

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En sciences économiques

Option : Economie de la Santé

Sujet :

**Le Système d'Information Hospitalier (SIH) comme outil d'aide à la
prise de décision**

Cas du CHU de TIZI-OUZOU

Réalisé par :

M^{lle} DIFFALLAH Kamelia

M^{lle} SIFAOUI Fatma

Dirigé par :

M^{me} SALMI Samya

Devant le jury composé de :

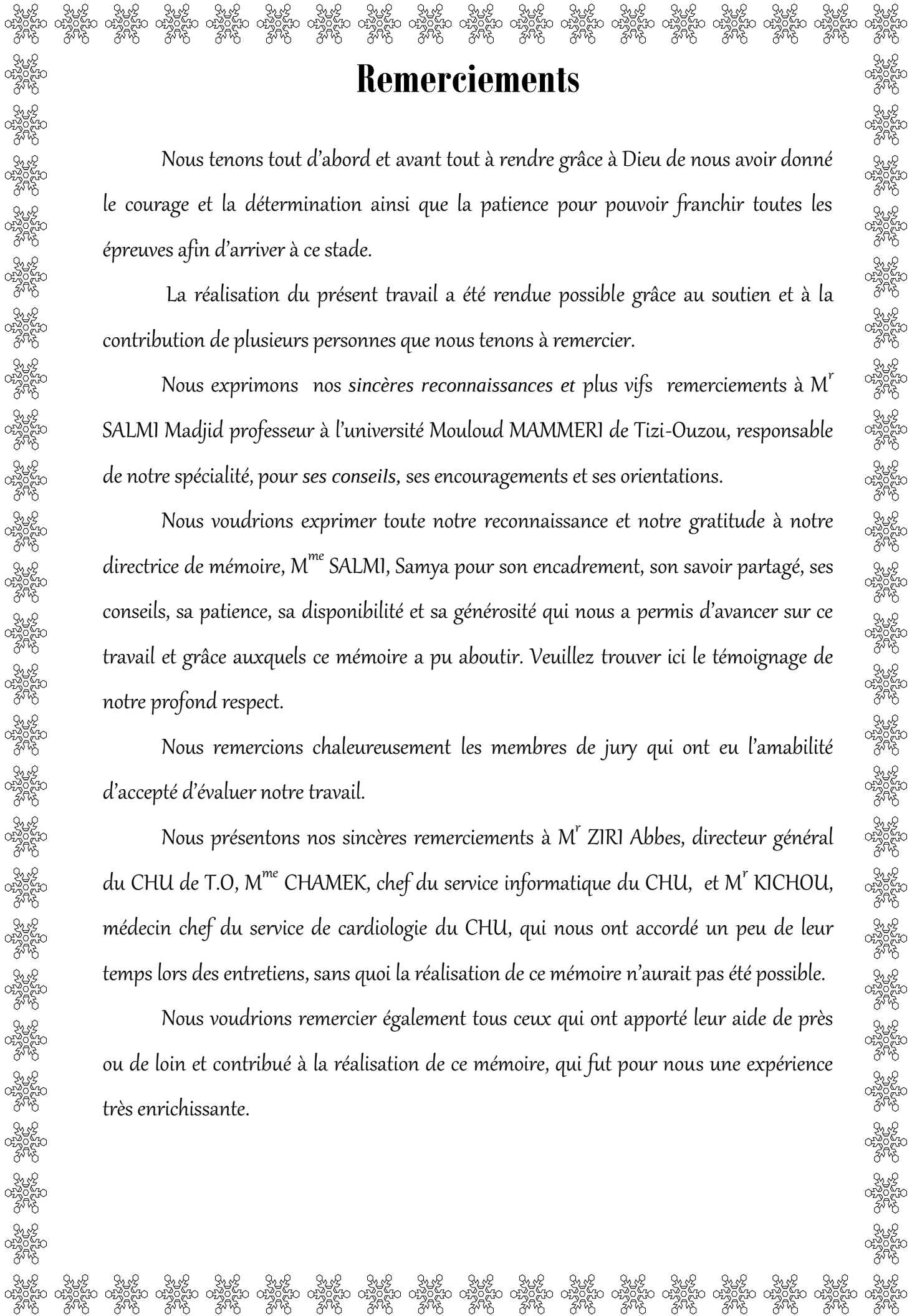
Présidente : M^{me} ANNANE Souhila Maître-assistante Classe A, UMMTO

Rapporteur : M^{me} SALMI Samya Maître-assistante Classe A, UMMTO

Examinatrice : M^{me} HAMROUS Katia Maître-assistante Classe B, UMMTO

Date de soutenance : le 06/10/2016

Promotion : 2015-2016



Remerciements

Nous tenons tout d'abord et avant tout à rendre grâce à Dieu de nous avoir donné le courage et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.

La réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

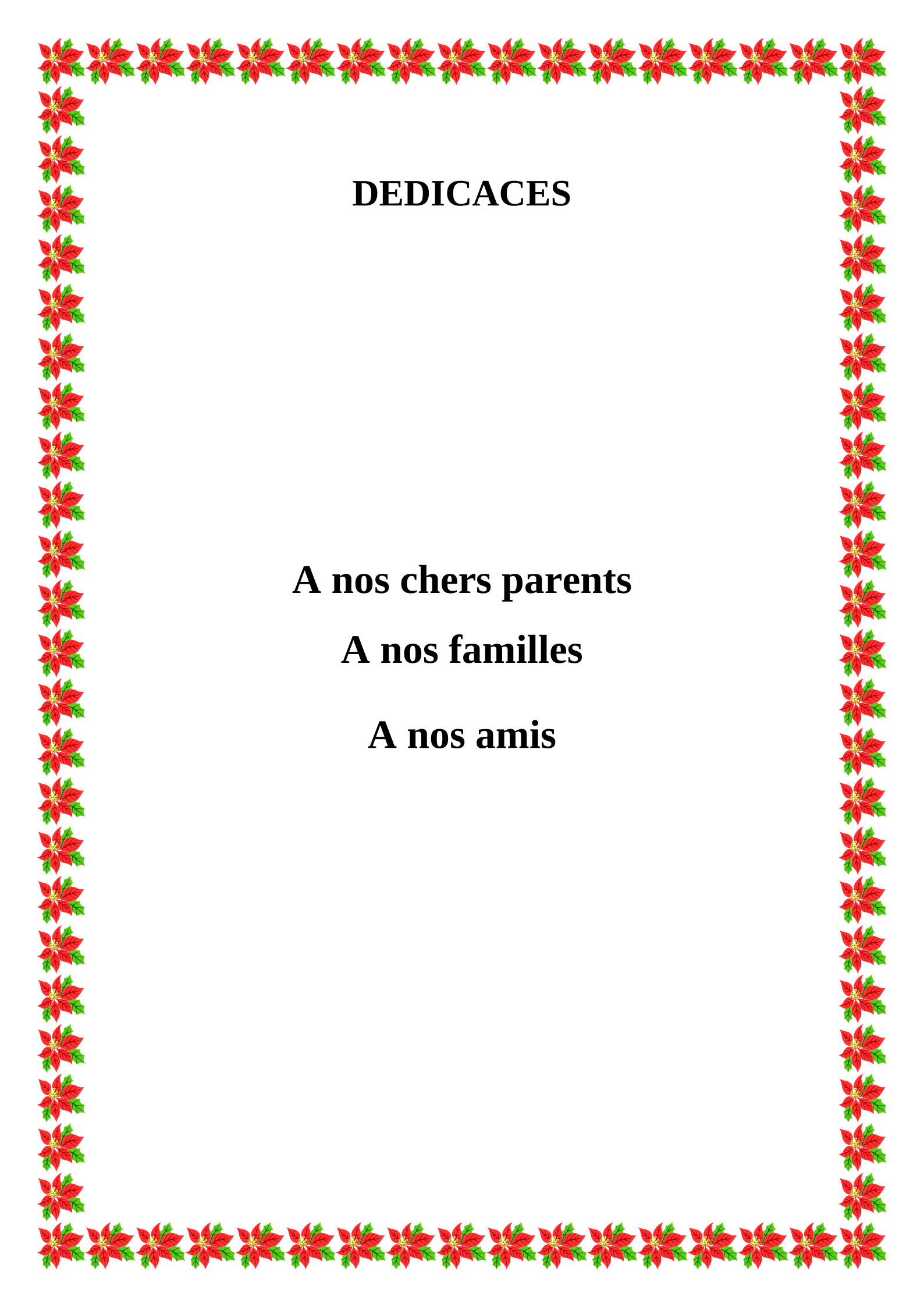
Nous exprimons nos sincères reconnaissances et plus vifs remerciements à M^r SALMI Madjid professeur à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, responsable de notre spécialité, pour ses conseils, ses encouragements et ses orientations.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à notre directrice de mémoire, M^{me} SALMI, Samya pour son encadrement, son savoir partagé, ses conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui nous a permis d'avancer sur ce travail et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Nous remercions chaleureusement les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements à M^r ZIRI Abbes, directeur général du CHU de T.O, M^{me} CHAMEK, chef du service informatique du CHU, et M^r KICHOU, médecin chef du service de cardiologie du CHU, qui nous ont accordé un peu de leur temps lors des entretiens, sans quoi la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Nous voudrions remercier également tous ceux qui ont apporté leur aide de près ou de loin et contribué à la réalisation de ce mémoire, qui fut pour nous une expérience très enrichissante.



DEDICACES

A nos chers parents

A nos familles

A nos amis

Résumé

L'hôpital est un élément clé de tout système de santé, il est aussi l'une des organisations les plus complexes par excellence, confrontée à des mutations et des changements profonds dans un environnement complexe et stable. Elle est caractérisée par une double ligne hiérarchique, médicale et administrative qui engendre des rapports de pouvoir complexes et un fort individualisme dans les pratiques médicales. Compte tenu de ce contexte la décision qui est considérée comme un acte essentiel du management, est un art difficile, suit un long processus, et pour résoudre ce problème les décideurs font appel au système d'information qui représente une partie importante des travaux de recherche en management de la santé développés ces dernières années, dont l'objectif est d'améliorer ce dernier.

L'objectif de cette étude, est de déterminer l'apport du Système d'Information Hospitalier (SIH) à amélioration de la prise de décision pour le CHU de Tizi-Ouzou.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative au niveau du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou, par le biais des entretiens non directifs réalisés selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste et des techniques non scientifiques, avec le directeur général, médecin chef du service cardiologie et chef du service informatique.

