

Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Facultés des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion
Département des sciences de gestion



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Management public

Thème

**L'adoption de projet d'établissements hospitalier en
Algérie comme outil de management dans le cadre de
new public management**

Présenté par :

-Melle TADLOUT Ferroudja
-Melle TAMANI Imene

Dirigé par :

– Mr. ARHAB Samir

Devant les jurys composé de :

President : Mr. L'HADJ MOHEND Moussa, MAA, UMMTO.
Examination: Mr. BELHOCINE Hamid, MAA, UMMTO.
Rapporteur : Mr. ARHAB Samir, MAA, UMMTO.

Promotion 2022

Remerciements

En premier lieu, nous tenons à remercier dieu le tout puissant de nous avoir donné la force et la patience pour surmonter toute les difficultés rencontrées durant cette

Année.

Notre gratitude, notre profond respect et nos remerciements les plus vifs s'adressent tout particulièrement à :

Notre promoteur Mr ARHAB. S pour son suivi, ses orientations et conseils et pour le temps qu'il nous a consacré pour réaliser ce travail

Nous tenons également à remercier les membres de jurys pour avoir accepté D'évaluer ce modeste travail.

Nos remerciements vont aussi aux enseignants de notre département, ainsi qu'à tout le personnel de la bibliothèque, le personnel administratif pour leur patience, à toutes les personnes qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur Temps et leurs connaissances.

Nous exprimons nos profondes gratitudes à nos familles, pour leur soutien moral Et financier et leurs encouragements.

Enfin, on remercie tous ceux qui nous ont accordé leur aide et leur soutien, de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail.

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à :

A la mémoire de ma chère maman adorée, je t'oublierai jamais ma fleure tu étais toujours la lumière de ma vie, que ton âme repose en paix.

A mon très cher père pour ses encouragements et sacrifices, ses soutiens et l'amour qu'il m'a donné après le départ de ma mère.

Mes chères Sœurs : Nawel , Melissa et Aini

Et mon cher et unique frère ANIS

A mon neveu yakouB et ma nièce Nilya

A mes meilleurs amis

Je remercie également mon binôme Farroudja qui a contribué à la réalisation de ce modeste travail.

Pour terminer, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu, mes parents pour leur amour et leur patience, mes amis et tous mes Enseignants.

Imene

DEDICACES

Tout d'abord je remercie le dieu de m'avoir protégé et guider toute au long de ma vie.

JE Dédié ce modeste travail :

***A La mémoire de mon père,** mon exemple, mon plus beau souvenir, mon premier professeur, mon soutiens moral, celui qui est toujours sacrifié pour me voir réussir jamais que tu sois avec moi mais la vie nous a séparé, que dieu le tout puissant t'accueil dans son vaste paradis.*

***A la lumière de ma vie,** la source de ma joie de mes efforts, ma très cher maman qui m'a beaucoup aidé avec son soutien et son amour pour moi, toutes ces précieux conseils, longue vie pour toi **yemma azzizen** .*

ce travail est le fruit de leurs sacrifices qu'ils ont constitué pour mon éducation.

A mes chers frères et ma sœur

A mes oncles et tantes

Je remercie également mon binôme imene qui a contribué à la réalisation de ce modeste travail

. Pour terminer, je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu, mon époux, mes parents pour leur amour et leur patience, mes amis et tous mes enseignants

Ferroudja

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Introduction Générale.....

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière

Introduction.....

Section 1 : Champ d'analyse de l'organisation hospitalière.....

Section 2 : La bureaucratie professionnelle.....

Section 3 : Organisation hospitalière en Algérie.....

Conclusion.....

Chapitre II : New public management

Introduction.....

Section 1 : New public management

Section 2 : Les fondements du new public management

Section 3 : Les outils de New public management

Conclusion :

Chapitre III : projet d'établissement hospitalier en Algérie

Introduction.....

Section 1 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie

Section 2 : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou.....

SOMMAIRE

2.1 : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou

2.2 : Sous-direction des activités de santé

2.3 : Mise en œuvre de la contractualisation au CHU de Tizi-Ouzou

Conclusion.....

Conclusion générale

Bibliographie.....

Liste des tableaux et figures.....

Table des matières

SOMMAIRE

Introduction générale

Depuis près de plusieurs décennies, les administrations publiques de par le monde ,se restructurent ,une remise du modèle weberien,semble les caractériser ,même dans les pays ou de telle intervention n'ont pas eu lieu de profondes volontés de changement ont été exprimés que ce soit en Europe ,en Afrique où ailleurs ,une telle tendance semble persister.face cette situation ,les hypothèses de bases de l'action administrative ,tout comme ses instruments traditionnels s'avèrent sinon obsolètes, du moins insuffisants ,une nouvelle perception de la gestion publique (également appelé nouveau management public de l'anglais new public management)est un concept né dans les années 1970 dans les milieux néo-libéraux. Elle réclame un meilleur partage des rôles entre le pouvoir politique qui prend les décisions stratégique et fixent les objectifs et l'administration qui prend les décisions opérationnelles, ceci afin de promouvoir une modernisation accrue du management et un plus paragrammatisme de gestion au sein des administrations publiques dans le but d'en améliorer le rapport coût/ service.

S'agissant de l'Algérie, en particulier force est de reconnaître le retard dans l'adaptation de son administration, des nouvelles réalités, cette dernière a longtemps renvoyé une image d'immobilisme qui touche non seulement avec le rythme mettent plus soutenu des réformes économique et politiques entreprise, un niveau national.

Transforme ce retard pénalisant en une force de remise en cause des cadres traditionnels du travail, constitue un vrai défi qui l'Algérie se devait d'affronter pour renouer durablement avec croissance économique et le progrès social.

Parmi les administrations publiques les plus névralgiques et les plus critiques pour la population, les établissements publiques hospitaliers constituent la pièce angulaire système de santé et en Algérie .L'intégration des pratiques du NPM au sein de ces établissements constitue un défi à relever.

De nos jours en Algérie, le directeur d'un établissement de santé se voit dans l'obligation de maîtriser les principes de management actuelle met le management hospitalier se situe a deux niveaux, le premier niveau est stratégique, il se caractérise en externe à travers le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et moyens signés avec la tutelle, et en interne par la déclinaison en contrats de pôles médicaux. Par ailleurs, la nouvelle loi de santé 11-18 a introduit différents notions telles que la mise en place d'objectifs et de dispositions de la performance, projet de service, projet d'établissement....etc. et ce fait la contractualisation interne est présenté comme un axe levier

Introduction générale

De la réforme hospitalière par la décentralisation de la décision, la responsabilisation Descartes.....ETC s'insérant parfaitement dans le de la nouvelle gestion publique

Parmi les principales activités du programme et les principaux axes d'interventions qui ont les développements des approches stratégiques de ce programme on trouve celui de l'amélioration de la gestion des hôpitaux à travers la mise en place d'instruments de pilotage, notamment le projet d'établissements qui constitue l'intérêt de notre travail de recherche

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet d'établissement hospitalier, afin que cet instrument de pilotage et outil de gestion des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification de concertation de la gestion moderne et qu'il puisse aussi pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé.

Ainsi, notre problématique peut se reformuler comme suit :

Quels sont les défis et enjeux de la mise en place d'un projet d'établissement au sein d'un établissement public hospitalier ?

Hypothèses :

- La mise en place de PEH constitue la démarche fondatrice pour un basculement vers le NPM
- La mise en place d'un PEH nécessite l'instauration d'une culture d'établissement

Le plan de notre recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en deux sections .Dans le premier chapitre s'insère notre travail de recherche d'abord sur les organisations hospitalières, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions afin d'évoquer les caractéristiques de ses organisations

Dans le deuxième chapitre nous présenterons la vue globale sur le new management publique ainsi que ces fondements et déferents utiles

Dans le troisième chapitre nous tenterons d'analyser le cadre institutionnel et organisationnel des établissements public hospitalier en Algérie et de faire en présentera les raison de mise en place de cet instrument.

Introduction générale

En fin fera l'objet d'une analyse empirique, d'un cas d'établissement public hospitalier, il s'agit d'abord de présenter CHU TIZI OUZOU, ses organisations et son fonctionnement et d'analyser ses apports en matière d'amélioration de sa gestion.

Introduction générale

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Introduction

Le management hospitalier est un champ disciplinaire proche de celui de l'économie De la santé, qui étudie et s'intéresse à l'organisation hospitalière. Il s'agit d'un cadre d'analyse Plus fin que celui de l'économie de la santé.

Le management des établissements hospitaliers réclame aujourd'hui une confrontation permanente à l'incertitude et au changement. Cela doit s'accompagner nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et de la mise en œuvre de divers instruments de management. La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial et l'adoption de nouvelles méthodes et pratiques constitue un nouveau défi pour le management. Concernant l'organisation hospitalière, l'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature pour l'appréhender, est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg(1982). Dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle. Ce modèle est insuffisant pour rendre compte de la réalité de cette organisation du fait des évolutions et contraintes auxquelles est confrontée.

Ainsi, toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement. L'organisation hospitalière est donc une organisation complexe, marquée par des particularités de fonctionnement.

Ce premier chapitre est consacré à donner un bref historique sur l'économie de la santé et présenter quelques éléments concernant le management hospitalier, comme un champ d'analyse de l'organisation hospitalière, d'aborder le modèle organisationnel utilisé concernant ces organisations, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions. Enfin, d'évoquer les caractéristiques et les spécificités de ces organisations. Et pour ce faire, nous avons retenu le cheminement ci-après :

Section 1 : Champ d'analyse de l'organisation hospitalière.

Section 2 : La bureaucratie professionnelle.

Section 3 : CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Section 1 : Champ d'analyse de l'organisation hospitalière

1. Bref historique de l'économie de la santé

Les économistes de la santé considèrent que la discipline est née en 1963, avec l'article *Uncertainty and the welfare Economics of medical care (1963)*, prix Nobel d'économie de J.ARROW, dans l'*American Economic Review*¹

La reconnaissance de la contribution de l'économie de la santé à l'analyse de ce domaine devra pour sa part attendre de nombreuses années. En France, par exemple, elle est voulue dès le début des années 1960, avec les premiers enseignements d'économie de la santé dispensé par H.Guitton. La reconnaissance académique de l'économie de la santé tarde à venir. Ce n'est qu'avec le contexte économique des années 1980, marqué par des restrictions budgétaires importantes, qu'apparaîtra de manière plus explicite le dilemme auquel les acteurs du système de santé sont confrontés, celui des besoins sans cesse étendus et renouvelés face à des moyens stagnants ou décroissants.

L'apport du calcul économique, dans sa capacité à éclairer des choix d'allocation de ressources, devient alors plus perceptible. L'économiste de la santé s'est trouvé au départ, pris entre deux conceptions opposées ; celle propre au milieu médical, qui conduit à placer la santé au-dessus de toute autre valeur et qui souligne le caractère unique de la relation médecin-malade, et celle plus ré pondue dans les milieux administratifs et économistes, qui conduit, au contraire, à tempérer voire récuser la spécificité du marché de la santé, allant parfois jusqu'à nier la légitimité d'un champ d'application à part entière de la science économique. Réconcilier ces deux positions n'était pas chose facile.

Les travaux des années 1970, tendent plus vers la recherche d'une légitimité auprès des économistes qu'auprès du milieu médical. En conséquence, malgré le diagnostic précoce d'ARROW² sur les nombreux signes distinctifs de cet objet d'analyse, ces premiers travaux demeureront calqués sur des modèles néoclassiques, sans véritable prise en compte de l'incertitude ou de l'ignorance du patient.¹

¹ 1 ARROW J., « Uncertainty and the welfare Economics of medical care», in *American Economic*

²Review, 1963, p.55. Cité par POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », Editions de santé, France, 2009, p.35.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Face aux critiques fortes que ces analyses n'ont pas manqué de susciter, y compris chez les économistes de la santé (Darbon et Letourmy 1983, Evans 1984)³, les travaux ultérieurs ont progressivement conduit à remettre en cause les modèles théoriques néoclassiques pour tenter de mieux appréhender la réalité de ce champ d'investigation. Ce faisant, les économistes ont tenté de répondre à l'interpellation de Claude Béraud (1983)⁴, qui notait que les stratégies sont mal connues, peu étudiées, totalement négligées par les économistes qui s'efforcent de résister à la tentation idéologique et s'attachent surtout à l'analyse du produit des activités médicales sans s'interroger sur sa signification. Mais cette recherche de légitimité auprès du milieu hospitalier (médical) a conduit, par un mouvement de balancier, à obscurcir les apports potentiels d'analyse plus théoriques sur les comportements micro économiques des acteurs sur ce marché. La partie de l'économie de la santé qui a gagné le plus de terrain dans les années 1980 est celle qui révèle du calcul économique appliqué et qui participe d'une volonté de maîtrise des coûts.

Or le raisonnement économique ne saurait être identifié à celui d'un comptable dont la préoccupation est d'assurer du respect du budget qui lui a été alloué. Ce raisonnement est en effet fondé sur la notion de coût. Ainsi, les soins ont un cout et l'approche économique qui consiste en la minimisation de ce coût est beaucoup plus large que le simple rationnement des dépenses de santé.

Mais ce qui caractérise surtout la vision des économistes est l'importance attachée aux réactions comportementales des individus. Celles-ci sont d'autant plus importantes à analyser qu'elles peuvent entraver la mise en place de réformes au demeurant fondées. Il est donc nécessaire d'accorder plus d'importance aux motivations des acteurs, fonction des contextes institutionnels dans lesquels ils œuvrent et à veiller à l'harmonisation de leur intérêt.

2. Le management hospitalier

Le management de la santé est un champ disciplinaire assez proche de celui de l'économie de la santé. Si ces champs ont en commun le souci d'établir des choix dans un univers de contraintes sur des ressources mobilisées, qu'elles soient financières ou humaines, et donc un souci d'optimisation de ces ressources, le management se situe à un niveau d'analyse plus fin.

³ POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », Editions de santé, France, 2009, p.35

⁴² Idem

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Le management étudie la « boîte noire »⁵ dans laquelle l'économie viendra puiser des enseignements pour développer son analyse. Si l'objectif d'optimisation et de rationalisation de l'action reste donc identique, la visée est différente lorsque le gestionnaire s'intéresse aux mêmes phénomènes que l'économiste, comme la coordination et l'infrastructure informationnelle.

2.1. Le champ du management appliqué à la santé

La question du management dans la santé peut être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : stratégie, finance, contrôle de gestion, gestion des ressources humaines...etc. Mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe ; on a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et les réformes du secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de rationalisation, évaluation et performance. Pourtant la masse critique des travaux de recherche sur le sujet reste relativement faible. De ce fait, les connaissances sur lesquelles s'assoient les règles de management préconisées ne sont pas toujours évidentes à cerner et la spécificité du champ de la santé ressort.

Eclairer ce paradoxe suppose d'établir un bilan des principaux travaux menés en management de la santé et qui permettra de mieux comprendre l'apport du management dans le domaine.

2.1.1. L'organisation de la prise en charge des patients

Quel que soit le cadre retenu pour évaluer la performance, la question de l'organisation du travail requise est prépondérante. La recherche de l'organisation nécessaire à la prise en charge des patients emprunte au champ de la gestion son inclinaison à comprendre les processus par lesquels la production est assurée. Dans le cas présent, l'enjeu est de savoir comment gérer les patients. Il s'agit de distinguer les activités qui peuvent être standardisées et ceux qui requièrent au contraire une autonomie des professionnels afin qu'ils prennent les décisions les plus judicieuses. Cette approche de l'organisation du travail lors de la prise en charge des malades est indispensable.

Dans la recherche d'optimisation de l'organisation du travail, de différents liens peuvent s'établir. Par exemple, les nouvelles technologies de l'information, sont censées améliorer la coordination ⁶entre les acteurs hospitaliers. La relation avec le patient est également à considérer comme l'élément le plus visible de cette organisation. L'implication du patient

²⁵ POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », op.cit, p.40

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

joue un rôle dans cette relation, il participe en effet par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer aux consignes qui lui sont données.

2.1.2. Gestion de la qualité

Si la gestion s'est largement intéressée aux questions relatives à la rationalisation financière, d'autres aspects de la performance ont été investis au cours de la même période.

Au premier rang de ceux-ci se trouvent la qualité des soins. De nombreux outils et méthodes ont vu le jour autour de notions de démarches qualité, et plus précisément d'assurance et d'amélioration continue de la qualité, depuis les années 1980.

Sur ce thème, le management a conduit à mettre en lumière, à côté de l'expertise professionnelle, l'organisation requise pour garantir cette qualité. Comme dans d'autres domaines à dominante professionnelle, l'expertise médicale reste la clé de voûte de la qualité des soins délivrés, mais qui reste tributaire d'une bonne organisation du travail entre les acteurs : les modes de coordination entre les services, les habitudes communes de travail jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge du patient.³

2.1.3. Utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord

L'objectif prôné par l'utilisation des tableaux de bord est d'affirmer une approche stratégique plus intégrée. Si ce concept a fait grand bruit au sein des entreprises, et se diffuse dans différents secteurs dont l'hôpital, sa portée et sa pertinence en matière stratégique, ont souvent aussi été discutées.

Ces tableaux de bord sont en effet censés asseoir une vision stratégique⁷, ce qui signifie que chaque établissement est capable, à partir des données chiffrées proposées par le tableau de bord, d'anticiper ses futures contraintes ou opportunités de développement. Mais en ce qui concerne les établissements de santé, les marges de manœuvres stratégiques sont réduites, surtout dans un contexte administré.

2.1.4. Le système d'information

³ ⁶GROSJEAN M. et LACOSTE M., « Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital », PUF Collections, Paris, 1999, p.63.

⁷ LORINO P., « Méthodes et pratiques de la performance », Editions d'Organisation, Paris, 2003, p.39.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Une partie importante des travaux de recherche en gestion de la santé développés ces dernières années s'est intéressée au développement des systèmes d'informations.

L'introduction d'un système d'information donne lieu à des réactions diverses mais procure des avantages indéniables, notamment l'amélioration de la qualité de l'information, la modification et l'amélioration de l'organisation du travail et l'amélioration de la communication entre services.

Que ce soit l'organisation de la prise en charge des patients, la qualité des soins, l'utilisation des tableaux de bord et le système d'information, ces questions nécessitent une bonne organisation du travail et aussi une bonne démarche de management au sein des structures de santé.

Parmi les structures de santé analysées, une grande partie des travaux de recherche mettent l'accent sur l'organisation hospitalière et le management hospitalier.

2.2. Le management hospitalier : définition et spécificités

Quelques éléments de réflexion sur le management hospitalier sont développés ici. On insistera plus particulièrement sur deux points :

- Toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement ;
- Cet établissement est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers⁸.

Dans un contexte hospitalier en évolution et pour gérer une complexité croissante, les hôpitaux doivent modifier leur organisation. Cela s'accompagne nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et la maîtrise de la mise en œuvre des divers instruments de management.

« La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management ⁹ ». L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

2.2.1. Définition

« Bien que d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise¹⁰ ».

Pour ALECIAN S., « le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance¹¹ ». Pour ces auteurs, il existe deux horizons du management : le management stratégique qui désigne la partie de l'activité qui consiste à se projeter dans l'avenir et à mettre en perspective l'activité de l'institution. Le management opérationnel concerne le fonctionnement de l'institution au quotidien.

Le management possède à la fois un volet humain qui mobilise les énergies, les anime au quotidien et un volet que les auteurs nomment « management des moyens ».

« Le management des hommes suppose que les cadres se préoccupent de dire où on va, comment, organisent les unités en conséquence et se dotent d'instruments de pilotage leur permettant de suivre le bon fonctionnement de leurs services¹² ».

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

En effet, l'hôpital doit faire preuve de son efficacité. Pour y parvenir il a besoin avant tout de cadres dirigeants pour conduire les évolutions. A partir des valeurs du service public hospitalier, les directeurs de soins doivent clarifier les missions, repenser les organisations et les modes de fonctionnement⁴ Manager consiste à conduire, diriger, commander, coordonner,

⁴9 CHEROUTE-BONNEAU, « La production de soins, un enjeu managérial », Gestion hospitalière, Février, 1998, p.95

¹⁰ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public », Editions d'organisation, Paris, 2002, p.10.

¹¹ Idem, p.11.

¹²Idem, p.14.

¹³ Idem

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

faire participer, et animer¹³ » mais manager ne peut se faire sans prévoir, évaluer, gérer et décider.

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

En ce qui concerne l'évaluation, elle est tout à fait adaptée au concept d'indicateur d'activité car elle donne une mesure. Mais elle n'a d'intérêt que lorsqu'elle donne un sens à cette mesure pour devenir une aide à la décision. Ainsi, ABBAD J. écrit : « chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier¹⁴ ».

Pour la gestion, il s'agit de l'ensemble des moyens mis en œuvre par une organisation pour aider les responsables à vérifier en permanence qu'ils atteignent leurs objectifs en utilisant leurs ressources de façon optimale.

La décision est un acte essentiel du management qui oblige à choisir une solution parmi toutes les possibles. Elle est inséparable de la prise de risque car la complexité des institutions rend difficile toute décision.

Pour évaluer et prendre des décisions, le management hospitalier a besoin d'indicateurs. L'indicateur est une information choisie, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs définis. Il s'agit de se doter d'un système d'information permettant de disposer d'informations quantifiées mesurant l'activité de soins dans les établissements de santé. De multiples indicateurs doivent être utilisés, notamment les indicateurs d'activités, de performance clinique et d'usage du personnel.

Le management à l'hôpital doit s'envisager en prenant en compte plusieurs éléments constitutifs de l'organisation :

- Les hommes au travail ne sont pas seulement agents mais aussi **acteurs** et disposent, de ce fait, d'une marge d'autonomie et d'une forme de **pouvoir**. Ils ont besoin, pour être motivés, de trouver un sens à leur action ;

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

- Ils évoluent dans une structure **complexe** qu'est l'**hôpital** ;
- Pour envisager les changements, conduire les projets et innover, il est primordial de changer de vision et d'avoir une **pensée stratégique**.

2.2.2. L'organisation hospitalière : une production et des pouvoirs particuliers

A. L'hôpital : lieu de production de prestations de services

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierie de la « production » semble inopportune, du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire¹⁵⁵.

La logique apparente, affichée, ne sera pas de produire du soin, mais de susciter la guérison, de faire recourir au patient un meilleur état de santé.

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

Notre positionnement gestionnaire nous conduit à penser l'hôpital comme lieu de production de prestations de services. Il s'agira de tenter une caractérisation de cette production et de son organisation.

HATCHUEL A. et SARDAS J.C.¹⁶ caractérisent le système productif comme un

Agencement d'entités, de ressources, de tâches et de modes de pilotage. Les entités constituent les cibles, leur circulation constitue la nature des activités productives. Les ressources concourent à la transformation des entités, ce sont donc, des machines, des locaux, des savoirs, des compétences des acteurs et du financement. Les tâches précisent le niveau de description des opérations. Une tâche permet de croiser une entité avec les ressources

¹⁴ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001, p.45.

¹⁵VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », Thèse de doctorat et Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Mobilisées. Les modes de pilotage de la production réunissent les actions réalisées par un ensemble d'acteurs, ces modes sont dépendants de la définition de la performance.

D'après MINVIELLE E.¹⁷, le système de production hospitalière peut être approché de la façon suivante : le patient est une entité qui est l'objet du processus envisagé, les ressources sont notamment constituées du personnel des services cliniques ou logistique, mais également des techniques utilisées, les tâches servent de support à l'organisation du travail, assurant la prise en charge du patient, et enfin, le pilotage se situe dans les unités de soins.

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

B. L'hôpital : Un pouvoir bicéphale

a. Le concept de pouvoir

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

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

b. Les pouvoirs au sein de l'hôpital

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

- Le pouvoir administratif du directeur ;

¹⁵VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », Thèse de doctorat et Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

¹⁶ Idem, p.214

¹⁷ Idem, p.215

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

- Le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins¹⁸.

J.M.CLEMENT souligne, que, « *lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs...¹⁹* ». Selon cet auteur, les modalités de recrutement, de nomination et de carrière des médecins et des directeurs qui entraînent ces différences d'objectifs. Ce qui pose problème, selon lui, est, l'absence de pouvoir arbitral. On parle aussi, dans les organisations, de pouvoir pyramidal, où les lignes hiérarchiques et la division du travail entre les concepteurs et les opérateurs rendaient clairement visible la détention du pouvoir.

