de la seconde guerre mondiale aux années.....	51
1.1.4. Des années 70 à nos jours	52
1.2. Notion de démarche de qualité.....	53
1.2.1. Les étapes de la démarche	57
Section 2 : La perception de la qualité en milieu hospitalière	61
2.1. La perception de la qualité des soins selon les patients	61
2.2. La perception de la qualité des soins selon les professionnels de santé.....	61
2.3. La qualité des soins selon le personnel administratif	61
2.4. Particularismes de mesure de la performance et management hospitalier	62

Table des matières

2.4.1. Spécificités de mesures de la performance dans un hôpital	62
2.4.1.1. Le critère d'efficacité	62
A. Les attributs de l'efficacité	2
2.4.1.2. Le critère d'efficience	63
2.4.1.3. Le critère de pertinence	63
2.4.1.4. Le critère de viabilité financière	64
2.4.2. La spécificité de mesure	65
2.4.2.1. Par rapport à l'efficacité	65
2.4.2.2. Par rapport à l'efficience	65
2.4.2.3. Par rapport à la pertinence	66
2.4.2.4. Par rapport à la viabilité financière	67
2.4.3. Contexte international actuel	68
2.4.3.1. La mise à niveau des compétences	68
Section 3 : Indicateur de la qualité du service public hospitalière	70
3.1. Notions des indicateurs de la qualité hospitaliers	70
3.2. La Mesure de la performance à l'hôpital	70
A. Le programme de médication des systèmes d'informations (PMSI)	70
B. Les indicateurs de charge en soins	72
3.3. Les ratios personnels	73
Section 4 : Management de la qualité	75
4.1. Les principales composantes du management de la qualité	75
A. La planification de la qualité	75
B. La maîtrise de la qualité	75
C. L'assurance de la qualité	76
D. L'amélioration de la qualité	77
Conclusion.....	79
 <i>Chapitre 3 : L'évaluation de la qualité des soins</i>	
Introduction	80
Section 1 : Présentation générale et organigramme	81

Table des matières

1.1. Présentation de l'établissement public hospitalier de la Polyclinique de la nouvelle ville	81
1.2. Constitution de l'offre de soins de la polyclinique de la nouvelle ville	82
1.2.1. Pavillon des urgences (R.D.C)	82
1.2.2. Service réception	82
1.2.3. Consultation médecine générale.....	83
1.2.4. Service du troisième étage	83
1.2.5. Laboratoire d'hygiène	84
Section 2: Enquête de satisfaction des acteurs hospitaliers et méthodologie de la recherche	85
2.1. La problématique de recherche empirique.....	85
2.2. Les choix du lieu de collecter.....	85
2.3. Outils de collecte de donnée	85
2.4. Présentation des enquêtes de satisfaction	85
2.4.1. Présentation de l'enquête de la satisfaction des patients	86
2.4.2 Présentation de l'enquête de satisfaction des professionnels de santé	86
2.4.3 Présentation de l'enquête de la satisfaction de personnel administratif	87
2.5. Le but des enquêtes de satisfaction	87
2.6. Elaboration et conception du questionnaire	87
2.6.1. Le questionnaire	88
2.6.2. Modèle de question	88
2.7. Echantillonnage	88
2.8. Les échelles de mesures utilisées	89
2.8.1. L'échelle de likert à quatre degrés	89
2.9. Le résultat de notre enquête	89
Section 3 : Analyse et interprétation des résultats	91
3.1. Les résultats	91
3.2. Analyse	91
3.2.1. Par rapport à la satisfaction des clients et des caractéristiques de la clientèle	92
3.2.2. Pour les professionnels de la santé	93

Table des matières

3.4. Interprétation	93
Conclusion.....	97
<i>Conclusion générale</i>	99
<i>Bibliographie</i>	101
<i>Annexe</i>	105
<i>Tables des matières.</i>	114