Après avoir effectué notre étude, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

- Il existe trois types de décision au sein de l'hôpital en question, médicales, administratives et stratégiques. Ces décisions se distinguent par le fait que les décisions médicales et administratives sont individuelles alors que les décisions stratégiques sont collectives.
- Les contraintes et dysfonctionnements que rencontre l'hôpital rendent le processus de prise de décision complexe et difficile à maîtriser.
- Le SIH, est un outil indispensable du management hospitalier, il permet la collecte, le stockage, le traitement et la diffusion de l'information, il constitue un outil de coopération entre les acteurs hospitaliers.
- constitue l'outil d'aide à la décision qui assiste les décideurs tout au long du processus de prise de décision. Cependant, en pratique son rôle reste limité.

Mots clés :

Management hospitalier, décision, processus de prise de décision, SIH, outil d'aide à la décision, Hôpital.

Abstract

The hospital is a key element of any health care system, it is one of the most complex organizations confronted to major changes in a complex and stable environment. It is characterized by a double hierarchical, medical and administrative line which generates complex power interactions and a strong individualism in the medical practices. according to this context the decision which is regarded as an essential act of management, is a complicated art, follows a long process, and to solve this problem the decision makers call upon the information system which represents a significant part of the research work in management of health care developed these last years, of which objective is to improve this process.

The aim of this study is to determine the contribution of the Hospital Information system (SIH) to improvement of the decision-making.

With this intention, we led a qualitative study in the teaching hospital of Tizi-Ouzou, by the means of the nondirecting talks made according to the nonprobabilistic sampling procedure and of **the nonscientific** technique, with the general manager, doctor head of the cardiology service and head of the data processing department.

After having carried out our study, we conclude that:

- There are three types of decisions within the hospital, medical, administrative and strategic.
- These decisions are characterized by the fact that the medical and administrative decisions are individual whereas the strategic decisions are collective.
- The constraints and dysfunctions which the hospital faces, make the process of decision-making complex and tough to handle.
- The HIS is an essential tool of the hospital management. it allows the collection, the storage, the treatment and the spread of the information. it constitutes a tool for co-operation between the hospital actors.
- The HIS constitutes the tool of decision-making aid which assists the decision makers all along the process of decision-making. However, in practice its role remains limited.

Key words:

Hospital management, decision, decision-making process, HIS, tool of decision-making aid, Hospital.

Liste des tableaux

Tableau n° 01 : Les sens du mot « organisation »	04
Tableau n° 02 : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital	07
Tableau n°03 : Synthèse des modèles décisionnels selon Lauriol, 1998	44
Tableau n° 04 : Les phases du processus de décision selon Schwenk	48
Tableau n° 05 : Donnée, Information, Connaissance : Définitions	58
Tableau n° 06 : Objectifs des systèmes d'information hospitaliers	64
Tableau n° 07 : Définitions proposées sur les SAD	70
Tableau n° 08 : Consistance physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services médicaux	87
Tableau n° 9 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services chirurgicaux	87
Tableau n° 10 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires	88
Tableau n° 11: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques	88
Tableau n° 12 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire	89
Tableau n° 13 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Services d'Hospitalisations	89
Tableau n° 14 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Blocs opératoires	90
Tableau n° 15 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques	90

Listes des figures

Figure n° 01 : Les composantes internes d'une organisation	05
Figure n° 02 : La bureaucratie professionnelle	09
Figure n° 03: Les cinq parties de base des organisations	13
Figure n° 04 : Les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière, adapté de Glouberman et Mintzberg, (2001)	18
Figure n° 05: Les rôles du manager	29
Figure n° 06: Les quatre secteurs du management	33
Figure n° 07 : Modèle décisionnel de Mintzberg, Raisinghani et Théorêt (1976)	51
Figure n° 08: Système d'information et système informatique	59
Figure n° 09 : Les composantes d'un SIH	62
Figure n° 10 : Les acteurs d'un SIH	63
Figure n° 11: Analyse fonctionnelle du SIH	65
Figure n° 12: Analyse structurelle du SIH	66
Figure n° 13 : La relation entre information et décision	69
Figure n° 14 : Le SIAD dans le SI	71
Figure n° 15: Les fonctions du système d'information hospitalier	73
Figure n° 16: La relation entre les différents volets du projet d'établissement	76
Figure n° 17 : La problématique de recherche	83
Figure n° 18: Les objectifs de recherche	82
Figure n° 19: Structure générale des services médicaux	103
Figure n° 20: Structure générale des services chirurgicaux	103
Figure n°21 : Processus de décision médicale partagée	105
Figure n° 22 : Contraintes et dysfonctionnements en milieu hospitalier	110
Figure n° 23: Le cercuit de l'information au sein du CHU de T-O	113