Au sein de l'organisation hospitalière, le pouvoir est chez les opérateurs professionnels. Les jeux de pouvoir se focalisent sur deux enjeux principaux, le premier est celui de l'attribution des ressources financières, matérielles ou en support logistique, bien que les professionnels soient, peu impliqués dans les buts organisationnels, ils comptent sur l'organisation pour qu'elle fournisse les ressources nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. L'autre enjeu concerne ce que l'on appelle le processus de classement ; vers quel professionnel, vers quel service, le patient à l'hôpital va-t-il être orienté ? Si le pouvoir est dans les mains des professionnels, le sommet stratégique n'en est pas dépourvu, parce qu'il est le mieux placé pour gérer les nombreux conflits, mais il joue aussi un rôle important dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de liaison entre services.

c. Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif

Le pendant des relations au sein de l'hôpital entre le pouvoir médical et le pouvoir gestionnaire, se caractérise par la prééminence du métier technique de base (la technique médicale), reléguant en dernière place la dimension managériale et organisationnelle.

Aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique, mais aussi sur sa capacité à manager, animer une équipe, et travailler dans la transversalité. Beaucoup d'expériences mettent en avant la domination, dans les pratiques, de la technique sur le management, où la direction déplore le temps passé par l'encadrement à la technique au détriment de l'animation, du pilotage et du management des équipes. Cette difficulté est ressentie comme une frustration pour le personnel encadrant, qui se trouvent débordé en termes de charge de travail, et qui ne parvient pas à assurer son rôle correctement. Il s'ensuit des difficultés de

¹⁸ JUILLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le Directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique », 2002, p.24.

¹⁹CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital », les études hospitalières, Bordeaux, 19

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Relations et de communication au sein des équipes et des défauts de qualité importants en raison du manque de pilotage effectif des responsables²⁰.

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

2.3. Le management dans les établissements publics de santé

Nous abordons les spécificités de l'organisation afin d'observer ses caractéristiques principales et ses limites. Puis, nous visualisons le management dans ces établissements publics de santé.

2.3.1. Caractérisation des établissements publics de santé

A la différence des entreprises, les organisations hospitalières ont une mission principale de service public. Cette expression de service public signifie, l'activité destinée à satisfaire un besoin d'intérêt général, qui s'exerce sous l'égide des pouvoirs publics. Ces organisations hospitalières sont particulièrement spécifiques, en matière de statut, de modalités de gestion et de structures juridiques.

Parmi les caractéristiques des organisations hospitalières, on retrouve principalement :

- L'existence de statut juridique spécifique ;
- La réalisation de missions d'intérêt général ;
- Le caractère non marchand des activités ;
- La vocation non lucrative de l'organisation ;
- L'exercice d'un contrôle par l'Etat.
- L'hôpital est considéré comme une organisation de production des soins.

Deux grilles de lecture peuvent être utilisées, afin d'analyser les caractéristiques spécifiques aux organisations hospitalières, notamment, la grille « institutionnelle » et la grille « organisationnelle ».

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

L'analyse institutionnelle met en avant des spécificités d'ordres juridiques. Dans cette approche, les organisations hospitalières :

- Relèvent d'un système juridique particulier ;
- Fonctionnement selon une rationalité de service public ;
- Se financent à partir de ressources budgétaires affectées.

L'analyse organisationnelle part du constat selon lequel les organisations hospitalières traduisent trois tendances de base :

- Une organisation de production de soins;
- Des activités, plus fréquemment des services ;
- Un environnement complexe, et marqué par d'importantes contraintes.

2.3.2. Le management et le fonctionnement des établissements publics de santé

Au vu des différents critères que nous venons d'exposer, comment pouvons-nous qualifier le mode de management qui prédomine dans les organisations hospitalières ?

Très peu de définitions du management public ²¹sont données dans la littérature en gestion. Laufer décrit deux courants opposés pour définir le management public. Un premier courant considère que le management public est le management des organisations appartenant au secteur public, la notion de public accolé à celle de management correspondant au statut juridique des organisations. Le second courant de pensée ne considère que le critère juridique doit céder la place à des critères issus des sciences humaines.

Le premier courant montre le management public comme un management appliqué aux organisations du secteur public. Ce courant de pensée admet alors que les organisations publiques de santé ne sont pas des organisations comme les autres et qu'il faut leur appliquer un management spécifique.

Selon Krief, « considérer les organisations de service public comme des organisations⁸ Spécifiques tend à les marginaliser²² ».

⁸²¹ LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », Dalloz, Paris, 1980, pp. 29-35.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Pour cet auteur, « dire qu'il y a un management public⁹ spécifique appliqué aux organisations publiques n'est pas acceptable en l'état²³ ».

Le deuxième courant évite le statut juridique de l'organisation, pour s'attacher à définir le management comme une science administrative. Selon Chevallier, cette deuxième approche tend « à découvrir et mettre en œuvre les méthodes les plus rationnelles et les plus efficaces d'organisation, en vue d'accomplir, dans les conditions optimales, une tâche donnée²⁴ ».

Dans les deux approches que nous venons d'évoquer, le management public équivaut au management des organisations du service public.

Laufer et Burlaud définissent le management public²⁵ comme une méthode, et le secteur public comme un lieu d'application de cette méthode. Le management public est donc constitué par les méthodes de management pratiquées par les organisations publiques de santé.

Traditionnellement, les organisations hospitalières ont été construites sur le modèle de la bureaucratie dite « wébérienne ». La bureaucratie est une forme d'organisation rationnelle, qui est basée sur les règlements impersonnels. De ce fait, il légitime le pouvoir par la force de la réglementation établie par la hiérarchie. Pour Max Weber, la bureaucratie doit correspondre au règne de l'impersonnalité. Il établit un parallèle entre les modes d'administration et les modes de domination.

Les organisations hospitalières sont caractérisées par une forte centralisation. Le secteur public est avant tout qualifié de bureaucratique.

En résumé, les caractéristiques du mode de fonctionnement bureaucratique sont les suivantes : les règles impersonnelles qui régissent les organisations, les décisions centralisées, les catégories hiérarchiques et les relations de pouvoir parallèles. La rigidité des tâches et des rapports ainsi que le caractère impersonnel rendent difficile la communication entre les différents acteurs. Dans une bureaucratie, chacun cherche à accroître son pouvoir tout en limitant celui des autres.

²² KRIEF N, « Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public », thèse pour

²³ Idem, p.82.

²⁴ CHEVALLIER J., « Science administrative », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986, pp. 45-46.

^{9 25} LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », op.cit, pp. 29-40.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

2.4. Le management hospitalier : enjeux actuels

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 les tableaux de bord, 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 le pas 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 management des organisations pour les pays du tiers monde devrait reposer sur un modèle néolibéral qui, dans les pays développés, considère l'hôpital comme une entreprise.

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, 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 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. La nécessité d'une approche managériale apte à mobiliser l'ensemble des acteurs et à créer un esprit collectif.

Dans ce contexte du management hospitalier, un nouveau type d'approche « participative » est donc mis en œuvre. B. HONORE (1960)²⁶, dans son ouvrage *l'hôpital et son projet*, écrit : « la participation, dans tout organisme, est la prise du pouvoir de chacun sur sa pratique pour l'autocontrôler, l'auto-organiser en fonction d'objectifs et de moyens concertés verticalement et en transversalité. L'on ne s'implique efficacement que dans ce que l'on a contribué à créer. La démarche de projet ne consiste donc pas, pour les hospitaliers, à emboîter le pas de la direction, mais encouragés et soutenus par elle, à s'y engager eux-mêmes.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

A cette condition, pourront être dépassées les résistances naturelles au changement et pourront s'affirmer des comportements facilitant la communication, contribuant au décloisonnement et suscitant des initiatives et des propositions, tout en reconnaissant l'existence de contraintes spécifiques. »

Pour inculquer la vision managériale, il faut parvenir à installer une notion problématique qui présume que la santé publique se développe par la production de soins. Il s'agit d'une approche managériale qui considère l'hôpital comme une organisation de production de soins et service.¹⁰

Après avoir présenté un bref historique sur l'économie de la santé et quelques éléments essentiels relatifs au management hospitalier, il s'agit de se focaliser sur l'organisation hospitalière. Nous proposons désormais d'analyser dans cette seconde section, ce en quoi ces organisations hospitalières sont des organisations fondées sur le modèle bureaucratique. A cet effet, nous nous appuyons sur une analyse critique des travaux de Mintzberg relatifs à la « bureaucratie professionnelle ».

Section 2 : La Bureaucratie professionnelle:

Si l'hôpital est classiquement abordé comme une bureaucratie professionnelle, ce modèle est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques en œuvre dans la structure. L'hôpital peut être vu d'abord comme un lieu de pouvoir, de différenciation, avant d'être envisageable comme un ensemble d'activités juxtaposées, générant chacune leurs propres contraintes. Selon STEUDLER F., l'hôpital est un « enjeu technique et un lieu de production, de diffusion et d'application du savoir²⁷ ».

1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle :

L'analyse proposée par H.MINTZBERG, considère cinq éléments de base de l'organisation ; le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique. La prise en compte de paramètres de conception et de facteurs de contingence aboutit à définir cinq configurations structurelles : la structure simple, la

¹⁰²⁶ HONORE B., « L'hôpital et son projet », Edition Privat, Toulouse, 1960, p.20

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnaire et l'androcration.

L'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature pour appréhender l'hôpital est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1982). Dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle avec les spécificités suivantes ; le mécanisme de coordination principal est la standardisation des qualifications, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel, les principaux paramètres de conception sont la formation, et la socialisation, la spécialisation horizontale du travail, la décentralisation horizontale et verticale²⁸.

1.1. Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle

La bureaucratie professionnelle est une configuration structurelle où le centre opérationnel de l'organisation est dominé par des opérateurs qualifiés de « *professionnels* ».

L'environnement est à la fois complexe et stable, complexe pour requérir l'utilisation de procédures dont l'apprentissage exige des années de formation, stable pour que ces compétences soient bien définies et en fait standardisées. L'environnement est alors un facteur de contingence principal qui amène la création des bureaucraties professionnelles. L'âge et la taille sont des facteurs de moindre importance. Le système technique des bureaucraties professionnelles, n'est ni sophistiqué, ni régulateur, la technologie et le savoir sont sophistiqués, mais le système technique et donc les instruments utilisés ne le sont pas²⁹.¹¹

1.2. Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle :

- Domination du centre opérationnel et son développement, en raison de l'importance des professionnels qui se retrouve en bas de la structure, leur pouvoir vient selon Mintzberg, de ce que le travail qu'ils accomplissent est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes.

²⁷STEUDLER F., « Vers une nouvelle stratégie hospitalière », journal d'économie médicale, n°3, 1988, pp.231-234, p.232.

²⁸ NOBRE T., « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des Dysfonctionnements », manuscrit publié dans le 20ème congrès de L'AFC, France, 1999, pp.2-4.

²⁹MINTZBERG H.« Structure et dynamiques des organisations »Editions d'organisation, Paris, 1982, pp.324-326

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

- La standardisation des qualifications renforce la latitude de liberté du professionnel au sein de l'hôpital, rendant difficile la mobilisation de celui-ci pour définir et réaliser les objectifs de l'organisation. Elle favorise de plus, le regroupement des individus au sein d'organes de classe qui transcendent les limites de chaque hôpital et facilite la mobilisation de ceux-ci autour d'objectifs de nature corporatistes. Paradoxalement, cette caractéristique facilite le travail à très court terme au sein des unités élémentaires de l'organisation, mais complique considérablement la gestion de l'avenir de l'hôpital en tant qu'entité.

- Les membres du centre opérationnel cherchent à minimiser l'influence de l'encadrement et des analystes sur leur travail, ils poussent à la décentralisation horizontale et verticale. Les opérateurs exercent une pression en faveur du professionnalisme, en recourant à la formation, pour améliorer leurs compétences. Les cadres opérants recherchent également l'autonomie, et la décentralisation verticale limitée leur permet d'augmenter leur pouvoir aux dépens du sommet stratégique. Ils poussent à la division de l'organisation en petites unités (balkanisation) dans lesquelles ils peuvent exercer un contrôle sur leurs propres décisions³⁰.

1.3. Description de la bureaucratie professionnelle :

L'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle, composée d'un sommet stratégique qui est la direction générale de l'organisation, d'une ligne hiérarchique, composée des cadres, d'un centre opérationnel comprenant les acteurs produisant le produit ou fournissant le service tel que les médecins et le personnel infirmier dans un hôpital, une technostructure où l'on trouve les spécialistes qui s'occupent de la conception et de l'exploitation des systèmes de planification et de contrôle, et enfin, les fonctions de support logistique qui fournissent un support indirect aux opérateurs et au reste de l'organisation. Chaque partie de base, est caractérisée par une force spécifique, dans le cas de la bureaucratie professionnelle, le centre opérationnel est l'élément clé, il est marqué par la tendance à la professionnalisation^{31, 12}.

³⁰HOLCMAN R., « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des Bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », thèse de doctorat, soutenue à l'Université Paris Dauphine, 2008, pp.46-50.

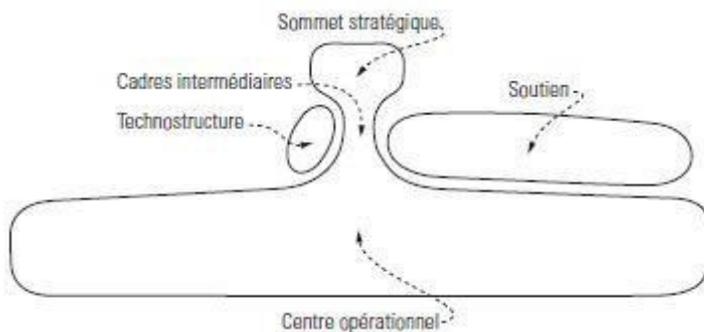
³¹ STEUDLER F., « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril, 2004, p.49.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

La configuration structurelle « bureaucratie professionnelle », est une structure aplatie avec une ligne hiérarchique mince, une technostructure ténue et un ensemble complet de fonctions de support logistique³², comme la montre La figure ci-après La petitesse de sa technostructure contraste avec l'ampleur du centre opérationnel et de la fonction de support logistique. La raison du peu d'importance de la technostructure est qu'il existe une standardisation des qualifications. Le centre opérationnel est la partie clé de l'organisation, qui se caractérise par un travail qualifié, empreint d'une grande autonomie individuelle. Il est si développé, en raison de l'importance des professionnels qui se retrouvent en bas de la structure. La ligne hiérarchique est contrôlée par les professionnels, et l'accent est d'avantage mis sur la formation et la socialisation.

Dans cette bureaucratie professionnelle, Le rôle des paramètres de conception, notamment la formation et la socialisation, suggère l'importance du centre opérationnel dans la bureaucratie professionnelle. L'ensemble des fonctions de support logistique est l'autre partie de l'organisation qui est développée, et a pour mission de servir le centre opérationnel.

Figure n°1 : La bureaucratie professionnelle



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

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Le fonctionnement de cette organisation est étroitement dépendant des standards des qualifications de ses opérateurs professionnels, avec des systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels travaillent de façon autonome sous le contrôle de la profession.¹³

1.3.1. Le travail du centre opérationnel

La bureaucratie professionnelle s'appuie pour coordonner les activités, sur la standardisation des qualifications comme mécanisme principal de coordination, et sur la formation et la socialisation comme paramètres de conception. Mintzberg, soulignent que, « *pour coordonner ses activités, l'organisation professionnelle, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui est elle-même réalisée principalement à travers la formation et la socialisation. Elle ¹⁴recrute des spécialistes dument formés, des professionnels, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail³³ ».*

Dans la standardisation des qualifications, chacun des professionnels sait ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il l'a appris. Par exemple, dans une salle d'opération à l'hôpital, le chirurgien et l'anesthésiste ont à peine besoin de communiquer pendant l'opération.

Les principaux paramètres de conception de la bureaucratie professionnelle, sont donc la formation et la socialisation, où la formation initiale est menée à l'extérieur de l'organisation, mais cela ne s'arrête pas là, vient ensuite une longue période d'apprentissage comme l'internat pour les médecins par exemple, consacrée à l'application pratique des connaissances acquises lors de la formation initiale.

Concernant les professionnels de cette configuration, leur travail est spécialisé dans la dimension horizontale et aussi verticale. Ces professionnels agissent de façon indépendante du reste des acteurs, et ont une autonomie.

1.3.2. Le caractère bureaucratique de la structure

La structure de cette organisation est bureaucratique, sa coordination est assurée par des standards qui sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, où l'accent est mis sur le pouvoir de la compétence. Perrow (1970), montre dans la description d'un service hospitalier, à quel point l'organisation peut être bureaucratique : par exemple, le service de

¹³³² MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », op.cit., pp.314-315.

³³MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », op. cit, p.310-311.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Gynécologie est un service relativement routinier, il s'agit donc d'un travail répété pour les médecins et pour le personnel³⁴.

1.3.3. Le processus de classement

Pour comprendre le fonctionnement du centre opérationnel, concernant la bureaucratie professionnelle, il est nécessaire de le représenter comme un répertoire de programmes standards. Le travail du professionnel consiste à déterminer dans quel cas se situe le patient (le diagnostic), et à appliquer ensuite le programme standard correspondant au cas. Son travail comporte donc deux phases ; de diagnostic et d'exécution. C'est le processus de classement qui permet à la bureaucratie professionnelle de découpler ses diverses tâches opérationnelles et de les affecter à des professionnels relativement autonomes. Dans ce processus, le diagnostic est une phase importante, mais circonscrite, où le professionnel cherche à associer à un cas prédéterminé un programme standard, et puis dans une seconde phase d'exécuter ce programme. Il crée une équivalence entre structure par fonctions et structure par marchés. A l'exemple, du service de gynécologie d'un hôpital, qui peut être qualifié de fonctionnel parce que les spécialistes y sont regroupés en fonction de leur compétence, aptitudes et méthodes de travail, mais il s'agit aussi d'unités constituées sur la base de marchés, puisque chacune d'elle traite un type particulier de patients.

1.4. La structure administrative

La bureaucratie professionnelle est une structure très démocratique pour les professionnels du centre opérationnel. Ces derniers contrôlent leur propre travail mais ils cherchent à avoir le contrôle collectif des décisions administratives³⁵.

Une partie du travail administratif est réalisée par les professionnels eux-mêmes. Pour la structure administrative, le mécanisme de coordination des activités, est l'ajustement mutuel. Concernant les cadres administratifs, ETZIONI A., explique que : « *les cadres administratifs des organisations professionnelles sont responsables d'activités secondaires ; ils administrent les moyens qui sont mis à disposition de l'activité principale qui est celle des experts...à l'intérieur de la structure, la décision finale est entre les mains des divers professionnels et des organismes de décisions dont ils sont les membres*³⁶. ». ETZIONI A, dans son explication et sa description concernant les cadres administratifs, sous-estime le pouvoir du personnel administratif. Il précise, que ce personnel administratif qu'il appelle administrateur non

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Professionnel, est beaucoup plus nombreux que les professionnels à l'intérieur de l'organisation hospitalière.

En effet, il existe deux hiérarchies parallèles dans la bureaucratie professionnelle, *l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut, et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas*³⁷. Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise, où il oblige à refléter les niveaux d'expertise et d'expérience professionnelle. Pour la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont liés à la fonction. Il s'agit donc de deux approches de travail, où l'une oriente les professionnels vers le service, pour l'autre, l'orientation bureaucratique est vers le respect des procédures, qui sont situées à l'opposé l'une et l'autre, et que leur présence conjointe crée souvent des conflits dans les organisations. Ces deux hiérarchies parallèles sont donc maintenues très indépendantes, et souvent séparées. En termes Weberiens, on pourrait dire qu'il s'agit d'une sorte d'opposition entre l'autorité « légale-rationnelle » du bureaucrate et l'autorité « charismatique » du professionnel-médecin.¹⁵

1.5. Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle

Le modèle organisationnel « bureaucratie professionnelle », s'appuie sur une représentation de l'hôpital comme une organisation dans laquelle interviennent deux acteurs principaux : le corps médical et la direction de l'établissement (Freidson, 1984, Harris, 1977, Huard, 1977, Young et Satlman, 1985). Ces acteurs disposent de compétences et de zone de pouvoir spécifique. Mais, selon ce modèle, la répartition du pouvoir entre eux est inégale, parce que concernant des activités de nature différente. Or, que l'on examine la complexité des tâches réalisées, le statut des individus qui les effectuent ou l'importance sociale de l'activité, toutes ces caractéristiques tendent à conférer au corps médical, un pouvoir d'influence plus fort par rapport au directeur et au gestionnaire de l'hôpital. L'activité médicale est plus urgente, moins routinière, et moins contrôlable. L'autonomie du médecin par rapport à l'institution hospitalière est plus grande, et son pouvoir de décision dépend moins de sa position dans la hiérarchie hospitalière que de son appartenance à la profession médicale³⁸.

³⁵MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », op.cit., pp.314-315.

³⁶ Idem, p.318.

³⁷ Idem, p.320.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

La bureaucratie professionnelle est une forme de structuration de l'activité caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnels, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. L'hôpital est donc une structure au sein duquel la haute qualification des opérateurs est structurellement en conflit avec le pôle administratif, lui-même encadré par les règles contraignantes de l'autorité publique, quant aux budgets et au financement des soins de santé. Les exigences de rigueur dans la gestion sont en permanence en conflit avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement technique et professionnel³⁹.

La bureaucratie professionnelle est le lieu de tensions entre ses composantes, la première d'entre elles vient du positionnement particulier des professionnels au sein de l'organisation, où *le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique*⁴⁰(Mintzberg, 1982).

L'un des clivages les plus importants à mettre en lumière dans ce type d'organisation est l'opposition entre une identité professionnelle et une identité institutionnelle, cette dernière caractérise le personnel qui se reconnaît davantage dans l'organisation où ils travaillent que dans leur métier ou leur profession. L'autre source de tensions à mettre en évidence est la propension des professionnels à obtenir, en plus du contrôle sur leur propre travail, le contrôle collectif sur les questions administratives qui les concernent. C'est la raison pour laquelle Mintzberg, considère que, dans les bureaucraties professionnelles, les administratifs ne conservent leur pouvoir qu'à condition que leur action serve efficacement les intérêts des professionnels, et que les questions stratégiques soient sous le contrôle de ces derniers.

La bureaucratie professionnelle est aussi une configuration structurelle démocratique, où les opérateurs disposent d'un pouvoir et d'une autonomie dans l'exercice de leur profession. L'autonomie permet aux professionnels de perfectionner leurs qualifications. Ces bureaucraties professionnelles sont affectées de bien d'autres formes de dysfonctionnements concernant entre autre la coordination des activités, le cloisonnement entre les acteurs, et le contrôle.

Dans le caractère d'autonomie et de démocratie des professionnels de ces organisations, résident les problèmes de la bureaucratie professionnelle, du fait qu'il est difficile de superviser le travail des professionnels ayant l'autonomie et le pouvoir, et de corriger les défaillances qu'ils négligent et évitent. Ces professionnels ont tendance à négliger les

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation qui surgissent dans ces structures.

1.5.1. Les problèmes de coordination :

Dans la bureaucratie professionnelle, le mécanisme principal de coordination est la standardisation des qualifications. Ce mécanisme est peu puissant et il ne peut pas régler tous les problèmes qui surgissent dans cette configuration structurelle. Il y'a donc un besoin de coordination entre les deux hiérarchies, professionnelle et non professionnelle. Pour le professionnel, c'est lui qui donne des ordres, mais cela met les fonctionnels dans une situation difficile car ils reçoivent les ordres à la fois par leur hiérarchie mais aussi par les opérateurs. Des problèmes de coordination existent aussi entre les professionnels, où le processus de classement⁴¹ concernant par exemple les programmes standards, apparait comme la source d'un grand nombre de conflits dans cette organisation.

1.5.2. Les problèmes de contrôle :

Même si le processus de classement fonctionne, l'organisation rencontre des problèmes car le travail des professionnels et des opérateurs exige un contrôle et une évaluation. Or, il est difficile de superviser le travail des professionnels en raison de leurs pouvoirs, savoirs et autonomie et donc la bureaucratie professionnelle est relativement impuissante face aux professionnels. L'autonomie des professionnels permet d'ignorer les besoins des patients mais aussi ceux de l'organisation. Ils considèrent l'organisation comme une structure et un endroit commode dans laquelle ils exercent leurs professions, où l'organisation pour eux est accessoire et ne se considèrent pas comme faisant partie d'une équipe. Ces professionnels s'identifient plus à la profession qu'à l'organisation où il la pratique, et sont loyaux vis-à-vis de la profession mais pas en vers l'organisation. La coopération entre les acteurs au sein de cette structure est cruciale pour le fonctionnement de l'organisation.

1.5.3. Les problèmes d'innovation :

Le fonctionnement et les programmes existants dans les bureaucraties professionnelles, et les innovations majeures nécessitent de la coopération, nécessitent aussi des efforts interdisciplinaires et une modification du processus de classement. Par conséquent, la résistance des professionnels à coopérer se traduit par des problèmes d'innovation. La

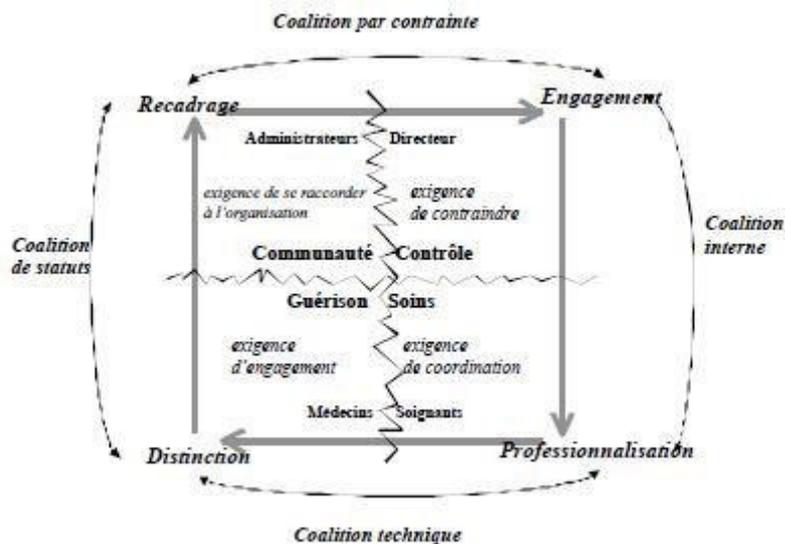
Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Bureaucratie professionnelle est une structure rigide, avec une production standardisée mais qui n'est pas adaptée à l'innovation⁴².

Les problèmes de l'innovation dans la bureaucratie professionnelle trouvent leur origine dans la méthode de raisonnement déductif utilisées par les professionnels, celles qui conduisent à faire naître d'autres problèmes. A cause de l'autonomie des opérateurs et du pouvoir de la base dans les décisions, le pouvoir de changer la stratégie est diffus, où tout le monde doit être d'accord sur le changement. Un environnement dynamique exige des changements, de nouvelles compétences, un nouveau mode de classement et des efforts de coopération de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers.¹⁶

Toutefois, le modèle de la bureaucratie professionnelle a plus été appliqué à l'hôpital par ses lecteurs que par H.MINTZBERG lui-même. Jugeant ce modèle, cet auteur a proposé un cadre conceptuel reposant sur les « quatre mondes » ou « quatre C » (care, cure, control and community), dont nous présentons ci-dessous une version adaptée (cf. figure n°2)

Figure n°2 : Les « quatre mondes » hospitaliers de GLOUBERMAN S. et MINTZBERG H.



Source : VINOT D. « le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat et Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 203.

⁴¹MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », op.cit, pp.328-330.

⁴²Idem, pp.330-332

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

La communauté et son exigence de se raccorder à l'organisation, représente le monde des administrateurs, un monde communautaire avec son conseil d'administration, qui surplombe l'organisation, et qui cherche à s'ancrer et à étendre son influence par un réseau de relations. Le monde du « contrôle » et son exigence de contraindre est celui des « administratifs » avec ses composantes hiérarchiques, qui tend à exercer et renforcer son autorité de contrôle. Le monde de la guérison ⁴³ est celui des « professionnels médicaux », des médecins qui interviennent pour guérir et qui ont besoin de s'investir pleinement dans les actes qu'ils réalisent et prodiguent. Leur engagement est avant tout une production de soins.

Enfin, le monde des « soins » est celui du personnel soignant, qui prodigue les soins. Il est caractérisé par un enchaînement des tâches et marqué par une exigence perpétuelle de coordination.

Ces quatre mondes sont en interaction les uns les autres et tendent chacun, à leur manière de maîtriser la structure. L'administrateur tentera de se substituer à l'administratif, ¹⁷une coalition par contrainte peut tout à fait être présente entre ces deux mondes, notamment pour obliger les deux mondes à fonctionner différemment.

L'engagement du directeur pourra se focaliser sur les services, en tentant à son tour de déplacer son rôle et de régler les problèmes internes aux services, notamment en instaurant une coalition interne, entre le corps infirmier et lui. Le directeur se trouve en position de conflit avec le corps médical. Toutefois, une coalition d'ensemble peut se constituer quand la nécessité de se présenter de façon unifiée s'impose pour maintenir sa position (en termes de budget) dans l'environnement. Le principe d'opposition traditionnelle dans cet antagonisme médecins-directeurs s'exprime dans une disqualification mutuelle matérialisée dans les compétences respectives, qu'un statut de médecin-directeur ne résout pas. Le point d'accord peut se construire dans la conjonction des projets professionnels médicaux et du projet organisationnel, à condition que ce dernier ne soit pas perçu par les professionnels comme une réponse seulement logistique.

⁴³ VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », Thèse de doctorat et Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 203.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

De leur côté, les infirmiers essaient de « professionnaliser » leur métier dans une démarche de mimétisme par rapport à la profession médicale et créent une coalition opérationnelle et technique avec les médecins. Toutefois, ils peuvent se rapprocher de la direction dans le cadre d'un ajustement de leur travail (travail de nuit, par exemple). Le personnel soignant se trouve en fait divisé dans son rapport à la technique. On rapprochera ainsi les attitudes de soignants du bloc opératoire de ceux des services de réanimation, le comportement de ces soignants est, apparemment, construit dans une dichotomie entre « technique » et « relationnel »⁴⁴.

Enfin, les médecins tentent de se distinguer de la structure, notamment par l'acquisition et l'utilisation de la technologie dans le cadre du déploiement des techniques médicales.

On constate ainsi que la technologie est à la fois un pôle de tension et de réconciliation entre les quatre mondes hospitaliers par rapport à leur environnement commun qui est la tutelle. Pôle de réconciliation quand les parties prenantes s'associent pour l'acquisition de nouveaux matériels : les médecins renforcent la différenciation de leurs prestations, les soignants valorisent leurs activités cristallisées sur le matériel, actent de l'emprise croissante de la technique sur le relationnel, le directeur montre ses capacités à négocier des crédits supplémentaires avec la tutelle, et l'administrateur appuie l'action du directeur en contournant le pouvoir de la tutelle par une négociation jouée à un niveau politique.¹⁸

2. L'approfondissement du modèle

NOBRE T. propose dans ses travaux concernant le management hospitalier, un approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle. Cet approfondissement appliqué à l'organisation que constitue l'hôpital, nécessite la prise en compte d'éléments constitutifs du modèle théorique qui ont été insuffisamment pris en compte dans le modèle initial, dont les évolutions viennent remettre en cause les postulats initiaux. Cet approfondissement du modèle implique de fortes conséquences sur le rôle et les comportements des acteurs dans l'organisation, dans une perspective d'amélioration de l'organisation interne et de la gestion de ces hôpitaux mais aussi d'accroissement de leurs efficacités.

⁴⁴VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », Op.cit., p. 205.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

2.1. L'évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle

Deux éléments plaident pour un approfondissement du modèle de Mintzberg. Le premier est inhérent aux caractéristiques propres du modèle, l'autre découle de l'évolution de l'environnement de l'hôpital⁴⁵.

L'hôpital offre la particularité du rôle très important joué par le personnel soignant, qui constitue un véritable prolongement du corps médical. La notion de centre opérationnel semble donc être trop restrictive. Le mécanisme de l'ajustement mutuel dans l'hôpital ne considère que le corps médical, alors qu'une grande partie des tâches consommatrices de ressources sont effectuées par d'autres catégories d'acteurs.

Le second élément qui plaide pour un approfondissement est l'évolution de l'activité et de l'environnement hospitalier. L'évolution de l'activité hospitalière doit être définie et relativisée en fonction des facteurs de contingence définis dans le modèle théorique principalement l'environnement (complexe et stable) et les systèmes techniques non sophistiqués. Si l'environnement est toujours aussi complexe, il s'avère que la stabilité n'est plus toujours aussi forte. Les évolutions et les modifications structurelles (suppression de certains lits, l'introduction de nouveaux services et de nouvelles spécialités médicales...) constituent des menaces. Le système technique a très fortement évolué aussi bien dans les moyens d'investigation et d'imagerie.

Toutes ces évolutions nécessitent une coopération grandissante entre les différentes spécialités et entre les différents acteurs. Tous ces éléments font que simultanément les besoins de coordination sont de plus en plus importants alors que le degré de complexité du mode de fonctionnement augmente. Il s'avère ainsi que l'organisation hiérarchique traditionnelle est complexe et connaît de multiples contraintes.

2.2. La structure hospitalière : « légitimité » médicale et « impertinence » gestionnaire

La structure hospitalière, au-delà d'une description fonctionnelle, peut également s'expliquer, plus profondément, par un découpage organisationnel suivant, non pas une logique de prise en charge du patient, mais les formes de spécialisation du savoir médical.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

L'hôpital est progressivement devenu le lieu du déploiement de la technologie, couplé à la logique de diffusion du savoir médical. On constate que cette structure hospitalière a embrassé les spécialisations médicales successivement, au rythme de leur développement.

Le modèle « rationnel » de l'administration wébérienne ne sont pas spontanément légitimes, tant pour les professionnels que pour les patients. La décision médicale peut être perçue par les administratifs comme une décision touchant à la seule relation médecin patient, hors de tout contexte social et économique : ces deux logiques, qui se superposent aujourd'hui sous la contrainte du contrôle des dépenses de santé, s'opposent et développent leurs outils et finalités propres en indépendance l'une de l'autre. Plus que de simples oppositions, les rapports entre acteurs sont complexes, l'attitude des professionnels est loin d'être homogène, au niveau des communautés médicales et soignantes⁴⁶.

Malgré les différences de logiques d'action évoquées, les problèmes rencontrés dans le champ sanitaire ne sont pas éloignés de ceux de l'industrie, comme l'absence de critères de gestion unanimement reconnus, la présence de logiques contradictoires dans un contexte finalisé, la difficile mesure de l'activité... à partir de ces constats, on observe un double mouvement pouvant s'étayer sur la gestion ; la recherche de généralisation des prises en charges, par l'importation de techniques déjà employées dans l'industrie, et l'invention de modes d'organisation originaux. Face aux différentes rationalités en œuvre à l'hôpital, le projet peut apparaître comme un concept subversif bousculant les rationalités présentes.

2.3. L'organisation hospitalière où la juxtaposition des contraintes

L'organisation hospitalière est problématique, notamment dans la difficulté pour l'hôpital à forger des coordinations et des règles communes entre chaque service pour concilier finalités médicale, infirmière, organisationnelle et du malade. Ces difficultés s'illustrent notamment par les spécificités de l'activité hospitalière, (singularité de toute activité de soin, absence de référent incontestable quant au résultat produit, mais aussi par le mode d'organisation du travail dans les services, écart fort entre travail prescrit et travail réel), et présentent à elles seules l'intérêt et la nécessité d'une démarche globale d'organisation autour du patient.

Dans le cadre de l'organisation classique des établissements hospitaliers, chacun des acteurs ferait selon sa logique professionnelle ce qu'il estime être le mieux. La mise en relation entre

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Les différents intervenants dans le soin devient le facteur de risque, celui de tous les efforts et de toutes les tensions. C'est donc dans les agencements que se situent les potentiels de création et d'amélioration de la valeur du soin, c'est-à-dire que cette dernière intègre une dimension organisationnelle^{47.19}

L'organisation du processus de prise en charge s'effectue non autour du malade, mais autour du groupe médical : la finalité de cette organisation n'est pas loin du malade en tant que tel, mais le diagnostic médical. Cette visite étant elle-même peu formalisée, l'organisation qui en résulte est nécessairement réalisée par ajustement mutuel : les activités s'organisent autour de l'évènement médical quotidien, mais non autour d'objectifs de soins à moyen ou long terme, ni aussi autour de leur planification.

Il s'agit pour l'hôpital, d'une juxtaposition de prestations médicales, soignantes et logistiques. L'activité structurante reste de nature libérale dans la réalité des tâches et des missions. Pourtant, la plupart des pathologies d'un même service sont relativement standard.

La rationalisation de la prise en charge des patients s'intéressera alors aux modes d'action qui supporteront d'être partiellement standardisés, planifiés, et qui correspondraient à un modèle de gestion finalisé par les missions définies dans le projet d'établissement.

Après avoir abordé le modèle organisationnel utilisé pour appréhender l'organisation hospitalière, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, nous avons conclu que ce modèle est insuffisant pour rendre compte des évolutions de l'activité et de l'environnement hospitalier, et que l'organisation hospitalière est confrontée à de multiples contraintes qui engendrent une complexité et une difficulté en matière de sa gestion.

Afin de mieux cerner la complexité de l'organisation hospitalière, une analyse détaillée portant sur les caractéristiques et les spécificités de cette organisation, s'avère déterminante pour appréhender la réalité de l'établissement hospitalier.

Section 3 : Organisation hospitalière en Algérie

⁴⁷VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », op.cit., p. 209.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Il s'agit d'une approche qui analyse les caractéristiques organisationnelles des établissements hospitaliers, notamment la complexité, les spécificités et les particularités du fonctionnement organisationnel.

1. L'hôpital : une organisation complexe

Les sciences de gestion ont connu, durant les deux dernières décennies, une forte accélération des travaux, concernant l'organisation et le management hospitalier. Quelles que soient les thématiques abordées, de nombreux auteurs s'accordent pour souligner la complexité de l'hôpital et du management hospitalier. Ces derniers témoignent de la multiplicité des approches employées pour rendre compte de la complexité du monde hospitalier et de la diversité des entrées possibles pour l'appréhender.

1.1. L'hôpital : un monde complexe

Il paraît essentiel de définir ce qu'est la complexité, avant d'aborder et de s'intéresser à la complexité du monde hospitalier.

1.1.1. Le concept de la complexité

Le sens profond du mot complexus veut dire « tissé ensemble »⁴⁸. C'est également l'incertitude de la connaissance, et l'affrontement de notions que l'on doit associer alors qu'elles semblent contradictoires. On peut établir un lien entre complexité et incertitude, perte de repères, et déficit d'informations. La complexité est un défi, on doit y répondre par l'articulation des parties au tout, il est donc primordiale d'apprendre à gérer cette complexité.

1.1.2. La complexité à l'hôpital

Dans nos organisations hospitalières, la notion de complexité apparaît au quotidien, en raison de la multiplicité de nouveaux textes de la part du législateur, de l'évolution des attentes des patients, de la nécessité de gérer les ressources avec efficacité et efficience, et du fait de l'évolution des règles de fonctionnement.

L'hôpital connaît une dynamique d'évolution dans un environnement contraignant où il doit s'adapter aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques et aux progrès scientifiques. Cette organisation hospitalière est soumise à l'influence des besoins exprimés

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Par la société. Elle est un complexe d'opérations. Le problème²⁰ Il s'agit d'une approche qui analyse les caractéristiques organisationnelles des établissements hospitaliers, notamment la complexité, les spécificités et les particularités du fonctionnement organisationnel.

1. L'hôpital : une organisation complexe

Les sciences de gestion ont connu, durant les deux dernières décennies, une forte accélération des travaux, concernant l'organisation et le management hospitalier. Quelles que soient les thématiques abordées, de nombreux auteurs s'accordent pour souligner la complexité de l'hôpital et du management hospitalier. Ces derniers témoignent de la multiplicité des approches employées pour rendre compte de la complexité du monde hospitalier et de la diversité des entrées possibles pour l'appréhender.

1.1. L'hôpital : un monde complexe

Il paraît essentiel de définir ce qu'est la complexité, avant d'aborder et de s'intéresser à la complexité du monde hospitalier.

1.1.1. Le concept de la complexité :

Le sens profond du mot complexus veut dire « tissé ensemble »⁴⁸. C'est également l'incertitude de la connaissance, et l'affrontement de notions que l'on doit associer alors qu'elles semblent contradictoires. On peut établir un lien entre complexité et incertitude, perte de repères, et déficit d'informations. La complexité est un défi, on doit y répondre par l'articulation des parties au tout, il est donc primordiale d'apprendre à gérer cette complexité.

1.1.2. La complexité à l'hôpital

Dans nos organisations hospitalières, la notion de complexité apparaît au quotidien, en raison de la multiplicité de nouveaux textes de la part du législateur, de l'évolution des attentes des patients, de la nécessité de gérer les ressources avec efficacité et efficience, et du fait de l'évolution des règles de fonctionnement.

L'hôpital connaît une dynamique d'évolution dans un environnement contraignant où il doit s'adapter aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques et aux progrès

⁴⁸MORIN E., « Comprendre la complexité des organisations de soins », Aspes Editions, France, 1997, p.31.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Scientifiques. Cette organisation hospitalière est soumise à l'influence des besoins exprimés par la société. Elle est un complexe d'opérations. Le problème c'est que l'hôpital a des difficultés à comprendre la complexité des problématiques de soins.

L'hôpital est une organisation qui offre des services de soins à la population. La nature du service produit et le statut de l'hôpital font de lui une entité où se regroupent plusieurs acteurs, détenteur chacun d'un pouvoir particulier et poursuivant des objectifs qui lui sont propres. L'organisation de l'hôpital est complexe, du fait de la multiplicité des fonctions, et des catégories professionnelles, de la coexistence de multiples logiques et niveaux hiérarchiques, d'une coordination problématique et des situations complexes⁴⁹.

LAUDINET.C.A., met l'accent sur cette complexité de l'hôpital, en disant que « *l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émiettement du pouvoir*⁵⁰ ».

GENELOT pour sa part, met en avance les arguments et les raisons de la complexité de l'organisation, en expliquant que, « *La complexité de l'organisation se manifeste de multiples manières, que l'on peut articuler autour de quatre arguments : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'incertitude des organisations, et l'amplification des interdépendances*⁵¹ ». ²¹

⁵²MINTZBERG et GLOUBERMAN⁵²(2001), décrivent l'hôpital comme *l'un des systèmes les plus complexes*. KERVASDOUE(2004), considère que *l'hôpital est par nature une organisation complexe*⁵³. L'hôpital est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers, et qui doit répondre à des fonctions très diverses. L'hôpital est une structure à acteurs aux buts multiples associant plusieurs unités : unité de soins, services administratifs, médicotéchniques, pharmacie, et services logistiques, et inscrite dans un environnement spécifique.

Toutes ces caractéristiques font de l'hôpital une organisation particulièrement complexe. L'incertitude et la complexité inhérentes à l'activité hospitalière expliquent en bonne partie les difficultés rencontrées par l'hôpital.

⁴⁹ROUET J., « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux Interfaces », mémoire de l'école nationale de la santé publique, soutenu à Rennes, 2006, pp.4-5.

⁵⁰ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001, p.20

⁵¹GENELOT D., « Manager dans la complexité », Insep Consulting Édition, Paris, 2011, p. 30

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

1.1.3. Les cloisonnements à l'hôpital

L'organisation hospitalière connaît un cloisonnement fonctionnel, elle est par nature une organisation complexe, de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public, des acteurs et des autorités de tutelle. Les métiers s'entrecroisent et les logiques sont plurielles. Les gestionnaires apparaissent comme voulant imposer une rigueur financière, alors que les médecins insisteraient sur les moyens pour la prise en charge des patients. Ils entretiendraient ainsi une lutte de pouvoir. De ce fait, l'organisation hospitalière est une structure difficile à gérer. Cette complexité influence sur l'organisation dans la mesure où elle devient de plus en plus difficile à maîtriser, où chaque groupe d'acteurs applique sa propre logique de fonctionnement sans entretenir, avec les autres acteurs hospitaliers, les relations et la concertation nécessaires à un bon fonctionnement collectif. Cela contribue à centrer l'attention des personnels hospitaliers sur les tâches techniques, souvent standardisées et répétitives, au détriment de l'objectif de prise en charge des patients.

1.1.4. Les difficultés de gestion

L'hôpital est une structure difficile à gérer du fait de la complexité de l'organisation, de la multiplicité des acteurs et des métiers et leurs hétérogénéités, des risques de la prestation, du fait aussi des évolutions réglementaires, des transformations technologiques et socio-économiques, mais aussi des contraintes budgétaires. De ce fait, cette organisation connaît des difficultés, du fait des règles trop nombreuses qui l'encadrent mais aussi l'insuffisante capacité de gestion de cette structure.²²

1.2. Les dimensions permettant de synthétiser cette complexité

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

1.2.1. La diversité des activités

⁵²Glouberman S., Mintzberg H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation », Aspen Publishers, (2001a), Inc., p. 58-71, cité par Krief Nathalie, « Les préoccupations des acteurs Hospitaliers en question: analyse croisée et dynamique de construction collective », 2012/2 n°3, p. 45.

⁵³ Kervasdoué J., « L'hôpital », 1ère Edition PUF, Paris, 2004, p.18.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

L'hôpital est caractérisé par une multiplicité d'activités intégré dans son périmètre et

Qui se matérialise par des services différents et autonomes et notamment une très forte diversité des métiers et des compétences. Cette diversité limite la coordination des acteurs et des projets. MINTZBERG et GLOUBERMAN⁵⁴ (2001), approfondissent cette analyse en définissant quatre mondes (community, control, cure et care), qui conditionnent les comportements, les actions des acteurs, avec des référentiels de valeurs qui engendrent des cloisonnements, et qui rendent l'interaction et la coopération difficiles.

1.2.2. Le système de prise de décision

Le système de gouvernance propre à la configuration de l'organisation hospitalière, implique une prise de décision nécessitant d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus ou moins formalisés⁵⁵. Cela se traduit par une interrogation sur l'identification même des lieux effectifs de prise de décision. Ainsi, le système de décision, notamment en matière de décisions stratégiques, s'avère difficile à identifier. (Bartoli 1997, Mois don et Tonneau 1999).

1.2.3. La configuration des rapports de pouvoir

La configuration interne est marquée par la coexistence de différentes hiérarchies internes (corps médical, personnel soignant et personnel administratifs) et par de multiples influences externes émanant des tutelles et de l'environnement. Cette situation a été doublement modélisée par Mintzberg :

- Une première approche (Mintzberg, 1982), assimilant l'hôpital à la configuration de la bureaucratie professionnelle, existence d'une incertitude quant à l'identification des missions et rapports.²³

- Une deuxième approche plus globale (Mintzberg, 2001), définissant quatre mondes (tutelle, les managers, les médecins, et le personnel soignant), met en lumière la divergence des objectifs, de la sphère d'activités et des valeurs de référence des différentes catégories d'acteurs. L'articulation difficile de ces quatre mondes et leur hétérogénéité explique la

⁵⁴Glouberman S., Mintzberg H. (2001b). « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration », Aspen Publishers, Inc., p. 72-86, cité par Krief Nathalie, « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question: analyse croisée et dynamique de construction collective », 2012/2 n°3, p. 45.

⁵⁵ NOBRE Thierry, « L'innovation managériale à l'hôpital » Changer les principes du management pour que rien ne change ? , Revue française de gestion, 2013/6 N° 235, pp.113-127, p.121

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Difficulté d'introduction des pratiques managériales à l'hôpital. La divergence des objectifs des acteurs propre à l'organisation hospitalière laisse la place à un contrôle qui relève de²⁴

L'approche clanique et favorise ainsi l'expression des divers rapports de pouvoir entre les différents acteurs dans les pratiques de management. La relativité du pouvoir formel dévolu aux acteurs détenteurs du pouvoir de décisions et l'espace laissé aux stratégies individuelles laisse la place à de nombreux jeux d'acteurs qui doivent être intégrés dans le processus organisationnel et en particulier dans les projets de conduite du changement.

1.2.4. La dynamique d'évolution

L'organisation hospitalière est marquée par de profondes mutations et évolutions, avec une succession de réformes importantes dans le but de transformer le pilotage de l'organisation, et le mode de management par une multitude d'innovations managériales. Cette sédimentation de transformations se traduit par des mutations qui nécessitent des changements et une véritable révolution de la part de tous les acteurs de l'hôpital.