Liste des signes et abréviations

A.S : Aide-Soignant

A.S.P : Assistants de Santé Publique

A.T.S : Agent Technique de Service

B.E : Bureau des Entrées

B.P : Bureaucratie Professionnelle

C.C.I : Clinique de Chirurgie Infantile

C.D.D : Contractuel à Durée Déterminée

C.D.R : Centre de Dépistage Régional

C.D.V : Centre de Dépistage Volontaire

C.H.U : Centre Hospitalo-Universitaire

C.I.M : Classification Internationale des Maladies

C.M.E : Commission Médicale d'Etablissement

C.N.A.S : Caisse Nationale d'Assurances Sociales

C.T.S : Centre de Transfusion Sanguine

D.C.I : Dénomination Commerciale Internationale

D.E.M : Dossier Électronique du Malade

D.G : Directeur Général / Direction Générale

D.S.P : Direction de la Santé Publique

E.F.R : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

E.L.T : Experts Long Terme

E.N.S.P : Ecole National de la Santé Publique

E.P.H : Etablissement Public Hospitalier

H.A.D : Hospitalisation A Domicile Hospitalière

H.H : Hygiène Hospitalière

H.L.A : Human Leukocyte Antigen

I.B : Infirmier Breveté

I.D.A.S : Identification Des Assurés et non Assurés Sociaux

I.D.E : Infirmier diplômé d'Etat

I.D.R : Intra Dermo Réaction

M.A : Maitres Assistants

M.G : Médecin Généraliste

M.I : Médecine Interne

M.N.T : Maladie Non Transmissible

M.S.P.R.H : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

N.G.A.P : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

O.I.D : Système Opérant, Information, Décisionnel

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologie

P.A.S.S : Programme d'Appui au Secteur de la Santé

P.C.R : Polymerase Chain Reaction

P.M : Paramédicaux

P.M.A : Procréation Médicalement Assisté

P.M.S.P : Paramédicaux de Santé Publique

P.P.D : Processus de Prise de Décision

R.H : Ressources Humaines

S.A.D : Système D'aide à la Décision

S.A.M.U : Service d'Aide Médicale d'Urgence

S.I : Système d'Information

S.I.A.D : Système Interactif d'Aide à la Décision

S.I.H : Système d'Information Hospitalier

S.M : Surveillant Médical

S.M.C : Surveillant Médical Chef

S.M.U.R : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

S.P : Santé Publique

S.S.U : Secteur Sanitaire Universitaire

T.B.C : TuBerCulose

T.O : Tizi-Ouzou

U.A.P : Unité d'Appui au Programme

U.E : Union Européenne

U.M.C : Urgences Médico-chirurgicales

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3 C.O.H : Triple Comptabilité Hospitalière



Sommaire

Introduction générale	A
Chapitre1 : L'hôpital une organisation à part	1
Introduction	2
I-1 L'hôpital une organisation bureaucratique	3
I-2 Complexité et l'exercice du pouvoir en milieu hospitalier	14
I-3 Du management au management hospitalier	27
Conclusion	39
Chapitre2 : Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital	40
Introduction	41
II- 1 Processus de prise de décision en milieu hospitalier	42
II-2 Le système d'information en milieu hospitalier	56
II-3 Le rôle du SIH dans le processus de prise de décision	66
Conclusion	79
Chapitre 3 : La contribution du SIH dans l'amélioration du processus de prise de décision au sein du CHU de T-O	80
Introduction	81
III-1 Présentation du cadre Méthodologique de l'étude	82
III-2 L'organisation et fonctionnement du CHU de T-O	92
III-3 Analyse et interprétation des résultats	103
Conclusion	116
Conclusion générale	118
Bibliographie	123
Annexes	
Tables des matières	

A decorative graphic of a scroll with a light gray background and a dark gray border. The scroll is unrolled, with the top and bottom edges curled up. The text is centered on the unrolled portion.

Introduction Générale

« Le management est l'art de prendre des décisions à partir d'informations insuffisantes »
Roy ROWAN

Selon Etienne Minvielle : *« 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 humains, et donc un souci d'optimisation de ces ressources, le management se situe à un niveau d'analyse plus fin. Le management étudie la « boîte noire » dans laquelle l'économie viendra puiser des enseignements pour développer son analyse»¹.*

L'hôpital qui est un élément clé de tout système de santé, il est l'une des organisations les plus complexes, confrontée à des mutations et des changements profonds dans un environnement complexe et stable², 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'un des modèles organisationnels³ le plus souvent utilisé dans la littérature pour décrire l'organisation hospitalière est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Henry Mintzberg en 1982, il présente la structure hospitalière comme étant une bureaucratie professionnelle caractérisée par une structure verticale, en silos, et une double ligne hiérarchique, médicale et administrative. Cette dyarchie engendre des rapports de pouvoir complexes et un fort individualisme dans les pratiques médicales⁴. En d'autres termes l'hôpital public est marqué par la cohabitation de deux pouvoirs administratif et médical. Le pouvoir administratif est constitué par le directeur et le conseil d'administration, il est situé au sommet stratégique. Alors que le pouvoir médical est situé au centre opérationnel et constitué par des professionnels de santé disposant d'une autonomie qui représente un problème majeur de la bureaucratie professionnelle.

Le manager est au cœur de cette complexité, qui doit modifier sa vision et élaborer une pensée stratégique pour envisager les changements et conduire les projets. *« Manager consiste*

¹POUVOURVILLE, Gérard. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. France : Edition de Santé, 2009, p. 35.

²MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamiques des organisations*. Paris : Edition d'organisation, 1982, p. 324.

³NOBRE, Thierry. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. In : Actes du 20^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), France, May 1999, p. 1-18.

⁴SCHMIT, Cécile., VAS, Alain., D'HOORE, William. *Initier le changement au sein d'organisations complexes : alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles*. In : Actes de la XVII^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Nice, 2008, p. 1-28.

à conduire, diriger, commander, coordonner, faire participer et animer »¹, mais manager ne peut ce faire sans prévoir, évaluer, gérer et décider.

Au sein de l'organisation hospitalière, il faut toujours prendre en considération les éléments constitutifs de cette dernière à savoir les hommes et les femmes au travail qui ne sont pas des simples agents mais des acteurs qui disposent d'une marge d'autonomie et une forme de pouvoir. La survie de l'organisation ne se limite pas à l'existence de ces derniers, mais elle doit être basée sur des hommes et des femmes qui décident comme le déclare Michel Crozier : « *les organisations ne doivent plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent mais à des hommes et des femmes qui décident et s'engagent* »². Ce dernier souligne aussi que même dans les organisations les plus bureaucratiques les contraintes en matière de décision sont fortes.