1.3. Les niveaux de la complexité à l'hôpital

1.3.1. Complexité de l'activité de soins

La division du travail se fait catégorie par catégorie et les unités restent essentiellement cloisonnées. L'articulation entre les techniques managériales et l'amélioration de l'organisation de la prise en charge reste fragile. La complexité, comprise comme « *l'impossibilité d'une formalisation où tous les acteurs partie prenante d'un secteur trouveraient leur compte, c'est-à-dire finalement les réponses aux questions qu'ils se posent* »⁵⁶ (Moidson et Tonneau, 1999, p.32). Cette complexité se manifeste à deux niveaux ;

D'une part, l'activité de soins requiert des compétences multiples aboutissant à de nombreuses spécialités et d'autre part, chaque patient suivra un traitement et un parcours spécifique, en

⁵⁶Moidson J. C., Tonneau D., « La démarche gestionnaire à l'hôpital.1- Recherches sur la gestion interne », Editions Seli Arslan, Paris, 1999, cité par, Alvarez F., « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une Réponse à l'émergence de risques organisationnels », manuscrit publié dans le 21^{ème} congrès de l'AFC, France, 2000, p.5.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Fonction de sa pathologie, mais aussi en fonction d'autres critères. L'hyperspécialisation et la trajectoire de chaque patient rendent complexes la formalisation de l'activité.

1.3.2. Complexité de l'organisation : structures médicales et structure analytique

L'organisation hospitalière entretient et se nourrit d'une double hiérarchie médicale et administrative. Ces deux structures doivent cohabiter pour le bon fonctionnement de cette organisation. Cependant, l'hôpital connaît des cloisonnements et des clivages entre les acteurs hospitaliers mais surtout entre ces deux structures, médicale et administrative, où il y a une difficulté de correspondance entre les niveaux de ces hiérarchies, ce qui rend l'organisation difficile à gérer.

1.3.3. Complexité des relations entre groupes professionnels

L'organisation hospitalière est caractérisée par la complexité des relations entre les acteurs et entre les groupes professionnels. On peut situer l'origine du problème relationnel dans les services dans le manque de clarté de rôles et l'existence d'un écart important entre les fonctions déterminées et les pratiques réelles. Ceci se comprend dans le sens où chaque acteur repère difficilement son rôle et aussi l'importance de sa contribution dans le processus de soins : *« à l'hôpital, la conscience individuelle se limite souvent à son champ d'activité et n'est pas ouverte sur le produit global fourni au patient dans le cadre d'un objectif institutionnel. Ainsi, le corps médical reconnaît peu ou pas les autres acteurs. Ceux-ci vont se positionner en réaction au pouvoir médical⁵⁷ »* (Debrosse, 1994, p.103).

Dans les unités de soins, le modèle classique reste donc le service avec son chef et le surveillant où le médecin chef est l'un des acteurs centraux du service. La conséquence est l'existence de cloisonnements et de clivages entre les acteurs hospitaliers. Le clivage entre le corps médical et l'administration est souvent présenté comme une caractéristique des relations professionnelles à l'hôpital. Gauthier et alii. (1975, p.25) expliquent qu'« *un premier clivage, plus ou moins prononcé d'ailleurs, existe entre secteur médical d'une part et secteur administratif d'autre part. Au sein du secteur médical, la lutte n'est pas moins vive entre services d'hospitalisation et services médicotechniques. Enfin, au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels⁵⁸ »*

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Ce fonctionnement a des incidences en ce qui concerne le partage de l'information, et qui nécessite une bonne entente. Cette tendance à la rétention d'information traduit le phénomène de l'asymétrie d'information.²⁵

2. Traits caractéristiques et spécificités de l'organisation hospitalière

2.1. Caractéristiques de l'organisation hospitalière

L'organisation hospitalière revêt les caractéristiques suivantes :

2.1.1. Primauté du centre opérationnel

L'organisation hospitalière est caractérisée avant tout par l'importance de son centre opérationnel. Il regroupe un grand nombre d'unités élémentaires appelées services, qui sont relativement indépendantes les unes des autres. L'hôpital est une organisation où le degré de spécialisation est très élevé. Chaque service de cette organisation, entretient des relations directes avec ses patients, il s'organise et s'équipe pour faire face aux missions qu'ils lui sont imparties.

2.1.2. Prépondérance du relationnel

Les mécanismes de coordination formels au sein de l'organisation hospitalière ne sont pas nombreux, en raison de la primauté donnée à deux mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel entre individus et la standardisation des qualifications, le rôle de chacun d'eux est fondamentale pour comprendre la dynamique de l'organisation de l'hôpital⁵⁹.

L'ajustement mutuel permet la coordination du travail par simple communication informelle qui se développe entre les opérateurs. Par exemple, lorsqu'un chirurgien et un anesthésiste se trouvent dans une salle d'opération pour une ablation de l'appendice, ils ont à peine besoin de communiquer. On peut cependant, admettre que ces deux opérateurs communiquent l'un avec

⁵⁷ DEBROSSE D., « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994, p.103. Cité par Alvarez F., « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels », manuscrit publié dans le 21^{ème} congrès de l'AFC, France, 2000, p.⁹

⁵⁸ GAUTHIER P. H., GRENON A., OMNES L., PERCHET J. Y., « L'analyse de gestion à l'hôpital », Heral Editions, Paris, 1975, cité par Alvarez F., « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels », manuscrit publié dans le 21^{ème} congrès de l'AFC, France, 2000, p.9.

⁵⁹ CREMADEZ M. et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier », 2^{ème} Edition 1992, Masson, Paris pp.19-20.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

L'autre, mais de façon non verbale, en ajustant chacun de leurs gestes aux agissements de l'autre. La coordination dans l'hôpital dépend, pour une grande part, de la qualité des relations qui s'établissent entre les différents responsables.

Le second mécanisme de coordination essentiel à l'intérieur de l'organisation hospitalière est la standardisation des qualifications qui est obtenue principalement par deux moyens : la formation et la socialisation. La formation est le processus par lequel sont enseignées et acquises les connaissances et les aptitudes au travail. La socialisation est le processus par lequel sont acquises et intégrés, par les membres, les normes et le système de valeurs de l'organisation. La formation peut être acquise à l'intérieur de l'organisation ou à l'extérieur alors que la socialisation se fait à l'intérieur de l'organisation en alliant modes de transmission formels et informels. Le personnel du centre opérationnel, notamment les médecins, infirmiers et aides-soignants, reçoit les formations techniques qui leur permettent d'acquérir un savoir, des méthodes et des comportements.

Dans les relations de travail, chacun sait ce qu'il attend des autres dans un certain nombre de situations dont il a fait l'apprentissage. De ce fait, la standardisation des qualifications renforce et complète les phénomènes organisationnels engendrés par la

Primauté accordée aux ajustements mutuels. Elle autorise une coordination spontanée grâce à l'homogénéisation des comportements individuels.

La standardisation des qualifications, si elle permet à l'ajustement mutuel de s'effectuer dans de meilleures conditions, elle présente quelques défauts sur le plan organisationnel. Elle renforce la latitude de liberté du professionnel au sein de l'hôpital, rendant difficile la mobilisation de celui-ci pour définir et réaliser les objectifs de l'organisation. Ces deux mécanismes favorisent donc, la coordination et le travail à court terme au sein des unités élémentaires de l'organisation, mais compliquent la gestion de l'avenir de l'hôpital comme entité.

2.1.3. Faiblesse de la technostucture

La technostucture se compose des membres de l'organisation dissociés du flux du travail régulé ou du flux direct de travail dont la mission est de rendre le travail des autres membres de l'organisation plus efficace. Ce sont des analystes dont la mission est de concevoir, modifier et planifier les tâches. Leur mission consiste à stabiliser l'organisation en

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Standardisant les activités et les procédés. Les membres de la technostructure sont les concepteurs de toute forme de standardisation au sein de l'organisation. La technostructure ne limite pas son intervention à un niveau de la hiérarchie, elle intervient à tous les niveaux.

Cependant, l'organisation hospitalière est caractérisée par la faiblesse et la petitesse de la technostructure, qui est remarquable par sa légèreté, elle se consacre essentiellement à la dimension économique de l'organisation.

2.1.4. Importance de la logistique

Les fonctions sont accomplies par des membres de l'organisation, des fonctionnels de support, qui se situent en dehors du flux de travail régulé, répartis dans des unités très spécialisées, et qui assurent vis-à-vis du flux du travail direct, une fonction de support. Ces fonctions de support logistique sont placées sous le contrôle des membres de la technostructure. Elles allègent le centre opérationnel des tâches considérées comme accessoires au regard de la mission fondamentale de l'institution. Ces fonctions sont diversifiées et représentent une part importante des coûts générés par le fonctionnement de l'organisation.

L'accroissement et la complexité des technologies hospitalières ont généré de nouvelles fonctions logistiques (imagerie médicale, plateaux technique, maintenance biomédicale et informatique). Elles font l'objet de formes de coordination différentes de celles en vigueur au sein du centre opérationnel. On y pratique une standardisation par les résultats et /ou les procédés, et une coordination de nature essentiellement hiérarchique comme celle pratiquée dans les entreprises industrielles et commerciales.

Au sein de l'organisation hospitalière, l'appartenance du médical et du logistique à deux univers de référence différents induit d'importantes insuffisances de coordination qui influent considérablement sur la qualité du service rendu. De plus, l'organisation de ces fonctions qui appartiennent au médical et au logistique, constituent un terrain de conflit et de cloisonnement entre administrateurs et médecins, et un facteur de dissensions au sein même de la communauté médicale.

2.1.5. Ambigüité du sommet stratégique

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Le rôle du sommet stratégique est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace, il doit remplir trois ensembles de missions. Le premier ensemble est directement lié au pouvoir dont il dispose et aux responsabilités. Sa mission intègre la conception de la structure, le commandement ou l'autorité, et l'exécution des décisions les plus importantes se font au niveau le plus élevé de l'organisation qui est le sommet stratégique⁶⁰. Le second ensemble de missions, consiste à gérer les relations avec l'environnement. Le troisième ensemble de tâches consiste à développer la stratégie de l'organisation, à interpréter l'environnement et à élaborer les décisions organisationnelles cohérentes en tenant compte de l'évolution de l'environnement. Les missions et les décisions du sommet stratégique se fondent sur une vision globale de l'organisation. Le travail est très peu standardisé et les tâches sont très peu répétitives. La coordination du travail entre les cadres dirigeants se fait par ajustement mutuel.

Le sommet stratégique concernant l'organisation hospitalière, connaît des ambiguïtés et il est voué à assurer les relations de l'organisation avec son environnement réglementaire et financier. Le poste de directeur cristallise toutes les ambiguïtés de l'organisation, la position statutaire elle-même, nommée par le ministre de la santé et responsable de sa gestion devant le conseil d'administration, en est l'illustration. Le directeur joue donc le rôle délicat d'interface, contournée parfois, entre le centre opérationnel et la tutelle. Sa légitimité est traditionnellement issue de sa capacité à préserver le centre opérationnel des perturbations issues de la tutelle.

²⁶**2.1.6. Absence de ligne hiérarchique**

La ligne hiérarchique se compose des membres de l'organisation qui réalisent la liaison entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle comporte aussi bien les cadres de haut niveau en relation directe avec les membres du sommet stratégique que les cadres du premier niveau d'encadrement qui ont une autorité directe sur les opérateurs du centre opérationnel. Le cadre de la ligne hiérarchique incarne la supervision au sein de l'organisation. Il doit gérer les relations entre l'unité dont il est responsable et les autres unités

⁶⁰CREMADEZ M. et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier », op.cit, pp.20-21.

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

de l'organisation. Ses missions et tâches englobent le contrôle des relations avec l'environnement, le contrôle de l'activité de son unité et la transmission des informations ascendantes et descendantes.

Cependant, au sein de l'organisation hospitalière, La ligne hiérarchique est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, et le directeur de l'hôpital n'a ni les possibilités, ni les compétences pour diriger directement les chefs des différents services médicaux. L'action du directeur sur les services passe d'une part par l'administration directe des services fonctionnels et de la technostructure, et d'autre part à travers une instance de concertation, notamment la commission médicale d'établissement (CME) pour les relations avec le centre opérationnel. Cette commission se compose d'un certain nombre d'élus du corps médical et elle est présidée par l'un des leurs. Ce système de concertation étant insuffisant pour gérer les problèmes opérationnels et stratégiques, on assiste à une prolifération de systèmes de concertation ou de manipulation

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Conclusion

Le management des établissements de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de statut et de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes. Le modèle organisationnel utilisé pour appréhender l'organisation hospitalière est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques en oeuvre dans la structure et que c'est dans le caractère d'autonomie et de démocratie des professionnels de ces organisations, que résident les problèmes de la bureaucratie professionnelle, notamment ceux de coordination et de contrôle. D'autres auteurs, proposent un approfondissement du modèle pour tenir compte des évolutions de l'activité et de l'environnement hospitalier.

L'organisation hospitalière est problématique, notamment dans la difficulté pour l'hôpital à forger des coordinations entre les acteurs et entre les services pour concilier les finalités médicale, infirmière, organisationnelle et du malade. Ces difficultés de coordination et de gestion s'expliquent en partie par la complexité et les spécificités de l'activité hospitalière, qui relèvent de quatre dimensions organisationnelles et s'opèrent aux niveaux de l'activité des soins, de l'organisation et des relations entre le personnel et présentent à elles seules l'intérêt et la nécessité d'une démarche globale d'organisation autour du patient.

Dans ce contexte de contraintes et de difficultés de gestion de ces organisations, un nouveau type d'approche « participative » est favorisé dans le management hospitalier. Cette approche est mise en oeuvre par la mise en place aux niveaux des hôpitaux, de projets d'établissements hospitaliers qui constituent des instruments de gestion de ces établissements

Chapitre I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation Hospitalière

Section 1 : New public management

Introduction

Même si l'expression de « management public » est beaucoup employée, elle demeure imprécise. En outre, elle est sujette à confusion entre ce qui relève de la « gestion publique » et ce qui relève du « pilotage »¹. H. Fayol² conceptualisa les différents rôles d'un directeur. Aux tâches traditionnelles de commandement et de contrôle, il ajouta celles de précision, d'organisation et de coordination. Cette approche est en partie reprise par A. Bartoli³ qui étudie les tâches des fonctionnaires eu égard aux logiques actuelles, marquant ainsi une nette démarcation entre management et gestion.

1/-définition de new public management

A- Les théories de NPM

E. Ferlie & L. Ashburner⁴ & L. Fitzgerald & A. Pettigrew commentent l'existence de trois formes de légitimité sous-jacentes au NPM : celle de l'efficacité ou du marché qui consiste à considérer les organisations publiques en les comparant à leurs homologues du secteur privé considérées comme les sources de la légitimité), celle de l'excellence et de la qualité qui fonde leur légitimité dans leur capacité à se positionner face à des clients et non plus des usagers et celle de la flexibilité (assurée par la décentralisation et le downsizing) dont la légitimité est tirée de la proximité qui en résulte via un renouveau des logiques démocratiques (vis-à-vis de « parties prenantes » avec des logiques d'implication, de coopération, d'adhésion, l'existence d'un marketing public, etc.).

En voulant laisser entrer dans le secteur public des pratiques de management habituellement exclusives au secteur privé, le NPM sous-entend une supériorité de l'efficacité des organisations privées.

Pour démontrer cette supposée supériorité de la forme privée sur la forme publique, le NPM fait appel principalement à trois théories de base qu'on va brièvement développer ci-dessous.

- La théorie des droits de propriété (A. A. Alchian & H. Demsetz⁵). Cette théorie est au cœur de l'approche néo-classique des institutions. Son objet est de démontrer comment les systèmes de droits de propriété agissent sur les comportements individuels et sur l'efficacité des systèmes économiques, en insistant sur les vertus des droits de propriété

Chapitre II :New public management

privés. Dans ce cadre, la firme est caractérisée par une structure particulière des droits de propriété, définie par un ensemble de contrats.¹

- La théorie des choix publics (cf. J. M. Buchanan⁶). Cette théorie postule que l'inefficience des entreprises publiques est due aux groupes d'intérêts et aux jeux politiques. Selon l'école du « Public Choice », les gestionnaires des entreprises publiques, supposés prendre les décisions, ne le font pas dans l'optique de privilégier les intérêts de la société, comme l'aime à le faire croire le discours étatiste officiel, mais plutôt en fonction de leurs intérêts propres. Cette perspective théorique propose de faire appel au secteur privé qui devra opérer sans contrainte dans la production des biens et services à la collectivité. Cette théorie considère qu'en raison de l'inefficacité de l'Etat pour des considérations partisans et bureaucratiques, il serait impérieux de soumettre à la sanction du marché, le plus grand nombre d'activités gouvernementales. De façon plus générale, elle fonde la contestation adressée aux modalités publiques de l'action politique.

- La théorie d'agence (M. C. Jensen & W. C. Meckling⁷ qui contribue à comprendre la raison qui motive les pouvoirs publics à utiliser les techniques de gestion du privé. Dans le cas des organisations publiques, les gestionnaires publics jouent un rôle qui leur a été mandaté par l'Etat, considéré comme le propriétaire principal de l'entreprise publique. Toutefois, puisque ce sont les gestionnaires qui jouissent du pouvoir décisionnel, ce dernier n'a pas de contrôle sur l'organisation. Dans cette relation, les intérêts du mandataire (les gestionnaires) et ceux du mandant (l'Etat) ne concordent pas, ce qui engendre inévitablement des coûts de surveillance destinés à surveiller le comportement du mandataire tel que les coûts engendrés par les vérifications comptables et les coûts d'établissement des états financiers.

¹ G. Chevalier, *Eléments de management public - Le management public par la qualité*, Ed. AFNOR, Paris, 2009, 453 pages

² H. Fayol, *Administration industrielle et générale*, Dunod, Paris, 1999 (Ed. originale : 1916)

³ A. Bartoli, *Le management dans les organisations publiques*, Paris, Dunod, 2009

⁴ E. Ferlie & L. Ashburner & L. Fitzgerald & A. Pettigrew, « Characterizing the New Public Management »

⁵ A.A. Alchian & H. Demsetz, « Property Rights Paradigm », *Journal of Economic History*, vol. 33, March 1973, pp. 16-27

⁶ M. Buchanan, « External Diseconomies, Corrective Taxes, and Market Structure », *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 59, n° 1, March 1969, pp. 174-77

⁷ M. C. Jensen & W. C. Meckling, « Rights and Production Functions : an Application to Labor-Management Firms and Codetermination », *Journal of Business*, 1979, vol. 52, n°4 50

⁸ E. Ferlie & L. Ashburner & L. Fitzgerald & A. Pettigrew, « Characterizing the New Public Management », *The New Public Management in Action*, Orford University Press, 1996 51

⁹ M. Hufty (Ed.), *La pensée comptable : Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF, Paris, 1998

Chapitre II :New public management

Le NPM se décline en trois modèles (E. Ferlie & L. Ashburner et al. ⁸ auxquels M. Hufty⁹ associe trois formes de légitimités sous-jacentes.

- Le modèle de l'efficiencia ou de marché qui vise à rendre les organisations publiques plus efficaces en les comparant avec leurs homologues du secteur privé. La priorité est accordée aux notions économiques de concurrence et de performance. Il tire sa légitimité de la mise en œuvre conjointe de logiques industrielles et de logiques de marché.

- Le modèle de l'excellence et de la qualité qui vise à modifier la « culture administrative » afin de susciter et de générer des attitudes favorables à l'apprentissage en transformant les usagers en clients. Sa légitimité provient de la satisfaction des besoins des clients de l'administration à partir du levier que constitue la référence à l'exemplarité.

b- Les modalités de New public management

Les dispositifs du NPM ont pour finalité la recherche d'amélioration de la performance publique au travers de cinq axes : la planification stratégique, le management participatif, le management de la qualité, l'introduction des technologies de l'information (TIC) et de la communication, le contrôle de gestion.

Le NPM possède pour ambition d'assurer l'articulation entre un Missions Statement (les buts généraux du service concerné) et des principes de fonctionnement avec : - Le principe de stewardship (être « au service de... ») qui constitue le pendant de l'ownership des logiques d'entreprises. Le « manager public » doit donc se considérer comme étant « au service de... » dans les mêmes catégories que celles des managers privés qui sont au service de la propriété (des actionnaires), à la référence à la propriété près.

- Le principe de transparence qui concerne aussi bien le contrôle externe des citoyens que le contrôle interne de l'activité en établissant un continuum entre les deux au regard d'une performance. L'importance accordée au contrôle citoyen y est présentée comme une innovation et pose pourtant la question de l'existence de compétences adéquates chez les citoyens en question (question du même ordre que celle qui concerne la capacité des actionnaires à lire et à comprendre un rapport annuel), d'où la validité de notions telles que celles de best practices, de Knowledge Management, d'apprentissage organisationnel, de changement organisationnel et de conduite du changement.

Chapitre II :New public management

- Le principe d'accountability (responsabilité) où il s'agit de rendre compte et qui repose sur l'existence d'une performance mesurable à la fois pour être mesurée mais aussi pour être communiquée et comparée (benchmarking).

Ses « principes » peuvent être ainsi synthétisés :

- Mise en compétition des services administratifs entre eux et / ou avec des fournisseurs privés au regard du postulat de l'efficience des marchés. Si cette concurrence n'est pas possible, les services publics sont invités à construire des participations avec le secteur privé et / ou le secteur associatif (le politique devient alors du social). La contractualisation intra et inter-organisationnelle est alors mise en avant.

- Management au regard de mission, d'une stratégie compte tenu d'une vision inhérente à la figure du dirigeant (l'entrepreneur institutionnel) et de la mise en avant de l'importance cruciale d'un volontarisme managérial et par séparation entre la dimension stratégique (qui vaut pour le politique) et la dimension opérationnelle qui vaut pour l'administration et doit alors fonctionner à la lumière des logiques managériales (au lieu et place de la référence à des règles et des procédures).

- Décomposition des entités du secteur public en unités stratégiques organisées au regard de services « mangeables » dont la réalisation est dévolue à un « manager » visible et détenteur d'un pouvoir discrétionnaire, ceci dans le but de mettre en œuvre une concurrence entre entités publiques mais aussi avec des organisations privées. Ce type de management décentralisé passe par une plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé (dont le recours systématique aux appels d'offre et à la sous-traitance) afin d'aboutir à l'utilisation efficiente des ressources et une quête systématique de sources de production à moindre coût. Cette évolution structurelle se fait dans l'objectif de rendre les choses calculables et comparables ainsi que celui d'une invitation à un management participatif construite sur une organisation décentralisée via la contractualisation afin de traiter les problèmes là où ils se posent.

- Usage systématique des TIC qui vient poser la question de la participation des fonctionnaires à la conception, au choix et à l'usage des outils correspondants, compte tenu de l'existence d'une industrie logicielle et informatique et de l'importance (en volume et en valeur) de la commande publique. Il vient aussi poser la question de la croyance en la performance de ce type d'outil pour accroître la qualité du service et développer une image «

Chapitre II :New public management

positive ». - Usage systématique des outils et des logiques du contrôle de gestion aussi bien en amont (construction et mise en place du système informatique ad hoc) qu'en aval (mise en place d'une batterie d'indicateurs de suivi qui distinguent traditionnellement les outputs – indicateurs de suivi d'activité – des outcomes – indicateurs d'impact). Il s'agit d'adopter des standards de performance explicites et mesurables (contrôlables) en mettant en avant de la mesure du résultat compte tenu de dispositions concernant la comptabilité et la mesure de l'efficacité allant dans le sens de la mise en œuvre du principe d'accountability, rendant les choses « comptables ». Les conséquences de la mise en œuvre des logiques de contrôle de gestion dépassent ces modalités pour concerner l'animation associée à la contractualisation qui lui est inhérente et les politiques de rémunération avec l'introduction de modalités individualisées de rémunération du fait d'une évaluation a posteriori de l'efficacité organisationnelle.

- Réponse à des besoins et des attentes à rechercher et à préciser, « comme » dans une étude de marché au regard de la figure de l'« usager-client ».

- Marchandisation systématique (communication commerciale au minimum). Le marketing public est considéré comme devant permettre de développer des stratégies d'adaptation aux besoins du public et de promouvoir la légitimité et la valeur ajoutée des organisations publiques. Les organisations publiques s'engagent dans des démarches marketing via des études de besoin et des enquêtes de satisfaction, des démarches de qualité des prestations souvent intégrées dans des projets de service ou d'établissement, des actions de communication externe (explicitation du positionnement c'est-à-dire information sur les missions, les valeurs, les prestations, les spécificités et les différences par rapport à d'autres offreurs). La conséquence en est la légitimité de l'efficacité traduite en quête de surplus et de gains au regard de l'efficacité (la « bonne » dépense des fonds publics).

- Validation des catégories de l'économie des services : accessibilité au service par segmentation et tarification différenciée et évaluation de la qualité de la prestation de service.

- Validation des catégories de l'économie de la qualité : qualité et amélioration continue. La politique « qualité » est classiquement considérée comme le choix explicite d'une entité dans le but de développer ses aptitudes à satisfaire certains besoins (exprimés ou implicites) de ses « clients »¹⁰ même si la notion de « client » dans le secteur public présente des différences fondamentales (et reconnues comme telles) par rapport au client de l'organisation privée à savoir :

Chapitre II :New public management

- Le client d'un service public est à la fois consommateur et « actionnaire » via la fiscalité.

- Le client du service public ne correspond pas à un agent unique : on retrouve notamment des figures de « l'utilisateur – citoyen » : les usagers qui passent commande ou décident directement de la prestation, les prescripteurs qui recommandent l'utilisation de tel produit, service ou fournisseur, les usagers directs, les usagers indirects qui bénéficient ou pâtissent des prestations sans être forcément les destinataires directs, les payeurs qui financent ou subventionnent la prestation sans en bénéficier directement. C'est cette multiplicité des figures qui conduira à la référence à la notion de « partie prenante ».

- L'utilisateur du service public est dans un rapport de dépendance plus fort que dans la relation « client - fournisseur » classique.

L'ancienne terminologie bannie est celle d'« assujetti ». La recherche de la qualité est supposée passer par l'écoute des agents externes, l'évaluation de la satisfaction des « usagers – citoyens », un engagement de service et un engagement sur la simplification des démarches administratives (où l'on retrouve le simplisme de l'idéologie managériale). Il faut cependant souligner que, dans l'exercice de ses missions régaliennes, il est impossible que l'action de la puissance publique considérée en termes de prestations de base satisfasse l'« usager » (cf. la prison !). Les thèmes de la gestion de la qualité à considérer selon les contextes sont alors la prestation de base, le service associé (relation avec l'utilisateur), les processus de réalisation, de soutien, de management et les démarches de conception.

Le NPM postule la légitimité d'un consumérisme applicable aux services publics qui tend donc à privilégier le client sur l'utilisateur et l'utilisateur sur le citoyen. Il repose sur la création et la mise en œuvre de différents instruments destinés à mesurer la satisfaction (sondages, baromètres, « usager-mystère », etc.), la mise en œuvre de logiques promotionnelles destinées à rendre plus visible la volonté de prendre en compte les besoins (chartes d'engagement, centres d'appel, etc.). La légitimité de cette perspective repose sur l'argument d'une expérience d'achat accumulée au travers des relations marchandes (en particulier des relations d'achat de service) qui conduirait à une exigence d'individualisation et donc à l'ouverture de l'éventail des choix. Mais ceci possède des conséquences sur la définition des relations entre fonctionnaires et « usagers – clients ». En particulier, la notion de client est assez contingente aux territoires géographiques et institutionnels concernés. L'ensemble de cette problématique interfère d'une part avec les modalités de la construction de l'offre (cf. la notion de « guichet unique ») et avec l'usage des TIC comme fondateur des processus de production des services

Chapitre II :New public management

administratifs dans le cadre de la « e-administration » et du « e-marketing » à l'adresse des « clients – usagers », voire d'une « e-gouvernance ».²

C'est ainsi que l'on pourrait parler du développement d'un consumérisme public venant poser la question de la place de l'« usager – client » dans les processus de contrôle et d'évaluation des politiques publiques avec :³

- Le benchmarking comme pratique d'évaluation comparative, régie en particulier par des normes émises par des entités supranationales (UE, OCDE, FMI, Banque Mondiale, etc.) dans la perspective de la référence à un critère de compétitivité internationale conduisant en fait à un pouvoir normatif autonome des points d'évaluation comparative choisis, ce qui dépasse largement son aspect de technique d'étalonnage et ce qui modifie les contours de l'Etat-administratif en le menant vers celles d'un Etat-reporting. Les logiques financières tendent à conférer au fonctionnaire en charge de ces questions une importance tout à fait particulière, c'est-à-dire des responsabilités assimilables à celles d'un directeur administratif et financier – DAF en entreprise. On se situe ici face à un des aspects du « moment libéral » qui est d'exposer les modalités de fonctionnement des services publics à un « tribunal permanent » qui passe son temps à instruire (la comparaison, toujours évolutive dans le sens de la recherche d'une « meilleure » référence) mais qui ne statue jamais. Le benchmarking est considéré comme palliatif de l'opportunisme des fonctionnaires, opportunisme constitutif d'une asymétrie d'information. A défaut de pouvoir entrer dans les processus, l'évaluation sur la base des résultats semble un palliatif acceptable dans la mesure où la comparaison est considérée comme permettant de laminer cet opportunisme.

- La mise en œuvre d'une politique de gestion des ressources humaines, c'est-à-dire la remise en cause de l'emploi à vie et la primauté accordée à des contrats d'objectifs. - La mise en place de mécanismes institutionnels de résolution des conflits et de dispositifs destinés à minimiser l'impact de la grève auprès des usagers du service public (service minimum).

- L'importance accordée aux outils qui est l'aspect le plus visible de la managérialisation du système public. Comme le soulignent P. Lascoumes & P. Le Galès¹¹, cette importance accordée aux outils peut être mise en relation avec le fait que les accords sur les instruments sont les plus faciles à réaliser. « Débattre des instruments peut être une manière de structurer un espace d'échanges à court terme, de négociations et d'accords, tout en laissant en touche

² ¹⁰Définition se rapprochant de celles des certifications ISO.

¹¹ P. Lascoumes & P. Le Galès, Gouverner par les instruments, Les Presses de Sciences Po, Paris, 2004, p. 2

Chapitre II :New public management

les enjeux qui sont les plus problématiques. La prolifération n'est-elle pas aussi une manière d'évacuer le politique ? ». Par ailleurs, la référence aux instruments « colle » parfaitement au « principe » taylorien de rationalisation de l'activité qui contribue tant à l'institutionnalisation de l'organisation.

- La création de partenariats durables avec d'autres organisations qu'elles soient publiques, quasi-publiques (les organisations non gouvernementale - ONG, par exemple) ou privées (les entreprises).

- La contractualisation des relations entre sous-unités, sous-unités et partenaires, contractualisation devant d'autant plus facilement permettre le contrôle des coûts, l'obtention d'une transparence financière dans le droit-fil de la « machinerie » du contrôle financier d'entreprise. On retrouve, là encore, une autre des modalités du « moment libéral », celle du contractualisme, qui tend à vouloir faire du contrat un « fait social total », donc applicable également au fonctionnement de l'Etat.

C-/ Le projet de New public management

Le projet du *NPM* est d'insuffler l'« esprit d'entreprise » dans l'appareil d'Etat en introduisant des logiques de marché dans son fonctionnement, perspectives de la gouvernance privée comprises¹², c'est-à-dire en faisant comme si la concurrence qui est toujours citée comme étant fondatrice de l'efficacité du marché puisse tenir lieu de principe politique. Un tel projet s'est mis en place à partir de la décennie 80, d'abord en Grande-Bretagne, du fait des promesses politiques de réduire les impôts mais aussi du fait de la volonté de désengagement de l'Etat. Une troisième raison de son développement est apparue depuis avec la nécessité ressentie d'une plus grande responsabilité économique des services publics. Le *NPM* repose sur le fait de considérer l'aspect financier comme étant central et sur la volonté du « pouvoir central » de contrôler « à distance », d'où le slogan qui lui est propre et qui repose sur les trois « E »¹³: « Economie », « Efficacité » et « Efficience » et du très « thatchérien » *Best Value for Money* érigé comme « cauchemar » bureaucratique adressé à la supposée rigidité des services publics. Comme le signale I. Bruno¹³, « le *NPM* représente davantage un levier qui déplace le « bon ordre » de l'administration, en s'appuyant sur la légitimité utilitaire du savoir managérial. Il en capte la force disciplinaire au moyen d'un étalonnage des performances, qui conjugue l'art de gouverner sur le mode impératif de la compétitivité ».

Chapitre II :New public management

Avec le *NPM*, la sphère publique se retrouve dans l'obligation de considérer les usagers comme des clients pour respecter le principe de mutabilité, c'est-à-dire adapter les prestations aux évolutions des besoins (terme mis en cohérence avec la figure du client). Pour y parvenir, l'organisation publique doit connaître ses besoins afin de satisfaire l'intérêt général au travers d'un service de qualité. Le *NPM*, au nom de la gouvernance qu'il concrétise, vient constituer une conception normative de l'Etat-administratif sur l'idée d'une superposition réglementaire de deux logiques de nature différente : une logique institutionnelle et une logique managériale. C'est alors le *NPM* qui établit les transversalités entre les « sciences administratives » publiques et privées.

Un rôle particulier se trouve dévolu à l'Etat qui est de savoir comment mettre en place un Etat-organisateur et un Etat-stratège, en particulier au regard de la fluidité du marché en appliquant les catégories à lui-même, le développement des entreprises étant considéré comme étant la preuve matérielle du développement des sociétés (son *Welfare*). Avec le *NPM*, il y a donc passage du *Welfare State* à l'Etat-organisateur où la flexibilité et l'efficacité sont considérées comme métonymiques de l'efficacité de la « société d'entreprises » dont il est considéré comme étant un des aspects.⁴ Les contours de l'Etat-stratège ont été définis dans un rapport de 2004¹⁵. Il y est acté la reconnaissance du fait que l'Etat n'est plus et n'a plus à être le seul détenteur de la légitimité politique, au moins du fait de la supranationalité d'organisations internationales (délégation de souveraineté à des entités telles que l'union Européenne par exemple) et de l'existence d'entités telles que les ONG, entités participant elles aussi à la réalisation du « Bien Commun » et d'entreprises multinationales dont la puissance équivaut à celle de nombreux Etats. D'où l'appel à la disparition d'un Etat-opérateur et à la transformation de l'Etat-providence en Etat régulateur. Les contours de l'Etat-stratège vont se réclamer de la défense du temps « long », de la déconcentration en matière d'organisation. Les contours proposés à l'Etat-stratège sont alors les suivants : être visionnaire en concertation avec la société civile, être garant de l'intérêt général (services publics, régulation des activités, utilisation des fonds publics), assurer la cohésion sociale par

¹²cf. O. Hughes, *Public Management and Administration : an Introduction*, Palgrave MacMillan, Basingstoke, 2003 (3^e ed.) ou encore L. M. Salamon (Ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford University Press, New-York, 2002

¹³ M. Power, *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*, Editions La Découverte, Paris, 2004

¹⁴I. Bruno, « La « discipline indéfinie » du *benchmarking* – De l'étalonnage des performances gouvernementales comme police d'une « Europe compétitive » », *Colloque Le politique vu avec Foucault*, CIR, Paris, 7-8 janvier 2005

¹⁵ J. Picq (Ed.), *L'Etat en France – servir une nation ouverte sur le monde*, Documentation Française, Paris, 2004

Chapitre II :New public management

une décision publique rationnelle et transparente, s'organiser pour atteindre ses objectifs (adaptation des structures administratives) et rendre l'initiative aux citoyens (démocratie participative).

L'activité publique est considérée comme consistant principalement dans la fourniture de services. Elle comporte toutes les caractéristiques de l'activité de services à savoir : l'immatérialité de la prestation, la simultanéité de la production et de l'utilisation, le contact direct entre prestataire et utilisateur donc l'importance de l'individualisation de la relation « fonctionnaire – usager » et la participation de l'utilisateur à la production de la prestation.

La transition vers un autre modèle de gestion porte donc sur deux volets :

- Un premier qui vise la transformation de la gestion publique en passant d'une focalisation sur les moyens à une focalisation sur les résultats,
- un second qui concerne les comportements et une modification des modes de fonctionnement,

Dans les deux situations, le contrôle de gestion y occupe une place centrale sur la base de l'argument que les avantages de l'organisation bureaucratique deviennent des difficultés dans une société caractérisée par la globalisation et l'économie des savoirs dans la mesure où la demande en termes de qualité et de choix a changé avec des enjeux tels que l'innovation, la créativité et la responsabilisation. Les modalités du développement professionnel des cadres de la fonction publique s'en trouvent modifiés dans la mesure où la part de la contribution individuelle est considérée comme devant être plus forte (l'implication est considérée comme étant devenue une condition de succès de la prestation de service public). Les compétences individuelles prennent le pas sur les règles et les procédures d'où la place plus importante laissée à la direction de l'établissement et au renforcement des cultures organisationnelles *ad hoc*, ce qui pose le problème de la rencontre et des rapports avec d'autres éléments de cultures déjà présents (éléments de cultures professionnelles et de cultures de service public). L'introduction de modalités de gestion issues du secteur privé fait référence à une idéologie managériale, idéologie selon laquelle l'utilisation de procédures « rationnelles » conduirait à une utilisation plus efficiente de leurs ressources, les limites des méthodes de management étant passées sous silence.

Mais le trait dominant de cette idéologie est la supériorité indiscutée attribuée aux modes de gestion du secteur privé, sans autre forme de procès alors même que cette supériorité est

radicalement biaisée par l'orientation financière des instruments dont il est question avec ces modalités de gestion.

Section 2 : Les fondements du new public management

Peut-être est-il nécessaire, avant de parler des fondements du NPM, de rappeler les caractéristiques des services publics dans leur perspective opérationnelle (cf. « lois de rolland » formulées ainsi en 1878). « la soumission de tous les services publics aux trois grands principes de continuité, d'égalité et de mutabilité, légués par l'école du service public, établit et garantit leur spécificité par rapport aux activités privées. Le principe de continuité repose sur l'idée que la prise en charge d'une activité par l'administration implique l'existence d'un besoin social impérieux à satisfaire (...) le principe d'égalité devant les services publics exprime la traduction de l'extension aux activités matérielles de l'administration du principe d'égalité juridique devant la loi et les règlements posé par la déclaration de 1789 (...) enfin, le principe de mutabilité implique que les prestations fournies au public soient toujours adaptées à ses besoins (...) les services publics sont soumis à la « loi du progrès », c'est-à-dire que leurs prestations doivent sans cesse augmenter en qualité comme en quantité »¹⁶

P. Bezes¹⁷ dissocie deux visions du management public, une vision historique d'un champ constitué à partir « d'emprunts hétérogènes à l'économie (économie du public choice, théorie des coûts de transaction et théorie de l'agence), à la gestion et au management des entreprises privées » et une vision contemporaine présentant le management public « comme une doctrine de gestion publique à la fois cohérente, universelle, apolitique et internationale ». Comme le signale f. Gotter¹⁸, dans la première vision, ce sont les pratiques managériales du secteur public qui donnent lieu à un type particulier de management qui implique une distinction « management public – management privé » et la seconde se réfère à une « science administrative » (d'autres parlant de « culture administrative ») pour mettre en place les méthodes les plus rationnelles et les plus efficaces, ce qui le rend également spécifique aux administrations publiques. Le npm semble interprétable à la lumière de la deuxième vision, tout en notant qu'il spécifie très clairement les méthodes de référence. Indépendamment de la compréhension apportée à la fracture (ou non) « public – privé », le management public est donc un champ qui émerge de la prise en compte de perspectives théoriques, pratiques et institutionnelles. Le premier fondement possible peut être mis en exergue à partir de la

Chapitre II :New public management

troisième modalité d'exercice de la sécurité telle qu'elle a été analysée par m. Foucault⁵. Pour lui, la sécurité combine trois formes que sont la loi et la punition associée à son infraction (mécanisme légal ou juridique), la loi encadrée par des mécanismes de surveillance et de correction (mécanisme disciplinaire) et le dispositif de sécurité, c'est-à-dire la perspective contemporaine de l'insertion des réactions du pouvoir dans un phénomène de calcul qui est un calcul de coût avec une moyenne optimale au regard de limites de l'acceptable. Cette définition « canonique » de la sécurité montre l'importance des tensions qui opèrent sur la question et dégage la troisième perspective, celle du calcul, des deux autres, calcul que l'on retrouvera en tension avec les variations autour de la « tolérance zéro » (réaction de l'Etat) et du « risque zéro » qui marque aussi les perspectives du NPM avec l'idéologie de la collection des « zéros ». Il hérite en effet à la fois de la problématique et de la mythique des « zéros » de la qualité totale de la décennie 80 (« zéro défaut », « zéro panne », « zéro délai », « zéro stock » et « zéro papier ») pour y adjoindre le « risque zéro », la « tolérance zéro » de la sécurité et aussi le « zéro mort » de la sûreté. La « tolérance zéro » se situe dans le sens des politiques d'assurance qualité dont elle constitue l'objectif ultime. Remarquons aussi combien la « tolérance zéro » induit le calcul des risques du fait de la nécessité d'évaluer ce que l'on risque lorsque l'on franchit « la ligne blanche » si l'on est vu. C'est pourquoi, corrélativement, le ghetto apparaît aux limites du territoire où peut s'appliquer la « tolérance zéro » avec le double calcul de l'Etat et des citoyens que cela induit pour jouer sur les bornes afin de les élargir ou de les réduire. Par ailleurs, le territoire de la « tolérance zéro » provoque l'envie car c'est le territoire où va se concentrer la sécurité. Les « zéros » obsessionnels conduisent ainsi à la rationalisation des territoires dans le sens de la construction du communautarisme, effet « indirect » en quelque sorte du NPM. La normalisation disciplinaire qui se trouve au fondement du NPM conduit, en cohérence avec la position de M. Foucault¹⁸, à poser d'abord un modèle optimal construit en fonction d'un certain résultat puis à essayer de rendre les gens conformes à ce modèle (ils deviennent alors normaux, ou anormaux).

⁵ J. Chevallier, *Le service public*, PUF, collection « Que sais-je ? », Paris, 2003, p. 94-96 57

¹⁷ P. Bezes, « L'Etat et les savoirs managériaux : essor et développement de la gestion publique en France »

¹⁷ Gotter, « Management public et responsabilité sociale des organisations – Cas des pratiques de sanctions – récompenses », 3^e Congrès de l'ADERSE, Lyon, 18-19 octobre 2005 59 M.

¹⁸ Foucault, *Sécurité, territoire, population – cours au Collège de France. 1977-1978*, Gallimard & Seuil, collection « hautes études », Paris, 2004

¹⁹ F. Lacasse & P.-E. Verrier (Eds.), *30 ans de réforme de l'Etat. Expériences françaises et étrangères : stratégies et bilans*, Dunod, Paris, 2005, p. 10 et p. 16 58 F

Chapitre II :New public management

P. Bezes¹⁹ évoque une autre perspective foucauldienne en qualifiant l'ensemble de cette logique de rationalité d'un « souci de soi » de l'administration.

Le second fondement possible, lié à la théorie des organisations, peut être trouvé dans les développements autour de la High Reliability Organization (fiabilité organisationnelle) - HRO - qui tendent d'articuler (ce sont les perspectives organisationnelles qui sont mises en avant) fiabilité et efficience. Les catégories de compréhension de la fiabilité organisationnelle datent de la décennie 70 quand M. Landau²⁰ défendait les vertus cachées de la redondance face aux critiques adressées à l'inefficience de l'administration publique américaine. On voit donc d'abord que, tout comme avec le NPM, cette idée de fiabilité organisationnelle se positionne au regard de celle d'efficience qui fait de la capacité à réaliser un objectif avec économie des ressources une fin en soi. Les structures dupliquées, redondantes, se chevauchant seraient sources de fiabilité organisationnelle et donc d'efficience. M. Landau adresse ainsi, avant la lettre, une critique au Lean management.⁶

T. La Porte²¹ et K. Weick²² reprendront cette idée en substituant le terme de haute fiabilité et celui d'efficacité pour répondre aux exigences à la fois de disponibilité de service et de fiabilité au regard de la probabilité d'accident majeur. «Ce sont sur ces éléments-là que repose toute la thématique de la HRO. Cette problématique se distingue, soulignons-le une nouvelle fois, de celles de l'efficience. Elle se distingue aussi des catégories actuelles de ⁹ la qualité qui, elles aussi, sont aujourd'hui profondément marquées par la thématique de l'efficience. Cette tension entre « qualité – efficience – fiabilité » est d'ailleurs constitutive de toute l'ambiguïté du NPM.

C'est ainsi que la HRO est devenue objet de recherche quand, à partir de 1984, R. Todd, venu de la psychologie, R. La Porte, venu des sciences politiques et de la sociologie des organisations, K. H. Roberts, G. I. Rochlin, venu des sciences et des techniques ont créé ce groupe à l'Université de Berkeley avant d'accueillir P. Schuman, D. Rousseau et K. E. Weick.

¹⁹Landau, « Redundancy, Rationality and the Problem of Duplication and Overlap », *Public Administration Review*, n° 39, 1979, pp. 148-156 63 T. R.

²⁰LaPorte, « Fiabilité et légitimité soutenable », in M. Bourrier (Ed), *Organiser la fiabilité*, Le Harmattan, Paris, 2001, pp. 71-106 64 K.

²¹Weick, « Organizational Culture as a Source of High Reliability », *California Management Review*, n° 29, 6

Chapitre II :New public management

Les premiers travaux ont buté sur l'étroitesse des références en matière de théorie des organisations quand il s'agit de s'intéresser à des organisations en très fortes interdépendances avec leur « environnement » et gérant des dispositifs techniques particulièrement complexes (exemple : un porte-avions). C'est ce qui a conduit à une nécessaire créativité conceptuelle : stewardship (suivi responsable), ressource dependency (dépendance des moyens), risk mitigation (structuration des stratégies de réduction des erreurs et des risques), heedfulness (attitude de prévenance), mindful attention (attention). Les auteurs du domaine parlent de travaux de déconstruction de la sécurité et de la sûreté dans les organisations, au-delà des questions de culture organisationnelle.

La thématique des HRO vise les activités qui ne peuvent cesser du type gestion des déchets nucléaires, fourniture en eau par exemple, activités qui réclament une gestion « perpétuelle », c'est-à-dire permettre des évolutions techniques et organisationnelles tout en restant fidèle à la mission d'origine, mais en empêchant toute modalité qui remettrait en cause le niveau de fiabilité et de sécurité déjà atteint. Pour ce faire, de telles organisations devraient s'assurer en permanence que le public les perçoit comme fidèles aux engagements pris et qu'elles sont capables de les garantir (forme de concrétisation de l'accountability et de la transparence). Des formes telles que l'engagement répété, des figures charismatiques porteuses de ce message, la mise en place de groupes de pression de type public watching, l'intégration de normes institutionnelles dans les contrats de travail, les contrats de sous-traitance, des programmes de formation dédiés au respect des engagements, etc. devraient les caractériser. Laporte pose en particulier la question de la conception de telles organisations pour que les autorités de sûreté représentant le public puissent les contrôler le plus largement et le plus facilement possible, ce qui, à ses yeux, devrait diminuer l'opposition du public à ces activités. Il s'agit donc d'une autre lecture des organisations « hommes – machines » qui, à défaut de viser la place de l'homme dans ces organisations, le vise comme objet de leur activité. C'est ce qui vient rendre les questions organisationnelles les concernant tout à fait spécifiques. Paradoxalement, ce sont en effet les organisations les plus dangereuses qui connaissent le moins d'accidents.

Le NPM tend également à offrir une réponse à la question de savoir comment rendre un service public quand l'idéologie dominante est l'individualisme. C'est une des interrogations, posée en philosophie politique contemporaine par M. Walzer et C. Taylor avec la thématique de « l'usager – citoyen ». Les services publics doivent répondre à un principe d'égalité, mais ils se réalisent dans une société inégalitaire. Il faut donc une adaptation des modes de

Chapitre II :New public management

réalisation des prestations des services publics en fonction de la situation des populations et par rapport à un critère d'égalité « repensé » du fait de la déterritorialisation géographique et institutionnelle du service public, c'est-à-dire quelque chose qui ressemble à de la segmentation stratégique ! On retrouve ici la question de savoir comment fonder l'intervention de la puissance publique dans le monde qui serait le nôtre, c'est-à-dire au nom des politiques de notre temps. Le NPM acte ainsi en quelque sorte les inégalités de la société civile qui se confrontent ainsi au principe d'égalité de la société politique (rappelons d'ailleurs que la thématique de la performance est aussi celle de l'inégalité). Le npm s'accorde en effet avec le respect des différences (par exemple : religieuses, ethniques, de moeurs) et offre une forme de conciliation entre la souveraineté d'un état-administratif ayant ses impératifs d'unité et de cohérence et les droits de communautés très hétérogènes qui le composent, d'où l'obtention d'une justice à partir du traitement différencié des communautés en respect avec leurs « valeurs » tout en focalisant les modalités de fonctionnement de l'état-administratif autour du respect de principes généraux, les principes « gestionnaires » étant considérés comme le plus à même de susciter le consensus. Le npm se trouve alors en phase avec la référence à une théorie « faible » de la société civile, référence qui prévaut aujourd'hui dans les catégories du « moment libéral ». La gouvernance organisationnelle qui lui est associée fonde le passage de la référence au territoire institutionnel (organisation administrative) vers le contrat (organisation managériale au nom des gains de flexibilité).