Décider, c'est retenir l'action à entreprendre, c'est-à-dire choisir une solution parmi toutes celles qui sont possibles³. Cette dernière, suit un processus qui dépend des décideurs, de sa nature et de son urgence. La décision est considérée comme un acte essentiel du management. Cependant, ce processus est complexe parce qu'il est difficile de superviser le travail des médecins puisque les décideurs percutent à deux obstacles celui de l'autonomie et celui des services où cette autonomie trouve ces meilleures expressions. Toutefois, il existe une asymétrie informationnelle entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, et l'information qui constitue la matière première⁴ dans ce processus de prise de décision quelque soit la situation, est imparfaite et incomplète. A cet égard, à coté de l'environnement qu'est complexe et stable, le pouvoir constitue un facteur important de la contingence qui influence les décisions et les actions en milieu hospitalier.

Face à cette complexité, le changement au sein de cette organisation constitue un véritable enjeu stratégique dont l'objectif est d'améliorer sa gestion et ce à travers l'introduction du management à son sein. Le management hospitalier présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'un management d'organisation complexe et marquée par des spécificités et particularités qu'est l'hôpital.

¹GASTE, Marie-Claude. *Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins : mythe ou réalité ?* Mémoire ENSP de Directeur des Soins, France : Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), Rennes, 2004, p. 9.

²JUILLARD-FOURNIER, Nadine. *L'hôpital organisé en pôles d'activités perspectives et enjeux pour les directeurs des soins*. Mémoire ENSP de Directeur des Soins, France : Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), Rennes, 2002, p. 18.

³BELLUT, Serge. *Aider à décider*. Edition Afnor, 2010, p. 2.

⁴CECCHI, Catherine. *La place de l'information dans la décision en santé publique*. *Revue Santé publique*, 2008, vol. 20, n°4, p. 387-394.

Une partie importante des travaux de recherche en management de la santé développés ces dernières années s'est intéressée au développement des systèmes d'informations¹. Pour évaluer et prendre des décisions, le management hospitalier fait recours au système d'information pour collecter, stocker, traiter, et diffuser les informations aux décideurs pour faire des choix, contrôler ces dernières et les exécuter pour passer en fin aux actions. Ce système d'information est défini par Laudon, K et Laudon, J comme suit : « *un système d'information est un ensemble de composantes inter reliées qui recueillent de l'information, la traitent, la stockent et la diffusent afin d'aider à la prise de décision, à la coordination et au contrôle au sein de l'organisation* »².

Intérêt et importance de sujet

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine du management hospitalier qui est un champ disciplinaire assez proche de celui de l'économie de la santé.

L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des décideurs des hôpitaux publics sur l'importance du SIH dans le processus de prise de décision notamment au sein du CHU de T-O. Sur le plan scientifique, ce sujet peut servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, et procurer des informations qui peuvent se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

L'importance de ce sujet se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

Motifs de choix du sujet de recherche

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de préciser les motifs de choix de celui-ci qui sont d'ordre objectifs et subjectifs.

Motifs objectifs :

Le choix du sujet traité dans cette recherche a été motivé par le fait que :

- L'importance du système d'information dans le processus de prise de décision ;
- une partie importante des travaux de recherche en management de la santé développés ces dernières années s'est intéressée au développement de système d'information ;
- Manque des travaux universitaires sur le sujet ;

¹POUVOURVILLE, Gérard. *Traité d'économie et de gestion de la santé. Op.cit.*, p. 40.

²LAUDON, Kenneth., LAUDON, Jane., FIMBEL, Eric., et al. *Management des systèmes d'information*. France : Éditions Pearson, 2010, p. 13.

Motifs subjectifs

- C'est pour nous un réel plaisir de traiter un sujet du management dans le domaine de la santé, car nous souhaitons que les recherches sur le sujet vont contribuer à améliorer nos expériences dans le domaine et nous permettrons de démontrer l'importance du SIH et sa contribution dans l'amélioration du processus de prise de décision à l'hôpital;
- En traitant ce sujet nous avons eu l'occasion idéale pour approfondir nos connaissances dans le domaine.

Problématique de l'étude

Ces dernières années l'Algérie, a inscrit le projet de la réforme hospitalière parmi ses prérogatives d'action dont l'objectif est d'améliorer la gestion des établissements de santé à travers l'introduction du management au sein de ces derniers. En effet, le SIH est un outil incontournable du management hospitalier qui doit contribuer à changer les habitudes et améliorer les processus internes, de ce fait notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Quel est l'apport du système d'information hospitalier (SIH) à l'amélioration de la prise de décision pour le CHU de Tizi-Ouzou ?**

Pour mieux cerner la problématique de notre sujet, on a subdivisé cette question centrale en trois sous-questions:

- ✓ Quelle est la nature de l'organisation du CHU de T-O ?
- ✓ Quels sont les types de décision et les facteurs influençant ces dernières au sein du C.H.U de T-O ?
- ✓ Quel est le rôle du SIH en matière de prise de décisions au sein du CHU de T.O et quelles sont les contraintes qui lui sont liées?

Objet de l'étude

La construction de notre objet de recherche est un élément clé du processus d'investigation. Elle constitue le fondement sur lequel nous nous appuyons tout au long de ce travail de recherche.