Le NPM traduit également la légitimité accordée aux catégories du choix rationnel, catégories tirées de la micro-économie classique relues au travers de celles de l'économie institutionnelle avec la marchandisation des services publics du fait du « respect » des logiques de marché. Ces catégories sont le plus souvent limitées à l'application du principe de concurrence dans les choix publics tout comme dans l'administration publique afin de répondre aux exigences d'un « vivre bien » réduit à des contours matériels à défaut d'alternatives légitimement plus larges. C'est à ce titre qu'il constitue une forme de combinaison de l'efficacité et de l'équité.

Le NPM conduit enfin à la mise en œuvre d'une gouvernance qui instaure une « autonomie » de fonctionnement » de l'administration en cohérence avec la notion de service (visé et rendu), d'où le fait que l'existence d'organisations publiques efficaces (au regard de l'usage des ressources) puisse être utilisée comme critère de validation démocratique.

Section 3 : Les outils de New public management

1-Définition du contrôle de gestion

Il existe plusieurs définitions de contrôle de gestion, nous allons citer quelques-unes :

♣ **Selon R.N. ANTHONY (1965) cité par H.BOUQUIN** : « le contrôle de gestion (management control) est le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation. »^{22 10}

♣ **Selon le plan comptable général (PCG) de 1982** : « le contrôle de gestion est l'ensemble des dispositions prises pour fournir aux dirigeants et aux divers responsables des données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise. Leur comparaison avec des données passées ou prévues peut, le cas échéant, inciter les dirigeants à déclencher des mesures correctives appropriées ». ²³

♣ **Selon R.N.ANTHONY (1988)** : « le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation. ». ²⁴

♣ **Selon R.SIMON (1995)** : « le contrôle de gestion est les processus et les procédures fondés sur l'information que les managers utilisent pour maintenir ou modifier certaines configurations des activités de 'organisations. ». ²⁵ Nous pouvons définir le contrôle de gestion d'une manière générale comme étant : un ensemble de techniques qui visent à maîtriser et à vérifier la cohérence entre l'activité opérationnelle et les stratégies définies par les dirigeants, tout en assurant une meilleure utilisation des ressources et à moindre coût.

1-1 /.Les typologies de contrôle :

Nous distinguons :

²²Nicolas BERLAND, « Mesurer et piloter la performance », éd : e-ebook, Paris, 2009, P 15.

²³ Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, « contrôle de gestion », éd : Dunod, Paris, 2010, P 9.

²⁴ Nicolas BERLAND, Op.cit. P 15.

²⁵ Nicolas BERLAND, Op.cit. P 15.

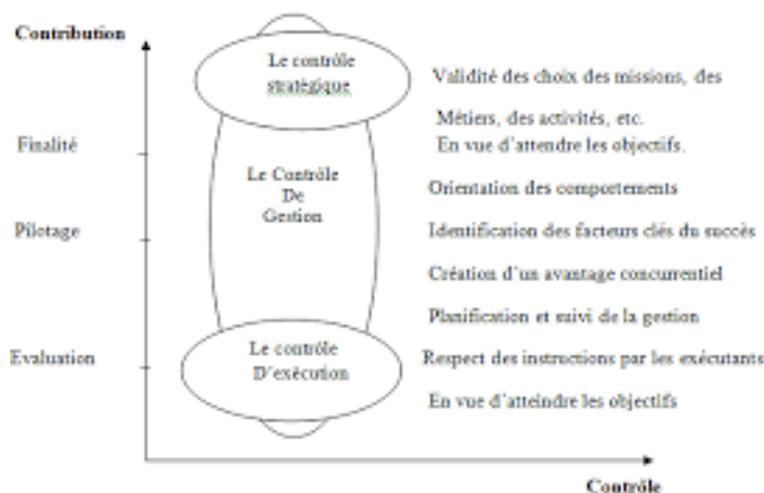
Chapitre II :New public management

♣ **Le contrôle stratégique** : oriente les activités sur le long terme de l'entreprise : à ce niveau, un contrôle stratégique doit aider les prises de décisions stratégiques par la planification stratégique, l'intégration de données futures en fonction d'un diagnostic interne et externe ;

♣ **Le contrôle d'exécution** : suit les actions de court terme (un an) et très court terme (moins d'un an) : c'est alors un contrôle opérationnel qui doit permettre de réguler les processus répétitifs (productifs ou administratifs) en vérifiant que les règles de fonctionnement sont respectées ;

♣ **Le contrôle de gestion** : il s'agit d'identifier les facteurs clés de succès et de s'assurer de la cohérence entre la stratégie de l'entreprise et les activités opérationnelles. Le contrôle de gestion est alors positionné comme interface entre le contrôle stratégique et le contrôle opérationnel.²⁶

Figure N°1 : Le contrôle de gestion dans une organisation



Source : Guy Dumas, Daniel LARUE, Litec, 2005.

2- Objectifs et missions du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion a plusieurs objectifs et missions.

2.1. Objectifs du contrôle de gestion

Chapitre II :New public management

Les objectifs de contrôle de gestion est semblable pour toutes les entreprises quel que soit sa taille et sa structure, parmi ces objectifs nous trouvons.²⁷

♣ La performance de l'entreprise Dans l'environnement complexe et incertain, l'entreprise doit recentrer en permanence ses objectifs et ses actions. Le pilotage des performances doit être un compromis entre l'adaptation aux évolutions externes et le maintien d'une cohérence organisationnelle pour utiliser au mieux les ressources et les compétences¹¹. On demande alors au contrôle de gestion d'aider à allouer les ressources aux axes stratégiques du moment. Le contrôle de gestion doit optimiser qualité, coût, délai, en utilisant tous les outils de résolution de problème tels que l'analyse de processus, les outils de gestion de la qualité... Le contrôle de gestion doit aussi aider au pilotage des variables de la performance social demandée par les parties prenantes.

♣ L'amélioration permanente de l'organisation Pour utiliser au mieux les ressources et les compétences. L'entreprise doit piloter son organisation comme une variable stratégique. La structuration par les processus semble être une voie pertinente pour la performance ; il s'agit de découper l'organisation en processus opérationnels et en processus supports pour ensuite modifier et améliorer ceux qui ne sont pas rentable. Le contrôle de gestion peut aider à formaliser ces processus et surtout à mesurer les coûts de ces processus pour déterminer les marges et les leviers d'accroissement possible de valeur ajouté.

♣ La prise en compte des risques Dans le pilotage de la performance, gouvernement d'entreprise et risque deviennent indissociables, il est nécessaire de connaître les impacts des activités d'une entreprise sur ses parties prenantes en intégrant les risques liés.

2.2. Missions de contrôle de gestion

Le contrôle de gestion est conçu pour être un processus permanent chargé d'intervenir avant, pendant et après l'action. Il est adapté aux orientations stratégiques et à l'établissement du cadre d'un système de mesure des performances. Les enjeux qu'il gère sont alors de :²⁸

²⁶Guy DUMAS, Daniel LARUE, « contrôle de gestion », édition : Litec, Paris, 2005, P : 15.

²⁷Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, Op.cit., P : 20

Chapitre II :New public management

¹²♣ Comprendre et organiser les chaînes de causalité afin d'améliorer l'adéquation de la structure de l'organisation aux finalités ; Exemple : adapter la conception des systèmes d'information aux attentes des clients.

♣ Améliorer l'efficacité opérationnelle et les capacités de réaction et d'adaptation en évitant toute déstabilisation ou conflit, en faisant évoluer le modèle de fonctionnement et les outils de gestion ; Exemple : réduire les coûts et les délais, accroître la qualité, la cohérence et la coordination des actions.

♣ Faire évoluer la culture interne, anticiper pour satisfaire les nouvelles attentes exprimées en interne et en externe ; Exemple : promouvoir une culture de coopération interservices et inter métier en intégrant les nouvelles TIC. En définitive, pour remplir sa mission, le contrôle de gestion doit :

♣ Comprendre comment l'entreprise doit se comporter pour satisfaire au mieux les attentes de ses partenaires et devancer ses concurrents ;

♣ Favoriser l'appréhension des performances financières et non financières de l'organisation, repérer les activités sur lesquelles doit impérativement s'appliquer la maîtrise des coûts, renforcer les synergies entre les différentes unités, piloter la relation rentabilité-risque ;

♣ Rendre compte très régulièrement (chaque année, chaque mois, chaque semaine voire chaque jour en cas de besoin) de ses observations et analyses à la direction générale.

3 /. Les outils du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion dispose de plusieurs outils qui sont classés importants afin de mesurer la performance de l'entreprise et de détecter les écarts significatifs.

3.1. Le coût

Définition d'un coût : « un coût s'applique à tout objet par lequel l'entreprise juge utiles d'attribuer des charges : produit, fonction, atelier, opération... pour un produit (ou une matière ou un service), c'est la somme des charges qui lui sont incorporées à un stade donné de l'exploitation (achat, production ou distribution) ». ²⁹

²⁸ Guy DUMAS, Daniel LARUE, « contrôle de gestion », édition : Litec, Paris, 2005, PP : 25, 26.

Nous avons principalement deux méthodes : méthode des coûts complets et la méthode des coûts partiels.

13

3.1.1. La méthode des coûts complets

Nous distinguons deux méthodes essentielles

3.1.1.1. Méthode des centres d'analyse

La méthode des centres d'analyse appelée aussi la méthode des sections homogènes est issue des travaux menés pendant la seconde guerre mondiale par le lieutenant-colonel RIMAILHO en France, dans le cadre de l'organisation d'ateliers de l'armée puis poursuivis dans le cadre de la commission générale d'organisation scientifique. Il est défini comme est une subdivision comptable de l'entreprise où sont analysés et regroupés les éléments de charges indirects préalablement à leurs imputation aux coûts.³⁰

♣ **Objectifs de la méthode** : cette méthode a pour objectif de :

♣ Faciliter la gestion donc la maîtrise des ressources consommées ;

♣ Proposer un couple coût-valeur ;

♣ Orienter les comportements des acteurs ;

♣ Définir le processus qui permet la transformation des ressources obtenus de l'environnement en biens finals, c'est la notion de traçabilité des couts.

♣ La traçabilité des couts est : « *la capacité du système à suivre le cheminement des ressources de l'entrée à la sortie de l'organisation malgré leurs transformations progressives* ». ³¹ elle vise à définir le lien de causalité entre le volume de production et le volume de la ressource consommée.

²⁹Thierry JACQUOT, Richard MILKOFF, « comptabilité de gestion : analyse et maîtrise des coûts », édition : Darios, France, 2007, P 73.

3.1.1.2. La méthode ABC

C'est une méthode conçue dans les années 80 par le programme du qui est CMS. Parmi les chercheurs américains qui ont participé nous avons KAPLAN, PORTER, etc. Reprise en France par LORINO, MEVELLEC, MIDDLLER, LEBAS ;

C'est une démarche qui vise à représenter l'ensemble de l'entreprise comme une série d'activités ayant des relations entre elles au sein de processus clairement identifiés.

♣ **Le principe de base** : on distingue deux principes de base :

♣ Les activités réalisées dans les centres d'analyse « consomment » des ressources ;

♣ Les produits/ services « consomment » des activités.

♣ **Définition de l'activité** : Une activité est définie comme l'ensemble des tâches homogènes caractéristiques d'un processus de réalisation de la chaîne de valeur et consommateur de ressources.¹⁴³²

♣ **La démarche de la méthode ABC** est la suivantes :

♣ Identifier les activités ;

♣ Evaluation des ressources consommées par chacune d'elle ;

♣ Définition des inducteurs d'activités ;

♣ Affectation du coût des activités aux objectifs de coût.

♣ **Objectifs de l'ABC** : cette méthode a plusieurs objectifs qui sont³³

- **Obtenir des coûts plus précis**

La répartition approximativement des importantes charges indirecte par des clefs très souvent volumiques conduit à sous-évaluer les coûts des articles produits en petites séries par rapport à ceux produites en garde série. L'imprécision des coûts peut même conduire

³⁰Claude ALAZARD, Sabine SAPARI, Op.cit., 2010, P 69.

³¹Ibid. P 63. 161

³²Ibid. P 530.

l'entreprise à prendre des décisions dangereuses en matière de tarification et de développement de produits.

- **Rendre visibles des activités cachées**

Un découpage plus fin du fonctionnement permet de faire apparaître le coût des activités « accessoires », activités parfois coûteuses, alors qu'elles peuvent n'apporter que peu de valeur : exemple de la manutention interne à un atelier ou une entreprise.

- **Rendre « variables » les charges fixes**

Les charges « fixes » ne le sont souvent que par rapport au niveau d'activité générale : ainsi les frais d'un bureau d'études. Mais la charge du bureau d'études dépend du nombre de modèles qu'il conçoit ou améliore. Il faut donc déterminer un ou plusieurs inducteurs de coûts pour chaque activité afin d'obtenir une relation causale pertinente.

- **Donner un (nouveau) modèle de fonctionnement pertinent et cohérent**¹⁵

A partir de l'activité, des applications multiples et flexibles peuvent être construites afin de déterminer des coûts par produits, par processus, par projet... de plus, dans le cadre d'un¹⁶ processus, peuvent être suivis de façon cohérente : les coûts, les délais, la qualité des produits empruntant le processus.

3.1.2. La méthode des coûts partiels

Nous avons quatre principales méthodes des coûts :

3.1.2.1. La méthode des coûts variables

Définition : « *la méthode des coûts variables ne retient que les charges variables, qu'elles soient directes ou indirectes, dans le coût des produits* ». ³³

L'objectif de cette méthode nous permet d'un jugement sur l'opportunité de supprimer ou de développer les ventes d'un ou des produits. La méthode des coûts variables est définie par le plan comptable. Elle est aussi connue sous d'autres appellations.

³³Jean-Louis MALO, Jean-Charles MATHE, « l'essentiel du contrôle de gestion », édition : Organisation, Paris, 2002, P : 208.

³⁴ Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, Op.cit. P: 60.

³⁵Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, Op.cit. P161.

³⁶Ibid. P162.

- ♣ Méthode des coûts proportionnels ;
- ♣ Directe costing, terme originaire des Etats-Unis.

3.1.2.2. La méthode des coûts directs

Définition : « la méthode des coûts directs intègre dans les coûts uniquement les charges affectables sans ambiguïté qu'il s'agit de charges variables ou de charges fixes ». ³⁵

Cette méthode est définie par le plan comptable. Sous cette forme, elle reste peu utilisée, les entreprises préférant une approche mixte de l'analyse des coûts combinant les deux classifications.

3.1.2.3. La méthode des coûts spécifiques

Définition : « la méthode des coûts spécifiques prolonge la démarche de celle des coûts variable. Elle impute, à chaque produit, les charges directes iles qui lui sont propres. Elle permet ainsi de dégager une marge sur coûts spécifique (du produit) qui doit permettre la couverture des charges fixes indirectes réputées charges commune à l'entreprise. ». ³⁶ Le principe de cette méthode est :

- ♣ Incorporer dans les coûts des produits des charges de structure directes ;
- ♣ Rejet des charges de structure communes. Cette méthode est aussi appelée :
- ♣ Méthode du coût variable évolué.
- ♣ Direct casting évolué.
- ♣ Méthode de la contribution ou des apports.

3.1.2.4. La méthode du coût marginale

Définition : selon le plan comptable, le coût marginal est « la différence entre l'ensemble des charges d'exploitation nécessaires à une production donnée et l'ensemble de celle qui sot nécessaire à cette même production majorée ou minorée d'une unité ». ³⁷

➤ Composante du coût marginal

Le cout de la dernière unité produite se compose, comme tous les coûts, de charges de nature différente.

- ♣ Les charges variables qu'entraîne sa réalisation.
- ♣ Les charges fixes éventuellement nécessaire à ça si un changement de structure se révèle indispensable.³⁸

3.2. La comptabilité analytique

La comptabilité analytique est un excellent outil de gestion, et de contrôle budgétaire que le responsable de l'entreprise est libre de la pratiquer ou pas.

3.2.1. Définition de la comptabilité analytique

Selon H. Bouquin « *la comptabilité analytique est un système d'information comptable qui vise à aider les managers et à influencer les comportements en modélisant les relations entre les ressources allouées et consommées et les finalités pour suivies...* ». ³⁹¹⁷

3.2.2. Objectifs de la comptabilité analytique

La comptabilité analytique permet de :

- ♣ Clarifier la répartition des coûts des différences entre activités de l'organisation (par produit, activité, commande...);
- ♣ Réaliser, calculer, analyser des coûts qui sont nécessaires à la mesure et au contrôle des résultats;
- ♣ Amener aux dirigeants des informations essentielles précieuses à leurs décisions;
- ♣ Améliorer la performance de l'organisation;
- ♣ Déterminer les bases de calcul de certains éléments de bilan (amortissement, sortie de stock...); ♣ Comparer les prévisions et les réalisations;
- ♣ Dégager des écarts éventuels et les expliquer et de les corriger;
- ♣ Établir des prévisions des coûts et produits courants (coût préétabli, taux prévisionnels).

3.2.3. Principes de la comptabilité analytique : sont en ordre de trois⁴⁰

³⁷Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, Op.cit. P 219.

³⁸Nicolas BERLAND, « la mesure de la performance », éditions : e-book, Paris, 2009, P18.

³⁹Hamid CALLAL, Cours « comptabilité analytique », université Mouloud Mammeri, 2011-2012.

Chapitre II :New public management

♣ La régularité et la sincérité des comptes.

♣ **La fidélité** : la comptabilité analytique donne une image fidèle de l'entreprise c'est-à-dire la plus proche de la réalité.

Tableau 1 : Éléments constitutifs de la Nouvelle Gestion Publique (NGP)

<i>Principes de la NGP</i>	<i>Outils de la NGP</i>
<i>Séparer la prise de décision stratégique, qui relève du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, qui est sous la responsabilité de l'administration ; Distinguer ainsi les tâches de financeurs, acheteurs et prestataires des services publics.</i>	<i>Négociation de contrat de prestations, qui fixent des indicateurs de performance à atteindre dans un délai imparti, entre les autorités politiques (parlement, gouvernement) et les responsables des services administratifs.</i>
<i>Orienter les activités administratives en fonction des produits à fournir (plutôt que des règles procédurales à suivre, en matière d'affectation des ressources notamment).</i>	<i>Attribution de budgets globaux aux gestionnaires publics qui disposent d'une large marge de manœuvre pour satisfaire à leurs critères de rendement.</i>
<i>Réduire la hiérarchie, amincir les bureaucraties, décentraliser certaines tâches administratives et déléguer la gestion au niveau le plus bas (selon le principe de subsidiarité).</i>	<i>Création d'agences exécutives et de structures organisationnelles plus flexibles ainsi que déréglementation de certains statuts de la fonction publique en introduisant des mandats individualisés et le salaire au mérite.</i>
<i>Introduire des mécanismes de type marché dans la production de biens et services d'intérêt général (y compris en créant des quasi-marchés).</i>	<i>Mise au concours pour la fourniture de certaines prestations (marchés publics), déréglementation des monopoles publics et introduction de bons (vouchers) aux usagers qui choisissent librement leurs fournisseurs.</i>
<i>Créer de la transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives ; Utiliser de manière efficiente les ressources publiques (value for money).</i>	<i>Calcul et comparaison des coûts grâce à une comptabilité analytique (par groupe de produits administratifs) et comparaison de différents prestataires (benchmarking).</i>
<i>Orienter les prestations administratives vers les besoins des usagers (ou clients) en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir.</i>	<i>Gestion orientée vers la qualité (voire la certification des processus), chartes de service public et enquête de satisfaction réalisée auprès des clients.</i>

Source : Yves Emery Et David Giauque, op.cit. p 3

Chapitre II :New public management

Si on résume ce tableau, on va trouver que Les thèmes les plus récurrents du Nouveau management public, sont les suivants :

- Donner une plus grande « flexibilité» à l'organisation du travail (au détriment des hiérarchies traditionnelles),
- Accorder la priorité au client et à sa satisfaction (et non plus à l'organisation),
- Privilégier une orientation marquée vers les résultats et l'imputabilité (et non plus vers les méthodes et les procédures),
- accorder une Plus grande autonomie aux dirigeants et responsabilisation sur des résultats attendus par les usagers (principale of accountability)

Tout cela dans le but d'atteindre les idéaux de l'efficacité, de l'efficience et de l'économie. En adaptant ces 3 « E » à la fonction publique, cela va nous donner les éléments suivants (F. Piron 2003 :50) :

- gestion par résultat,
- décentralisation,
- privatisation de certains services (sous-traitance),
- avènement des marchés publics,
- responsabilisation accrue des employés,
- planification stratégique,
- orientation vers les services aux citoyens.
- La création d'« unités autonomes de services » puis d'« agences » au sein de la fonction publique en est aussi l'un des résultats.

Conclusion

Le NPM est le passage d'une logique traditionnelle de l'administration publique à une nouvelle logique de management fondée sur les méthodes employées dans le secteur privé

Projet d'établissement hospitalier en Algérie

Introduction

Le système national de santé en Algérie connaît des transformations profondes insufflées par les réformes hospitalières, les notes ministérielles et les nouveaux textes réglementaires engagés pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques que connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population.

Ces transformations sont engagées compte tenu de la réalité du fonctionnement des hôpitaux et des contraintes et dysfonctionnements que subissent ces derniers, au plan de leur organisation, et de leur gestion.

Parmi les réformes engagées, dans ce cadre, on retrouve celle de l'amélioration de la gestion des hôpitaux à travers la mise en place d'instruments de pilotage, notamment le projet d'établissement. L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet d'établissement hospitalier, afin que cet outil de gestion des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé.

Dans notre travail de recherche, un grand intérêt est porté particulièrement aux établissements publics hospitaliers, du fait qu'ils sont considérés comme le cœur du système de santé, et représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures avec 33665 lits fonctionnels par rapport aux CHU qui regroupent seulement 13042 lits. Il y'a lieu de s'interroger dans ce chapitre, sur ces établissements, leurs organisations et fonctionnements et sur l'adoption du projet d'établissement hospitalier. Pour clarifier davantage tous ces éléments, nous avons organisé ce chapitre de la façon suivante :

Section 1 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie.

Section 1 : Les établissements publics hospitalier en Algérie

1/La crise en financement à partir 1990

Comme on l'a cité précédemment, le financement de notre système de santé dépend du marché pétrolier, cette période a marqué la chute des prix du pétrole ce qui a eu des retombées néfastes sur le fonctionnement du système de santé, et ce qui a poussé notre pays à l'adoption des programmes d'ajustements structurels de l'économie (en 1987). Ces plans visaient des réformes et des mesures financières et la recherche de nouvelles sources de financement du service public afin d'assurer une croissance durable, en ce qui concerne le système de santé. Ils visaient aussi la compression des dépenses de santé par les utilisateurs par ce qui est appelé recouvrement des coûts, ce qui à entrainer des effets négatifs sur le fonctionnement du système de santé en entier (la sous consommation des soins, ce qui va engendrer la prévalence des maladies transmissibles).

En 1995, l'Etat décide de faire participer les ménages aux dépenses de soins hospitaliers par le système de tarification, pour alléger ses charges. Cette décision de tarification stipule tous les services fournis par l'hôpital (consultation, hébergement, imagerie, examens biologiques, radiothérapie...etc.) seront payés par le malade, à l'exception de certaines catégories de maladies comme, les maladies chroniques, les victimes des fléaux d'épidémies ou de catastrophes naturelles qui seront dispensés de cette tarification.

2/L'offre publique de soins

Depuis la réorganisation de 2007, supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec un établissement hospitalo-universitaire (EHU), des centres hospitalo-universitaires (CHU), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS), des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP)¹.

¹ 2-1/Le centre hospitalo-universitaire

¹ CHAOUI F, LEGRO M « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie », Défis nationaux et enjeux Partagés, Algérie, 2012, p. 10.

Projet d'établissement hospitalier en Algérie

Le CHU² est un établissement public à caractère sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié par le décret n° 86-302 du 16 décembre 1986, et le décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement. Le CHU est créé sur proposition conjointe du ministre de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de la recherche.

2.2/ Les établissements hospitaliers spécialisés

Ces hôpitaux abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) et peuvent héberger des services universitaires. L'EHS est un établissement public à caractère sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

2-3 /Les établissements publics de santé et de proximité

Sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques. Ces établissements (EPSP) sont des établissements publics à caractère sanitaire de nature juridique, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils constituent le réseau d'établissements de soins de santé de base représentant des circonscriptions géo-sanitaires considérées comme bases opérationnelles de l'action sanitaire couvrant un bassin de population déterminé.

2.4/Les établissements publics hospitaliers

Sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire, ils sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

²Décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de Fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Projet d'établissement hospitalier en Algérie

Les EPH et les EPSP sont des établissements publics à caractère sanitaire ³ dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, ils sont placés sous la tutelle du wali.