L'objet de notre étude est donc d'identifier la nature de l'organisation du CHU de Tizi-Ouzou à la lumière de la théorie organisationnelle de Henry Mintzberg pour en déterminer les types de décision et les facteurs influençant ces dernières et enfin d'appréhender le rôle du SIH en matière de prise de décisions au sein du CHU de T-O et les contraintes y afférentes.

Méthodologie de la recherche

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons adopté, une visée compréhensive et descriptive basée sur des notions théoriques et fondées sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur :

- l'exploitation des travaux qui traitent les questions liées au management hospitalier, au SIH, et à la bureaucratie professionnelle ;
- l'exploitation de travaux universitaires et des rapports d'études qui traitent le management hospitalier ;
- l'exploitation des thèses et mémoires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) ; et Ecole des Haut Etudes de la Santé Publique (EHESP) ;
- l'exploitation des rapports du Programme d'Appui Au Secteur de Santé (PASS).

Pour la collecte des données du terrain, nous avons adopté une étude qualitative qui vise à répondre à notre question de départ à travers une méthode d'étude **de cas** dont l'objectif est de tenter de comprendre et de décrire un phénomène complexe qu'est le processus de prise de décision tout en appliquant une technique **d'analyse de contenu**.

Pour les outils de recherche, on a fait recours à la recherche documentaires et bibliographiques dans un premier niveau. Dans le deuxième niveau qui concerne la collecte des données du terrain, on a privilégié **l'entretien non directif** comme outil d'investigation afin de collecter de manière vivante les informations recherchées. Interviewé l'intéressé nous a parue essentiel afin de pouvoir expliquer l'objectif de notre recherche dans un contexte de libre conversation, les personnes ont pu s'exprimer en toute liberté.

Structure de l'étude

Le plan de notre recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections. Dans le premier chapitre nous présenterons l'hôpital comme une organisation bureaucratique, la complexité et l'exercice du pouvoir en milieu hospitalier et le management hospitalier. Dans le deuxième chapitre nous présenterons le concept de décision, les étapes du processus de prise de décision, le SIH et son rôle dans ce processus en milieu hospitalier. Le troisième chapitre fera l'objet d'une analyse empirique dans l'objectif est d'analyser la contribution du SIH dans l'amélioration du processus de prise de décision au sein du CHU de Tizi-Ouzou par le biais d'une étude de cas.

Chapitre I :
L'hôpital une
Organisation à
part

« Mieux vaut prendre le changement par la main avant qu'il ne nous prenne par la gorge »

Churchill

Introduction

L'hôpital comme toute autre organisation a connu des changements importants à l'heure actuelle dans un environnement stable et complexe. Pour l'appréhender, l'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature est celui de Henry Mintzberg 1982. Selon ce dernier, la structure hospitalière se définit comme une bureaucratie professionnelle.

L'univers hospitalier est complexe, et cette complexité marquée par des évolutions techniques, sociales et culturelles qui obligent les acteurs à s'adapter continuellement à cet univers et même de modifier leurs stratégies. Suite à cette complexité et les évolutions qui caractérisent l'hôpital, il est nécessaire d'introduire un management spécifique, essentiellement pour gérer la complexité des relations du pouvoir que les acteurs développent entre eux.

Le premier chapitre est consacré à présenter l'hôpital comme une organisation à part. Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera l'hôpital en tant qu'organisation bureaucratique, la deuxième section sera consacrée à la complexité et l'exercice du pouvoir en milieu hospitalier et, la troisième section sera consacrée à la présentation du management en milieu hospitalier.

I-L'hôpital une organisation à part

I-1 L'hôpital une organisation bureaucratique

Nous allons présenter dans un premier lieu le concept d'organisation d'une manière générale avant de nous pencher plus attentivement sur la question de la bureaucratie professionnelle.

I-1-1 Le concept d'organisation

La définition de l'organisation a toujours été une affaire pour les acteurs du fait qu'elle est un élément important et universel, elle s'applique à toute action. Cette sous section consacrée à expliquer les sens du mot organisation, les caractéristiques et les composantes d'une organisation.

I-1-1-1 Sens du mot organisation

La signification du mot organisation a beaucoup évolué dans le langage courant. Son étymologie le lie à organe, du latin *organum*, qui signifie instrument. Organisation renvoie, dans un sens vieilli, à l'état d'un corps organisé et à la manière dont ce corps est organisé¹. De manière immédiate et appliquée à la gestion, trois sens peuvent être attribués au mot organisation² :

- **Sens 1:** l'activité d'organiser, qui consiste notamment à élaborer une structure, des procédures, un ordre propre au système.
- **Sens 2:** l'organisation est le cadre que représente pour ses membres l'état d'un système après l'acte d'organiser, notamment en termes de structures et de culture.
- **Sens 3:** l'organisation est une institution sociale en tant que système organisé.

Ces sens sont présentés dans le tableau suivant :

¹BRÈS, Luc. *L'organisation : un essai de définition*. Mémoire de maîtrise en administration, QUEBEC : Université LAVAL, Faculté des sciences de l'administration, 2007, p. 35.

²MBIDA, Réal Romuald. *Cours Gestion des organisations*. Master en Administration des Entreprises. Université Senghor Alexandrie (Egypte), 2009/2010, p. 1-97.