Notre travail de recherche s'intéresse principalement aux établissements publics hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les EPH, qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures avec 33665 lits fonctionnels par rapport aux CHU qui regroupent seulement 13042 lits, les EHS 10475 lits, et les EH représentent 608 lits⁴. De plus, les structures de santé comptent un nombre important en EPH (224 établissements), et seulement 13 CHU, et 31 EHS⁵. Cela est l'une des raisons qui nous a motivés à orienter notre travail vers l'étude du cas des EPH.

Structures de santé	Nombre des lits
Centre hospitalo-universitaire	13042
Etablissement publiques hospitaliers	33665
Etablissement hospitaliers spécialisés	10475
Etablissement hospitaliers	608
Total	57790

Tableau n°1 : Etat des infrastructures des structures sanitaires en Algérie²

Source : calculs à partir des données des statistiques sanitaires, 2009, pp.9-13.

3/L'hôpital public et le service public hospitalier :

L'hôpital public est un établissement public qui a pour mission la prise en charge de toute personne ayant besoin de soins dans l'optique de répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population, son rôle dans l'offre de soins est majeur.

L'établissement public hospitalier présente les caractéristiques d'un service public hospitalier. Il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

3-1/Le service public hospitalier :

³L'avant-projet de la loi sanitaire.

⁴ Calculs à partir des données des statistiques sanitaires 2009, pp.9-13.

⁵ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire » Alger 2009 p ; 10

Projet d'établissement hospitalier en Algérie

La notion de service public recouvre toutes les activités d'intérêt général qui s'exerce sous l'égide des pouvoirs publics, centraux et locaux. L'expression « service public » désigne deux éléments différents : une mission, qui est une activité d'intérêt général, et un mode d'organisation consistant, à faire prendre en charge ces activités, par les établissements publics de santé mais toujours sous le contrôle de la tutelle.

La mission première du service public hospitalier est d'assurer les examens de diagnostic, de traitement, notamment les soins d'urgence des malades et leur hébergement éventuel.

3-2/ Les composantes du service public hospitalier

Les infrastructures sanitaires des établissements publics hospitaliers se subdivisent principalement en deux catégories : structures assurant l'hospitalisation des malades et structures chargées d'effectuer des consultations c'est-à-dire des services ambulatoires.

a. Les services ambulatoires

Ils comprennent tous les services qui sont hors hospitalisation (consultation externe, médecine dentaire, pharmacie), ces services ne nécessitent pas une hospitalisation.

b. Les services d'hospitalisations

La production du service hospitalier est triple :

- L'hébergement : la restauration, hôtellerie...etc.
- La production de soins médicaux : les analyses, les soins, les médicaments...etc.
- La transmission des connaissances : en plus des activités de soins, l'hôpital public est le lieu des stages pratiques pour les étudiants en médecine et en para médical.

3 / Les caractéristiques du projet d'établissement

a. Le but d'intérêt général de l'hôpital :

La raison d'être du service public hospitalier est le but d'intérêt général. Dès sa création, l'institution hospitalière a eu pour mission de recevoir et de soigner toutes les personnes malades, sans discrimination. Les hôpitaux publics sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

b. La permanence du service public hospitalier :

Si tout service public doit répondre à l'exigence de la continuité, celle-ci devient impérieuse à l'hôpital, la nature du service public hospitalier est donc un service permanent. Les malades hospitalisés doivent recevoir des soins que requiert leur état pendant la journée et pendant la nuit. Cette permanence est assurée par les membres du corps médical et para médical qui sont astreints autour de gardes. Au sein des établissements publics hospitaliers (EPH), cette permanence est assurée par les services des urgences qui reçoivent des malades 24/24h, et aussi par le personnel qui assure les gardes de nuits.

Conclusion

Les contraintes et dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux publics en Algérie, ont amenés le gouvernement à instauré des réformes hospitalières. L'objectif prioritaire de ces réformes hospitalières, est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation de ces établissements, et l'amélioration de leur gestion afin de satisfaire les besoins en soins de la population.

Le dernier chapitre fera l'objet d'une analyse empirique approfondie, d'un cas d'établissement public hospitalier, en matière de mise en place du projet d'établissement hospitalier. Il s'agit de déterminer et d'expliquer par le biais d'une enquête par entretiens, le déroulement et les étapes de l'élaboration et de la mise en place du PEH au niveau de cet établissement, et enfin, d'analyser ses apports en matière d'amélioration de sa gestion.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Introduction

Le centre hospitalo-universitaire (CHU) est un établissement public à caractère administratif, à but non lucratif, créé sur proposition conjointe du ministère de la santé et de la population et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. La contractualisation constitue un instrument de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé et un levier des réformes hospitalières engagées. De ce fait, des dispositions sont mises en place et des mesures et actions ont été engagées par le CHU de Tizi-Ouzou afin de réussir la phase préparatoire de la contractualisation et asseoir tous les préalables nécessaires à sa réussite. L'objet de ce chapitre est la présentation du CHU, ensuite nous présentons la sous-direction des activités de santé et nous finissons par la mise en œuvre de la contractualisation au niveau du CHU.

1_ Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou

Le centre Hospitalo-Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est sous la double tutelle du MSPRH, et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, son personnel médical possède le rang magistral, assure les activités de soins, de recherche et de formation.

2- Historique Du CHU De Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré ; précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées. En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire. Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, créé par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifié par le décret n°86/294 du 16 Décembre 1986¹. Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed. Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés, répartis-

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas (Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région.

Le CHU de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure aussi des missions de formations et de recherche.

Premièrement en matière de santé, il assure les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population. Mais aussi l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé, ainsi que la contribution à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

Outre ses missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

En matière de formation celui-ci assure, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

Enfin, en matière de recherche, ce dernier, Effectue, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé, Organise des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et

¹ CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>. Consulté le 04/11/2017.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

- L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed
- L'Unité BELLOUA

Unité NEDIR Mohamed : Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades². Le nombre de lits total de cette unité s'élève à 570 lits, incluant les 19 spécialités de cette unité qui ont besoin d'un service d'hospitalisation.

Unité BELLOUA : L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, superficie du site 62 500 m², constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés ²

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses⁴ :

2-1-1/Les recettes comprennent

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux.
- Les subventions des collectivités locales.
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation.
- Les dotations exceptionnelles.

²CHU NEDIR Mohamed,

³Op.cit. 3Op.cit

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en Vigueur.
- Les recettes propres des établissements de santé.
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement,
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

2-1-3 /Les dépenses comprennent

- Les dépenses de fonctionnement.
- Les dépenses d'équipement.
- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son projet.

2-1-4 / Organisation et fonctionnement du CHU de T-O

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

2-1-4-1- Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou :

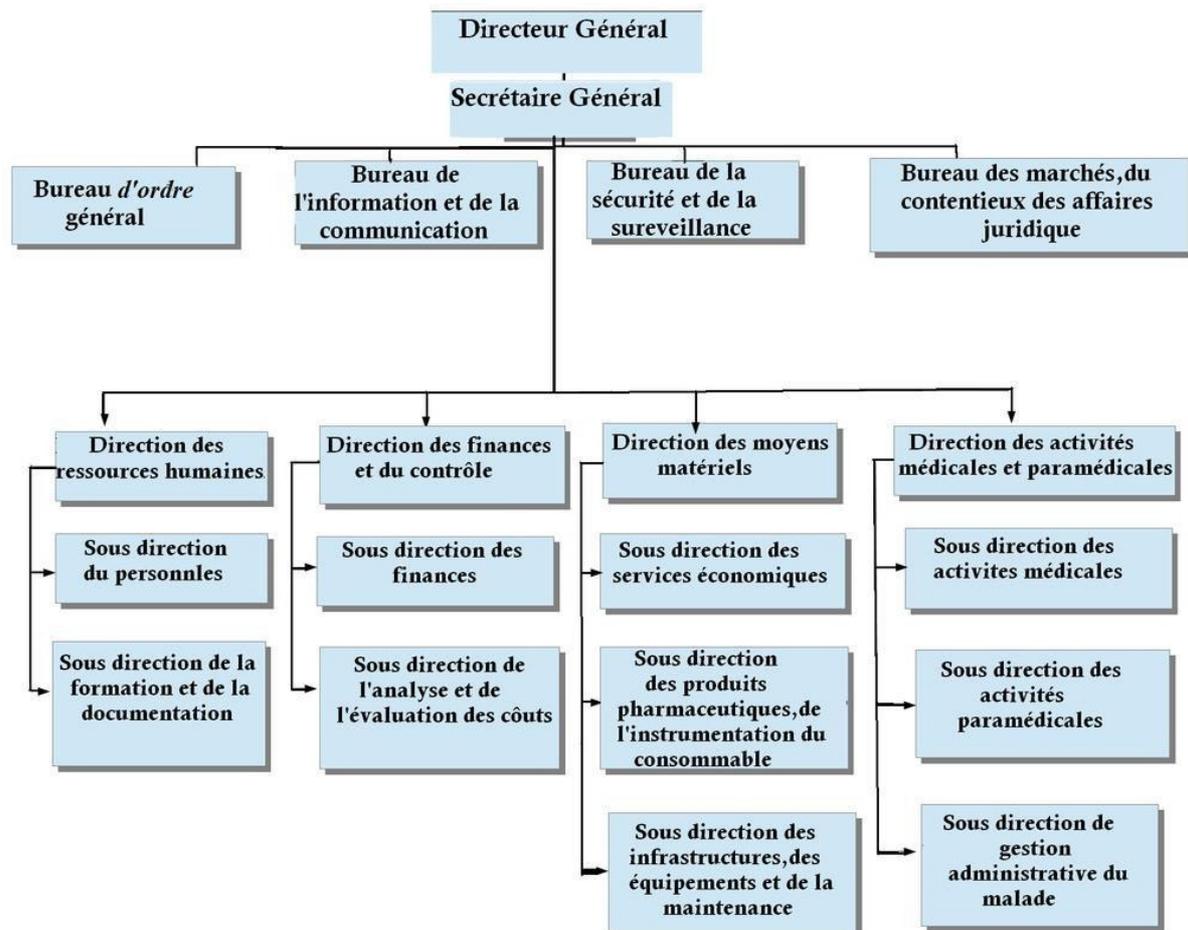
³Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif comme le démontre cet organigramme⁵ :

Figure 03 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.

⁴BOUADI Sonia. Op.cit.

⁵SIFAQUI Fatma. Op.cit. P. 149

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou



Source : CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, connaître le CHU, organigramme, disponible sur le site <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>

De cet organigramme nous relevons les centres de responsabilité suivant :

2-1-4-1-1 /Direction du CHU de T-O :

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur du C.H.U, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration,

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il peut aussi déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs⁶.

2-1-4-1-2 / Le conseil d'administration

Il comprend, un représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élus par ses pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U⁷. Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent⁸.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur⁹.

Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres⁴.

2-1-4-1-3 /Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toutes les mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de

⁶ SIFAOUI Fatma. Op.cit.

⁷CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

⁸Ibid !.

⁹ Ibid.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

soins, de formation et de recherche. Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux. Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelables. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU¹⁰.

2-1-4-1-4 /Directions de l'organisation administrative

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend :

la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales. Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information et de la communication ; le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ; le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques¹¹.

A- La Direction des ressources humaines

Elle comprend :

- la sous-direction des personnels qui comporte : le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.
- la sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation^{12,5}

¹⁰ CHU NEDIR Mohamed. Op.cit

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants¹³ :

- Recrutement
- Rémunération
- Promotion et sanction
- La formation

B- La Direction des finances et du contrôle

Elle comprend :

- la sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes.
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût hospitalisation dans la journée¹⁴.

C- La Direction des moyens et matériels

Elle comprend¹⁵ :

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau des approvisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.

D- La direction des activités médicales et paramédicales

Elle comprend¹⁶ :

- la sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

- La sous-direction des activités paramédicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers, le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.⁶

- La sous-direction de la gestion administrative du malade qui comporte : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutique

2-1-4-2 /Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment¹⁷ :

2-1-4-2-1 / Le personnel médical

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes.

Les médecins spécialistes assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignant dont ils ont la charge.

¹³CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

¹⁴BOUADI Sonia. Op.cit. p. 98.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social.

En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les do cents, Professeurs.

Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures¹⁸.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes: Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale¹⁹.

Les maitres conférenciers, quant à eux sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, les maitres conférenciers sont chargés de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, d'assurer le bon déroulement et la correction des copies, participer aux travaux des jurys de délibération, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, encadrer les équipes pédagogiques, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants²⁰.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes : diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales. ⁷

Dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

Quant aux professeurs, ils sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, les professeurs sont chargés de : la participation aux travaux des comités pédagogiques, contrôler les examens et d'assurer le bon déroulement, la correction des copies d'examens, participation aux travaux des jurys de délibération, la préparation et de l'actualisation des cours, l'encadrement des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, contribuer par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur, l'animation des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de

¹⁸BOUADI Sonia. Op.cit.

¹⁹ Ibid.

²⁰Ibid.

*maitre conférencier.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

compétence, contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, encadrer les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants, et dans le domaine des soins ils sont chargés de : assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, assurer les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuer à une meilleure efficacité du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires²¹.

En effet, dans le domaine de la recherche médicale de contribuer suivant leurs spécialités à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale^s

Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes : diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire protection sanitaire en milieu de travail prévention générale et épidémiologie éducation sanitaire réadaptation et rééducation expertise médicale gestion sanitaire explorations fonctionnelles analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.

Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, les tâches suivantes : explorations et analyses biologiques préparations pharmaceutiques gestion et distribution des produits pharmaceutiques expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques gestion sanitaire éducation sanitaire, ils participent à la formation des personnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent notamment les tâches suivantes : diagnostics et soins ; prévention ; prothèses ; éducation sanitaire bucco - dentaire. Ils participent à la formation des personnels de la santé.

2-1-4-2-2-Le personnel paramédical

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients. Il réalise une jonction entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté, aides-soignants.

²¹ SIFAOUI Fatma. Op.cit

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

-Les infirmiers diplômés d'état : sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et à la formation des autres catégories du personnel paramédical.

-L'infirmier breveté : est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical.

-Les aides-soignants : ils sont chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades. Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médicaux, et le coordonnateur des activités paramédicales, en vue de coordonner, d'organiser, d'expertiser et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux.

2-1-4-2-3-Le personnel administratif

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs responsabilités. En ce qui concerne l'économiste, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait le fonctionnement de cette organisation est assuré par un effectif tous corps confondus de 2425 employés.

Après avoir présenté globalement le CHU de Tizi-Ouzou, de faute de ne pouvoir mentionner toutes les activités ou toutes les fonctions du CHU. Dans ce qui va suivre nous allons développer la sous-direction des activités de santé, car cette sous-direction, représente un grand intérêt de par sa relation directe avec notre sujet de mémoire.

2 /-Sous-direction des activités de santé

Cette sous-direction se structure en trois bureaux ; le bureau des entrées, le bureau de calcul des coûts, bureau du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

1-Bureau des entrées

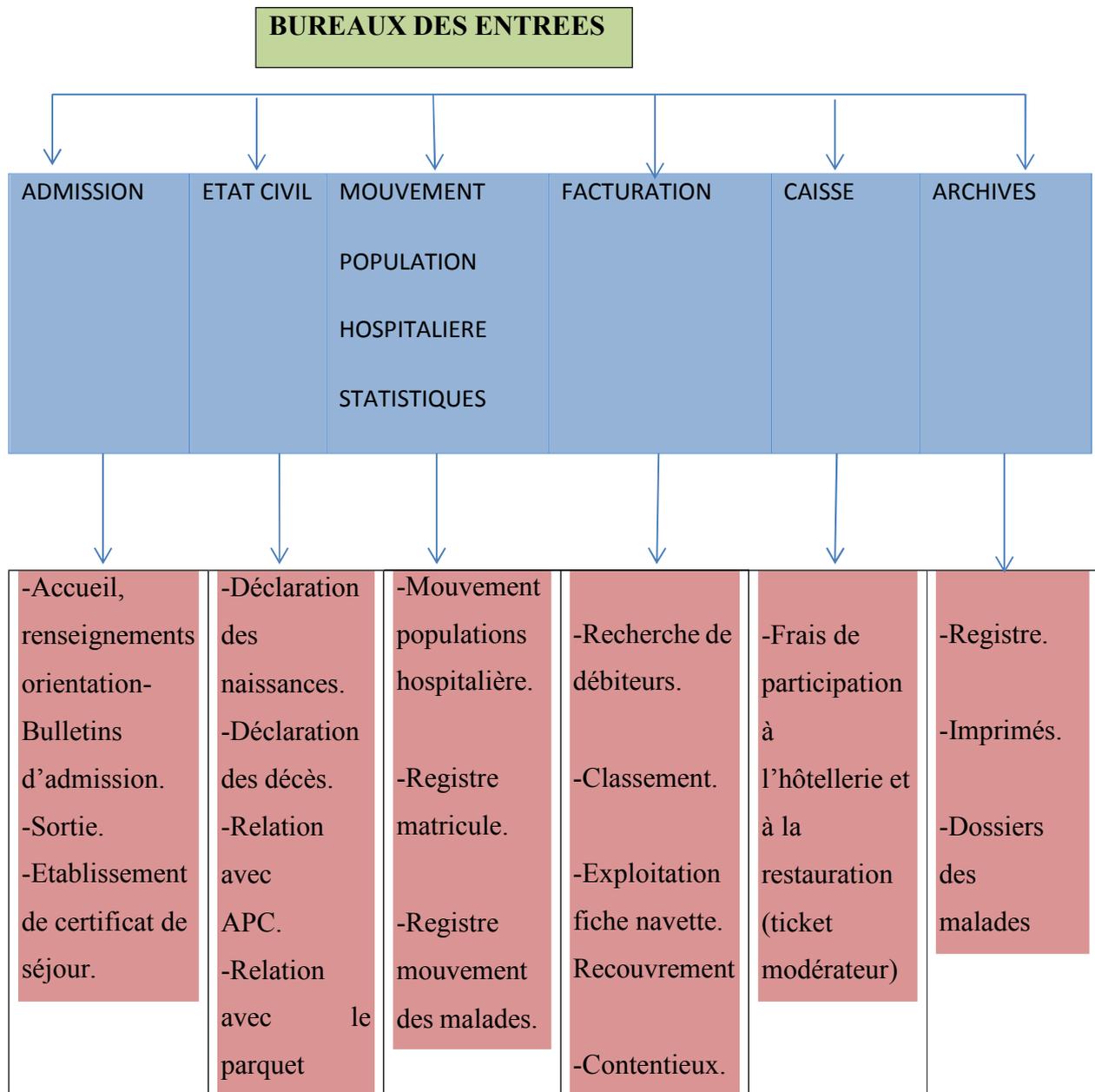
Le bureau des entrées est l'un des plus importants services administratifs de l'hôpital, son rôle ne consiste pas seulement à l'enregistrement du mouvement de la population (admission des patients, leurs séjours et sorties) mais vise également l'évaluation et l'exploitation d'un certain nombre d'information et de statistiques liées à la comptabilité des journées d'hospitalisation (calcul des taux de rotation des malades, d'occupation des lits de séjour moyen, de consommation par malade, d'actes médicaux et autres).

1-1-Les objectifs du bureau des entrées

- Identification rigoureuse du statut social de la population hospitalière
- Evaluation des activités par service et par groupes de spécialités
- Maîtrise des coûts
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières.

1-2-Organisation du bureau des entrées

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou



Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Le bureau des entrées utilise une nomenclature des registres et imprimés officiels standardisés, notamment, le registre matricule, mouvement hospitalier, journal de naissances, de décès, des évacuations, dépôt de corps à la morgue, d'inspection et de facturation. Ce bureau utilise comme imprimés ; le bulletin d'admission, demande d'hospitalisation, fiche navette, déclaration de décès, résumé standard de sortie, résumé clinique de sortie, certificat d'hospitalisation, bulletin d'évacuation et certificat de non contagion.

❖ Le système d'information hospitalier (SIH)

« Le SIH est constitué de l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien de l'hôpital, de ses modes de gestion, de l'évaluation ainsi qu'à son processus de décisions stratégiques. »

Ainsi, l'établissement public de soins apparait en tant qu'un système dynamique, composé de sous-systèmes avec des natures d'activités diversifiées, dont l'information est utile à chacun de ces sous-systèmes.

Néanmoins, le système d'information à adopter doit être assez souple et fiable pour atteindre ses objectifs principaux dont l'amélioration de la qualité de soins (amélioration des communications, réduction des délais d'attente et aide à la décision) et la maîtrise des coûts (réduction des durées des séjours, réduction des tâches administratives et diminution du personnel).²²

Le système d'information hospitalier est le recueil de l'information (au niveau du système de soins), son traitement, sa mémorisation et enfin sa transmission vers des organismes habilités à la prise de décision à savoir : les gestionnaires des structures de santé ; la direction de la santé et de la population(DSP) et le ministère de la santé.

Le système d'information hospitalier actuel repose sur un mode traditionnel voire manuelle de collecte et de gestion de l'information. En effet, ce système recourt à des outils de collecte de l'information tels que la fiche navette, billet d'admission, divers registres d'enregistrement (du mouvement des malades ; de médicaments etc....) et des méthodes telles que la transcription et la saisie manuelle de l'information. Toutefois, étant donné l'importance de la quantité d'informations à collecter et à saisir, ces outils conjugués à ces méthodes présentent des limites quant à la réalisation des objectifs du système d'information sanitaire.²³

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- Informations administratives : le but de ces informations étant de savoir si les différents services de l'établissement de soins constituent une évaluation rationnelle de leur fonctionnement global, et aussi si on est en mesure d'une amélioration de la maîtrise de la gestion à travers l'exploitation de ces services en question.

❖ La fiche navette

La fiche navette est un support d'information. Il devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites.

Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic.

Elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés. La tenue et l'exploitation de la fiche navette vont permettre de recueillir une panoplie d'informations sur le malade admis dans les services hospitaliers d'un hôpital, sur sa maladie, sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier, les soins infirmiers correspondant aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation, les médicaments qui lui ont été prescrits et administrés et enfin la fiche navette comporte des indications sur la sortie du malade de l'établissement où il a reçu des soins.

Dans sa première page, la fiche navette regroupe les informations relatives à l'identification du patient à savoir son nom, son prénom, son âge, son groupe sanguin, son numéro d'admission, de même que les informations concernant le service allant accueillir le malade : nom de salle, le numéro de lit ainsi que la date et l'heure d'entrée dans le service. Un

²²TOUBAL Farida « Réflexion, analyse et perspectives de la gestion du service public de la santé à travers l'étude de la maîtrise des couts sanitaires : Cas du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI » Magister en sciences économique, UMMTO, 2008, P141

²³ SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO, P102

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

code d'entrée est attribué par le bureau des entrées pour chaque malade admis dans un service de l'établissement pour des contrôles éventuels des malades séjournant ayant été effectivement transités et recensés par ce bureau.

La deuxième et la troisième page de la fiche navette sont destinées à la transcription des actes médicaux, chirurgicaux et les divers examens pratiqués sur le malade dans l'établissement d'hospitalisation. Les actes que les professionnels de soins peuvent avoir à effectuer sont établis par une nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et autres auxiliaires médicaux. Cette nomenclature impose aux praticiens et auxiliaires médicaux de communiquer à l'administration de l'établissement sanitaire le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent. Cette dernière est censée mesurer les activités des différents services et à calculer les coûts de santé, en d'autres termes les coûts de prise en charge des malades. Ces coûts seront communiqués aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation au financement de structures de soins et du secteur de la santé en général.

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe pour désigner soit un acte accompli par un médecin généraliste dont la lettre-clé est la lettre L l'acte accompli par un spécialiste est désigné par la lettre CS, celui effectué par un psychiatre prend la lettre C PSY, l'acte du chirurgien-dentiste prend la lettre CD, l'acte de sage-femme prend la lettre C.SF. Par ailleurs il existe d'autres actes désignés par d'autres lettres-clés :

- PC qui désigne des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
- K désigne des actes de chirurgie et de spécialité.
- D désigne des actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.
- DS désigne des actes accomplis par le chirurgien-dentiste spécialiste.
- SF désigne des actes de soins effectués par une sage-femme.
- AMI désigne des actes de soins pratiqués par l'infirmier.
- R et B désignent respectivement les actes de radiologie et les actes d'analyse médicale.
- Enfin, la lettre KB désigne des actes de prélèvement pour analyse médicale effectués par un praticien non médecin ou par un biologiste non médecin. Chaque lettre-clé possède une valeur

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

monétaire établie par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des soins médicaux et autres. Le coefficient qui suit chaque acte est un nombre indiquant la valeur relative de celui-ci. Aussi, pour la cotation d'un acte ou sa notation il suffit pour cela pour le pratiquant médical ou autre d'inscrire la lettre-clé prévue à cet effet qui correspond à une valeur monétaire et d'inscrire immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature pour désigner la valeur relative de cet acte par rapport aux autres actes pratiqués. Ainsi l'acte de radiologie est désigné par la lettre-clé R, ayant pour valeur monétaire 2,50 DA, sa cotation se fera tout juste en multipliant cette valeur monétaire par le coefficient fixé pour cet acte pour trouver sa valeur relative.

La fiche navette sera servie aux différents niveaux de la façon suivante :

❖ **Bureau des admissions**

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions. L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau.

➤ **SERVICES MEDICAUX**

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service. Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

Malheureusement, nous avons constaté un certain nombre d'anomalies au niveau de ce document utilisé principalement dans la collecte d'information se rapportant au patient(en particulier la consommation médicale) qui est mal conçu et mal rempli. En effet, la fiche navette est inexploitée et revient vierge au bureau des entrées. Cette situation incombe

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

généralement au manque de qualification et à la négligence du personnel chargé de cette tâche, négligence induite notamment par l'ignorance de l'importance de l'information collectée.

Le bureau des entrées exploite pour son fonctionnement deux principaux logiciels ; le logiciel **patient** qui fonctionne en mode réseau utilisé pour les admissions et l'établissement d'autres supports (déclaration de naissance, décès, résumés standards de sortie et contractualisation). Le logiciel IDAAS sert à identifier les assurés et les démunis, il s'agit entre autre d'un logiciel d'identification des malades et d'échange d'information entre l'établissement de santé et la CNAS et qui est non fonctionnel.

Le bureau des admissions doit établir les bulletins d'admission des malades, et doit tenir les différents registres de cette structure. Il se charge aussi de l'exploitation des fiches navettes, du classement et du suivi des dossiers administratifs des malades.

Il s'agit également dans cette structure, d'une prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion, de la régie recettes (caisse), de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des couts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux.

❖ **Contribution des patients**

- Aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier

Le montant de cette contribution fixé à 100 da, s'entend par journée d'hospitalisation. Cette mesure doit se traduire impérativement par une amélioration significative des conditions d'accueil, d'hébergement et de restauration des malades, une simplification des procédures de prise en charge médicale.

- Aux frais de consultation médicale

Elle est fixée respectivement à :

- 50 DA pour la consultation de médecine générale
- 100 DA pour la consultation de médecine spécialisée

Cette participation s'applique également aux consultations respectives de chirurgie dentaire.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

- En matière d'urgences médico-chirurgicales

La prise en charge des patients doit être systématique et diligente.

Aucun motif ne peut justifier un différé de l'examen médical des personnes souvent en situation de détresse.

La procédure de virement des frais de consultations devra être entamée immédiatement après concernant les malades n'ayant pas fait l'objet d'une décision d'hospitalisation.

Les patients transférés d'une structure sanitaire publique vers une autre ne contribuent pas une nouvelle fois aux frais de consultation.

2-Bureau de calcul des coûts

Les établissements publics de santé en Algérie sont gérés par un mode basé sur la réglementation française de 1899 modifiée et complétée par le décret de 1942 à savoir la comptabilité publique. Ainsi les règles comptables sont rassemblées afin de permettre l'exécution des opérations de recettes et de dépenses de l'établissement concerné.

Néanmoins, les principes fondamentaux de la comptabilité publique sont évoqués par le décret exécutif N°91/313 du 07/09/1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables, ainsi que par la loi N°90/21 du 15/08/1990 relative à la comptabilité publique.

La situation du financement de la santé, la non maîtrise des dépenses de soins ainsi que la demande de soin qui ne cesse d'augmenter ont conduit à l'élaboration de la mise en œuvre d'un plan comptable adapté aux activités de tous les établissements de santé.

Le système de calcul des couts de soins est mis en place en 2002, suite à l'application de l'instruction N°15/MSP/MIN du 03/10/2001. Cela constitue un système de répartition des charges entre les différents services de l'établissement de soin, dans le but de la détermination d'un cout complet par service. Ce système ne constitue en aucune manière une comptabilité analytique proprement dite.

Le bureau de calcul des coûts est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autres, du calcul des coûts de la masse salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique...etc.²⁴

❖ Le système de triple comptabilité hospitalière

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

Actuellement, il existe au sein des établissements hospitaliers qu'une seule comptabilité : la comptabilité budgétaire dite "de caisse" qui retrace l'exécution des dépenses budgétaires, au moment où elles sont payées et l'exécution des recettes, au moment où elles sont encaissées.

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

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

❖ Présentation des trois comptabilités

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

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

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

10

- **La comptabilité d'analyse du coût des activités:** Qui permet de produire des indicateurs de mesure de la performance des activités à différents niveaux au sein de l'établissement.²⁵¹¹
- ❖ **La méthode des sections homogènes**

La mise en place d'une comptabilité analytique de gestion en milieu hospitalier, était basé sur le choix de l'une des méthodes de cette dernière, à savoir celle des couts complets appelée aussi la méthode des sections homogènes, qui semblait la méthode la plus appropriée dans le domaine de santé.

Définition et historique : la méthode des sections homogènes consiste en une méthode typiquement française, mise en œuvre dans les années 1930 afin de déterminer le prix de revient complet par service, comprenant d'une part les charges directes propres à ce service et une quote-part des charges indirectes globales de l'établissement public de soins.

Ainsi, la méthode des sections homogènes permet de déterminer des couts basés sur un découpage de l'établissement en sections dites sections homogènes, dans ce sens que la totalité de leur cout peut se rapporter à une seule unité physique ou monétaire appelée « unité d'œuvre ». Cette méthode ne constitue donc pas pour autant une comptabilité analytique proprement dite. C'est en revanche un système de répartition des charges entre les différents services, afin de déterminer les couts complets de chacun d'eux.

En outre, la méthode des sections homogènes est appliquée dans l'objectif de déterminer un cout complet par service, tout en comprenant les charges directes propres à ce service et la quote-part des charges globales de l'établissement qui est calculé sur la base de « clé de répartition ».

²⁴CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

²⁵Groupe PRESENCES international Sarl (2012) : «systèmes d'information intégrés : Pourquoi "triple Comptabilité"?, Cité in www.3coh.dz.participation à l'analyse des couts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Les principales notions à définir

- **Unité d'œuvre** : elle est définie afin de mesurer une activité, et rechercher dans le but de caractériser l'activité de centre de responsabilité (CR) ou de la section d'analyse (SA), et de constituer un instrument de communication entre les différents responsables. Cependant, il est important de préciser que certains centres de responsabilité ont une activité qui ne peut être mesurée en unité d'œuvre (UO), comme il est le cas des sections d'analyses de la fonction administrative, ou l'unité d'œuvre utilisée est le taux de frais qui représente le rapport entre le cout de la section d'analyse et la valeur de l'assiette de répartition qui correspond au total des couts des activités.
- **Les clés de répartition** : c'est un pourcentage à appliquer à chacune des charges indirectes en vue de leur répartition entre « sections auxiliaires En effet, l'application de cette méthode est basée sur le découpage de l'établissement en « centre d'analyse des couts » représentés par des sections homogènes.
- **La section homogène** : elle consiste en un service dont l'activité aboutit à la production d'une même unité d'œuvre, comme par exemple le service d'hospitalisation qui constitue une section homogène dont l'unité d'œuvre est la journée d'hospitalisation.

Cependant les sections homogènes regroupent deux importantes catégories de sections à savoir les sections principales et les sections auxiliaires.

- **Les sections principales** : ce sont selon le glossaire du guide « des éléments de découpage comptable de l'entreprise concernant ses activités productives ». Elles reçoivent des charges directes par affectation et des charges indirectes redistribuées en provenance des sections auxiliaires. Les sections principales sont donc celle dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle on veut calculer le cout.

Unité d'œuvre

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Section principale	Unité d'œuvre	observation
Hôpital du jour	La journée d'hospitalisation « jour »	/
La consultation externe	Consultation	Quand le même service abrite plusieurs consultations spécialisées, el cout recherché est le cout moyen d'une consultation, quel que soit la spécialité.
Pavillon des urgences (urgences médicales et chirurgicales)	le package	-Le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'un même passage (consultation, radio, suture, réanimation, maintien en observation) -le nombre de package est égal au nombre des malades portés sur le registre du P.U.
Hémodialyse et Rééducation	la séance	L'unité d'œuvre n'est pas la journée d'hospitalisation, même si ce service est doté de lits.
Stomatologie	Le (D)	A chaque type de soins dentaire (extraction, plombage, etc.) est attribué un nombre de D.

Source : CHU de Tizi-Ouzou

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

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

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires²⁶.

Les modes de paiements

Le groupe interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation, installé le 16 mars 2002, adopte comme préalable deux modes de paiement à savoir : le prix moyen d'une journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.¹²

1. La tarification au prix de journée d'hospitalisation

La tarification des hôpitaux au prix de journée est un financement rétrospectif. Il présente, en effet, un forfait par journée passée par le malade. Dans ce mode de financement, l'argent suit le patient alité.

Par ce mode de financement, le budget d'un hôpital s'obtient par la multiplication du nombre de journées d'hospitalisation par un prix de journée préalablement fixé.

Le prix de la journée varie avec la spécialité du service hospitalier (une journée en réanimation coûte plus cher qu'une journée en médecine générale). C'est pourquoi, nous trouvons un prix de journée en médecine, un prix de journée en chirurgie, un prix de journée en obstétrique, etc.

Extraction /Consultation Tarifs par spécialité

Désignation du service	Prix moyen de journée d'hospitalisation
Urgences médicales	5000,00 DA
Urgences Médico-chirurgie	5000,00 DA
Médecine interne	6000,00 DA
Médecine infantile	6000,00 DA
Hépatogastro-entérologie	6000,00 DA
Cardiologie	6000,00 DA
Neurologie	6000,00 DA

²⁶ibid.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Psychiatrie	2000,00 DA
Diabétologie	6000,00 DA
Réanimation médicale	15000,00 DA
Maladies respiratoires	6000,00 DA
Rhumatologie	6000,00 DA

Source : bureau

En effet, le prix de la journée d'hospitalisation est ajusté au coût moyen. Or, le coût supporté par l'hôpital varie :

- **Premièrement**, il varie au cours de chaque séjour (chaque patient est un cas particulier ; on ne peut pas prévoir à l'avance combien va coûter un patient admis à l'hôpital. Un patient jeune ou un patient vieux qui a 2, 3 ou 4 maladies ne nécessitent pas une prise en charge médicale du même degré)
- **Deuxièmement**, le coût d'hospitalisation varie aussi dans le temps. En général, le coût réel sera élevé en début du séjour (examens, opération ou traitement) puis diminuera jusqu'au coût hôtelier.

Avec la tarification au prix de journée, l'hôpital supporte la différence entre le forfait reçu et le coût réel de ses prestations (soit, il supporte une perte ou il gagne un bénéfice). Donc, il a intérêt à gonfler le nombre de jours d'hospitalisation qui ne nécessitent pas beaucoup de frais (en général, les derniers jours du séjour, les services hospitaliers moins coûteux, etc.), car le budget de l'hôpital est en fonction du nombre de journées d'hospitalisation. Par conséquent, les surcoûts induits par le gonflement des séjours engendrent l'extension des dépenses de santé liées au financement des hôpitaux.

Pour avoir financé leurs hôpitaux selon cette formule jusqu'en 1985, de nombreux pays de l'OCDE avaient accumulé une surcapacité en lits d'environ 30 % par rapport aux besoins.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Toutefois, la tarification au prix de journée convient aux établissements ayant surtout une fonction hôtelière, comme les maisons de retraite médicalisées (hospices) ou les maternités (cependant, l'accouchement est généralement tarifé séparément par un forfait).

Au milieu des années quatre-vingt, la tarification au prix de journée a été abandonnée presque partout dans le monde.

Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou

Conclusion générale

A travers notre complus théorique nous avons conclu que le new public management est de passage d'une logique traditionnelle de l'administration publique, a une nouvelle logique de management fondée sur les méthodes employées dans le secteur privé.

Le new public management dans une logique de modernisation de l'administration publique préconise la mise en place de la puissance utile de management, notamment le projet d'établissement hospitalier (PEH) est un outil permettant l'amélioration et la modernisation de la gestion hospitalière définissant les priorités et les orientations de l'hôpital ainsi que l'organisation de l'offre et soins et l'identification des différents acteurs et sources, mais fautes de moyens et de formations, sa contribution reste limitée en ce qui concerne les établissement algériennes, du fait de la centralisation exercice des décisions limitant ainsi les initiatives personnelles des manager en matière de gestion participative.

Cependant nous avons aussi conclu que le new public management et que sa mise en place nécessite au préalable l'existence d'une culture d'établissement.

Notre enquête sur le terrain nous permis d'unifier les hypothèses posées au départ.

L'étude empirique menée aux niveaux du CHU de Tizi-Ouzou nous a permis de parvenir au résultat suivant :

- Un quasi d'absence d'une culture d'établissement au sein du CHU Tizi-Ouzou, ce qui infirme notre hypothèse deux ;
- L'inexistence de cette culture hospitalière empêche la mise en place d'un projet d'métaboliquement hospitalier au niveau du CHU T.O.

A la lumière de cette conclusion nous, nous souhaitons proposer quelques pistes de recherche future, en l'occurrence :

- Quels sont les déterminants de la culture d'établissement ?
- Comment mettre en place une dynamique de culture d'établissement au sein du CHU du Tizi-Ouzou ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE:

1. ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001.
2. ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public », Editions d'organisation, Paris, 2002.3.
3. CONTANDRIOPOULOS André-Pierre : « L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins », Eurotext, France, 1996.
4. CREMADEZ M. et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier », 2^{ém} Edition MASSON, Paris, 1992.
5. DEBROSSE D., « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), La démarche de projet dans les établissements de santé, Privat, 1994.
6. GLOUBERMAN S., MINTZBERG H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation », Aspen Publishers, Inc., 2001.
7. GLOUBERMAN S., MINTZBERG H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration », Aspen Publishers, Inc., 2001.
8. GROSJEAN M. et LACOSTE M., « Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital », PUF collections, Paris, 1999.
9. HONORE B., « L'hôpital et son projet », Edition Privat, Toulouse, 1960.
10. KERVASDOUE J., « L'hôpital », 1^{ère} Edition PUF, Paris, 2004.
11. LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », Dalloz, paris, 1980.
12. LORINO P., « Méthodes et pratiques de la performance », Editions d'Organisation, Paris, 2003.
13. MINTZBERG H., « Le pouvoir dans les organisations », Editions d'organisation, PARIS, 1986.
14. MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982.

BIBLIOGRAPHIE

15. Moisdon J. C., Tonneau D., « La démarche gestionnaire à l'hôpital. Recherches sur la gestion interne », Editions Seli Arslan, Paris, 1999.
16. MORIN E. « Comprendre la complexité des organisations de soins », Aspeps éditions, France, 1997.
17. PERROW C., « Hospitals, technology, structure, and goals», in J.G. March dition, handbook of organizations, chapter 22, 1970.
18. POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », édition de santé, France, 2009.

ARTICLES DE REVUES:

- 1-ARROW J., « Uncertainty and the welfare Economics of medical care», in review l'American Economic Review, 1963.
- 2-ALAZARD C et SEPARI S, « contrôle de gestion », manuel et application, Edition DUNOD, Paris 2007 ;
- 3- Claude ALAZARD, Sabine SEPARI, « contrôle de gestion », édition : Dunod, Paris, 2010, P : 9.
- 4-CHEROUTE-BONNEAU, « La production de soins, un enjeu managérial », Gestion hospitalière, Février, 1998.
- 5-Guy DUMAS, Daniel LARUE, « contrôle de gestion », édition : litec, paris, 2005, P : 15
- 6-Jean-Louis MALO, Jean-Charles MATHE, « l'essentiel du contrôle de gestion », édition : Organisation, Paris, 2002, P : 208.
7. NOBRE T., « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du cout des dysfonctionnements », manuscrit publié dans le 20ème congrès de L'AFC, France, 1999.
8. KRIEF N., « Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public », université Lumière Lyon 2, centre de recherche ISEOR.
9. KRIEF N., « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question: analyse croisée et dynamique de construction collective », 2012/2 n°3.

BIBLIOGRAPHIE

10. NOBRE T., « L'innovation managériale à l'hôpital » Changer les principes du management pour que rien ne change ? , Revue française de gestion, 2013/6 N° 235, pp.113-127.

11. STEUDLER F., « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril, 2004, pp. 43-52.

12- STEUDLER F., « Vers une nouvelle stratégie hospitalière », journal d'économie médicale, n°3, 1988.

13-Thierry JACQUOT, Richard MILKOFF, « comptabilité de gestion : analyse et maîtrise des coûts », édition : Darios, France, 2007, P : 73.

RAPPORTS ET DOCUMENTS :

1-CHAOUI F, LEGRO M « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie », Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012.

2-CHEVALLIER J., « Science administrative », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986.

3. CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital, les études hospitalières », Bordeaux, 1998.

4-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « Statistiques sanitaire », Alger, 2009.

5. Ministère de la santé, note ministérielle du 16 Avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement, du tableau de bord et des indicateurs de gestion.

6- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : « Manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier », réalisé dans le cadre des activités du programme d'appui au secteur de la santé, UE.DZ, JUIN, 2011.

Décrets et lois :

1-Arrêté interministériel du 20/12/2009, application de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007.

2- Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

3- Décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires

4-L'avant-projet de la loi sanitaire.

5-Loi du 31 Juillet 1991, article n° L.714-11 code la santé publique, documentation française.

THESES ET MEMOIRES

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

2-JUILLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2002.

3-ROUET J., « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces », mémoire de l'école nationale de la santé ; publique, soutenu à Rennes, 2006.

4-SALMI M : « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, 2006.

5-TOUBAL Farida « Réflexion, analyse et perspectives de la gestion du service public de la santé à travers l'étude de la maîtrise des couts sanitaires : Cas du secteur sanitaire de la commune de BOGHNI » Magister en sciences économique, UMMTO, 2008

6- INOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999.

Sites internet

1. CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>.

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Introduction générale

Chapitre 01 :

**Cadre conceptuel et théorique
de l'organisation hospitalière**

CHAPITRE II :

New public management

Chapitre III :

Projet d'établissement hospitalier en Algérie

Conclusion générale

Bibliographie

Table des matières

Table des matières

Table des matières :

Introduction

générale.....

CHAPITRE I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière

Introduction 10

Section 1 : Champ d'analyse de l'organisation hospitalière

1-Bref historique de l'économie de la santé..... 11

2. Le management hospitalier.....

2.1. Le champ du management appliqué à la santé..... 13

2.1.1. L'organisation de la prise en charge des patients..... 13

2.1.2. Gestion de la qualité..... 14

2.1.3. Utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord..... 14

2.1.4. Le système d'information..... 15

2.2. Le management hospitalier : définition et spécificités..... 15

2.2.1. Définition.....

2.2.2. L'organisation hospitalière : une production et des pouvoirs particuliers... .. 18

A. L'hôpital : lieu de production de prestations de services... .. 18

B. L'hôpital : Un pouvoir bicéphale..... 19

a. Le concept de pouvoir 19

b. Les pouvoirs au sein de l'hôpital.....

c. Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif... .. 20

2.3. Le management dans les établissements publics de santé..... 21

2.3.1. Caractérisation des établissements publics de santé.....

Table des matières

2.3.2. Le management et le fonctionnement des établissements publics de santé	22
2.4. Le management hospitalier : enjeux actuels.....	
Section 2 : la bureaucratie professionnelle :	
1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle	25
1.1. Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle	26
1.2. Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle.....	
1.3. Description de la bureaucratie professionnelle	27
1.3.1. Le travail du centre opérationnel.....	28
1.3.2. Le caractère bureaucratique de la structure	29
1.3.3. Le processus de classement.....	
1.5. Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle	31
1.5.1. Les problèmes de coordination.....	32
1.5.2. Les problèmes de contrôle.....	33
1.5.3. Les problèmes d'innovation.....	33
2. L'approfondissement du modèle.....	36
2.1. L'évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle	36
2.2. La structure hospitalière : « légitimité » médicale et « impertinence » gestionnaire.....	
2.3. L'organisation hospitalière où la juxtaposition des contraintes.....	
Section 3 : Contexte organisationnel de l'hôpital.....	39
1. L'hôpital : une organisation complexe.....	39
1.1. L'hôpital : un monde complexe	39
1.1.1. Le concept de la complexité.....	
1.1.2. La complexité à l'hôpital.....	40

Table des matières

1.1.3.. Les cloisonnements à l'hôpital.....	41
1.1.4. Les difficultés de gestion.....	41
1.2. Les dimensions permettant de synthétiser cette complexité	42
1.2.1. La diversité des activités.....	42
1.2.2. Le système de prise de décision.....	42
1.2.3. La configuration des rapports de pouvoir.....	42
1.2.4. La dynamique d'évolution.....	
1.3. Les niveaux de la complexité à l'hôpital.....	43
1.3.1. Complexité de l'activité de soins.....	43
1.3.2. Complexité de l'organisation : structures médicales et structure analytique.....	44
1.3.3. Complexité des relations entre groupes professionnels.....	44
2. Traits caractéristiques et spécificités de l'organisation hospitalière	45
2.1. Caractéristiques de l'organisation hospitalière.....	45
2.1.1. Primauté du centre opérationnel.....	45
2.1.2. Prépondérance du relationnel.....	45
2.1.3. Faiblesse de la technostructure.....	46
2.1.4. Importance de la logistique.....	47
2.1.5. Ambiguïté du sommet stratégique.....	47
2.1.6. Absence de ligne hiérarchique.....	48

Conclusion

Chapitre II : New public management.....

Introduction.....

Section 1 : définitions de new public management

Table des matières

1-Définition de new public management

- A- Les théories de NPM
- B- Les modalités de New public management.....
- C- Le projet de New public management.....

Section 2 : Les fondements du new public management.....

Section 3 : Les outils de New public management.....

1.Définitions de contrôle de gestion	10
Objectifs et missions du contrôle de gestion	11
2-1Objectifs du contrôle de gestion	11
2.2.Missions de contrôle de gestion	12
3-Outils du contrôle de gestion	13
3.1.1. La méthode des coûts complets	
3.1.1.2. La méthode ABC	
3.1.1.1. Méthode des centres d'analyse	
3.1.2.1. La méthode des coûts variables	
3.1.2.2. La méthode des coûts spécifiques	
3.1.2.3. La méthode des coûts directs	
3.1.2.4. La méthode du coût marginale	
3.2. La comptabilité analytique	
3.2.1. Définition de la comptabilité analytique	
3.2.2. Objectifs de la comptabilité analytique	
Conclusion	

Table des matières

Chapitre III : Projet d'établissement hospitalier en Algérie.....	
Introduction.....	
Section 1 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie.....	
1-La crise en financement à partir 1990.....	
2-L'offre publique de soins.....	
2-1-Le centre hospitalo-universitaire.....	
2.2-Les établissements hospitaliers spécialisés	
2-3-Les établissements publics de santé et de proximité	
2.4-Les établissements publics hospitaliers.....	
3-L'hôpital public et le service public hospitalier.....	
3-1-Le service public hospitalier	
3-2-Les composantes du service public hospitalier.....	
a- Les services ambulatoires.....	
b. Les services d'hospitalisations.....	
4-Les caractéristiques du projet d'établissement.....	
a-Le but d'intérêt général de l'hôpital.....	
b-la permanence du service publique hospitalier.....	
Chapitre IV : La mise en place de la contractualisation dans les hôpitaux publics algériens : Cas CHU Tizi-Ouzou.....	69
Introduction	69
Section 1 : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.....	69
1-Historique Du CHU De Tizi-Ouzou.....	

Table des matières

I-2- Le volet financier du CHU	71
I-3-Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou.....	76
Section 2 :Sous-direction des activités de santé	80
II-1- Bureau des entrées	80
II-1-1-Les objectifs du bureau des entrées	80
II-1-2-Organisation du bureau des entrées	81
Le système d'information hospitalier.....	81
La fiche navette	82
II-2-Bureau de calcul des coûts	86
Le système de triple comptabilité hospitalière.....	87
Présentation des trois comptabilités.....	88
La méthode des sections homogènes.....	88
II-3-Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé.....	90
Conclusion.....
Conclusion générale.....
Bibliographie.....
Liste des tableaux et figures.....
Tables des matières.....