I-L'hôpital une organisation à part

Tableau n°1 : Les sens du mot « Organisation »

Activité (acte d'organiser)	Cadre de référence (état après l'acte d'organiser)	Institution (système)
Structurer, (ré) organiser, se comporter de telle manière qu'on réalise un ordre. C'est-à-dire : Créer des règles, formaliser des relations entre humains, mais aussi entre humains et machines. Définir des valeurs, les comportements souhaités, les objectifs. Conduire le personnel en : - groupant les tâches - créant des unités - structurant les relations - guidant le comportement des collaborateurs - etc.	Réseaux de relations et d'interactions, structures et processus formels et informels, qui sont créés, consciemment ou non, pour atteindre un but et des objectifs. C'est-à-dire : Des relations et des interactions entre individus, informations, machines, ... Des éléments culturels spécifiques à chaque système, concrets ou symboliques. Un ensemble d'instruments: - organigramme - diagramme de fonctions - schéma de flux - charte d'entreprise - système de valeurs... etc.	Système sociotechnique composé d'individus, de moyens techniques, de matériels réunis en vue d'un but, et d'objectifs. C'est-à-dire : Un système né formellement ou informellement. Un système composé d'acteurs jouant différents rôles, remplissant diverses activités. Une institution : - entreprise - hôpital - département administratif - parti politique - organisation non gouvernementale - etc.
soit aussi organiser	l'organisation	de l'organisation

Source : MBIDA, Réal Romuald. *Cours Gestion des organisations*. Master en Administration des Entreprises. Université Senghor Alexandrie (Egypte), 2009/2010, p. 1-97.

I-1-1-2 Caractéristiques d'une organisation

Selon Bernoux, Philippe pour qu'il y ait organisation, il faut réunir cinq caractéristiques¹ :

- **Une division des tâches :** C'est ce qui différencie l'organisation du regroupement informel comme la foule. La division des tâches suppose précision et durée. Le travail est réparti de manière claire pour que chacun n'empiète pas sur l'autre. Il est donné pour une durée déterminée.
- **Une distribution des rôles :** Chaque membre de l'organisation se voit attribuer une tâche. Mais chacun peut accomplir cette tâche de manière particulière. Le rôle est bien cette fonction que chacun remplit à sa manière. D'où la notion d'acteur.

¹RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. Cned - Université Lyon 2 -- Université de Rouen, p. 1-67.

I-L'hôpital une organisation à part

- **Un système d'autorité** : C'est le moyen de veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts fixés dans l'organisation.
- **Un système de communications** : La relation est établie de deux manières la seconde prenant le pas sur la première. Tout d'abord il s'agit de mettre les individus en relation entre eux. Mais surtout il s'agit d'une communication du haut de la hiérarchie vers le bas.
- **Un système de contribution /rétribution** : Qui ne se limite pas à « *toute peine mérite salaire* ».

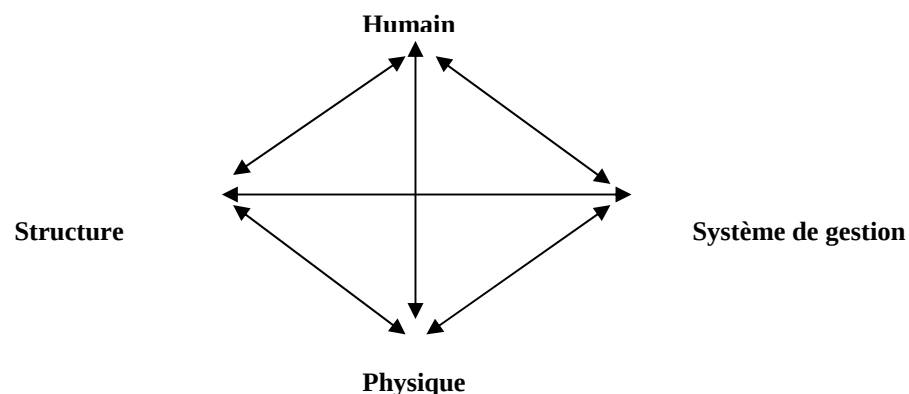
I-1-1-3 Les composantes d'une organisation

Selon Livian, Yves-Frédéric, les composantes d'une organisation sont les suivantes¹ :

- **Composante humaine** : Les individus participant à l'activité de l'organisation (ensemble des compétences nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation).
- **Composante « Structure »** : Configuration de l'organisation (organigramme, fonctionnement, etc.), selon Mintzberg la structure est une « *somme totale des moyens utilisés pour diviser le travail entre tâches distinctes et assurer la coordination entre ces tâches* »².
- **Composante « Système de gestion »** : Ensemble des objectifs, des moyens de contrôle, des systèmes d'information et des systèmes d'évaluation des individus.
- **Composante physique** : Lieu de l'organisation et ses installations, les machines et équipements (bureaux, ordinateurs, fournitures...etc).

Ces composantes sont présentées dans la figure suivante :

Figure n°1 : les composants internes d'une organisation



Source : ROY, Pierre *Cours d'analyse des organisations : Les composantes internes d'une organisation*. Université d'Oujda, 2011.

¹ ROY, Pierre. *Cours d'analyse des organisations : Les composantes internes d'une organisation*. Université d'Oujda, 2011

² *Ibid.*

I-L'hôpital une organisation à part

Ces composantes sont indispensables pour le fonctionnement de l'organisation, et sont en interaction permanente. D'autres éléments sont également présents dans n'importe quelle organisation, et permettent notamment de rendre unique chaque organisation, ces éléments sont :

- **La culture de l'organisation :** Transmise aux nouveaux membres de l'organisation par un processus de socialisation (sélection, formation, récompense, interaction sociale).
- **L'idéologie managériale :** Ensemble de normes, valeurs, croyances communes sur ce qu'est la mission de l'organisation, les moyens appropriés pour sa mise en œuvre, la bonne façon d'animer et de gérer les personnels...etc. Elle se construit progressivement au fur et à mesure que l'organisation résout des problèmes.

En d'autre terme une organisation « *est un groupement d'individus ayant différentes tâches à effectuer dans poursuite d'objectifs comme la production de bien ou de service. Il ya phénomène organisationnel dès lors qu'un individu unit ses efforts d'une manière formelle à ceux d'un certain nombre de personnes pour atteindre un objectif* »¹. Aussi l'hôpital peut être considéré comme une organisation où les acteurs se donnent pour objectif prioritaire la prise en charge des patients avec la meilleure qualité de soins possible, en toute sécurité². En effet, l'organisation hospitalière est souvent présentée à travers le modèle de la bureaucratie professionnelle développée par Henry Mintzberg.

I-1-2 L'hôpital : Modèle de la bureaucratie professionnelle

L'hôpital, reste figé sur une organisation bureaucratique où il constitue l'idéal type d'une bureaucratie professionnelle développée principalement par Mintzberg en 1982.

I-1-2-1 Les caractéristiques de la bureaucratie professionnelle

Le modèle structurel généralement retenu dans la littérature pour appréhender l'hôpital s'appuie sur les configurations organisationnelles de Mintzberg, et notamment sur la bureaucratie professionnelle³, qui se caractérise par :

- La place cruciale du centre opérationnel qui se développe, en raison de l'importance des professionnels qui se retrouve en bas de la structure, leur pouvoir vient, de ce que

¹ <http://www.cadredesanté.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-et-gestion-des-conflits.html>
(consulté le 08/09/2016)

²Idem.

³VINOT, Didier. Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : De la formalisation du concept à son instrumentalisation*. Thèse de doctorat, sciences de gestion, LYON 3 : Université JEAN-MOULIN, LYON 3, 1999, p.203.

I-L'hôpital une organisation à part

le travail qu'ils accomplissent est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes¹;

- 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'organisation². 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'entité³;
- 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 dans lesquelles ils peuvent exercer un contrôle sur leurs propres décisions⁴. En effet, les caractéristiques de la Bureaucratie Professionnelle sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau n°02 : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

Source : NOBRE, Thierry. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. In : Actes du 20^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), France, May 1999, p.1-18.

¹STEUDLER, François. *Le management hospitalier de demain : Approche sociologique*. Revue hospitalière de France, Mars – Avril, 2004, n°497, p.43-52.

²URLI, Didier, *L'allocation budgétaire dans une bureaucratie professionnelle publique : une nouvelle méthode d'apprentissage dans la conception du cadre référentiel*. Thèse de doctorat, Science de gestion, LILLE 1 : Université des sciences techniques DE LILLE-FLANDRES –ARTOIS, 1995, p. 8.

³CREMADEZ, Michel., GRATEAU, François. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} éd. Paris : InterEdition, 1992, p. 20.

⁴OBERSON, Bertrand. *Cours n°04 Sociologie des organisations*. Université Fribourg Suisse., 2009, p. 6.

I-L'hôpital une organisation à part

I-1-2-2 Description de la bureaucratie professionnelle

Selon Mintzberg, 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 clé¹. Cette dernière est décrite principalement par le travail du centre opérationnel, le caractère bureaucratique de la structure et la structure administrative comme suit :

- **Le travail du centre opérationnel**

La bureaucratie professionnelle selon Mintzberg, « s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et spécialisés - des professionnels- pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail »², c'est-à-dire cette dernière 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.

Dans la standardisation des qualifications, chacun des professionnels sait ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il l'a appris. Prenant l'exemple, d'un chirurgien et d'un anesthésiste dans une salle d'opération à l'hôpital 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 initiale³.

- **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

¹STEUDLER, François. *Op.cit.*, p. 43-52

²MINTZBERG, Henry. *Op, cit.*, p. 310.

³*Ibid.*, p. 310-311

I-L'hôpital une organisation à part

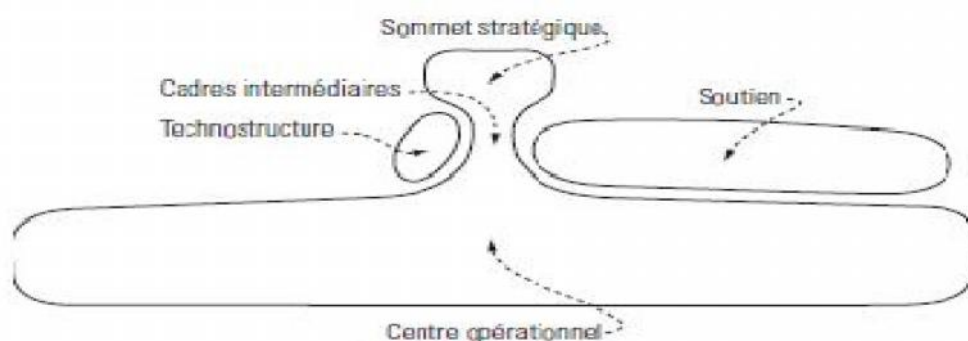
est mis sur le pouvoir de la compétence. Perrow (1970), montre dans la description d'un service hospitalier, à quel point l'organisation peut être bureaucratique: par exemple, le service de gynécologie est un service relativement routinier, il s'agit donc d'un travail répété pour les médecins et pour le personnel plusieurs fois par jours¹.

- **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 administratives. 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 mutuel². Dans cette dernière il existe deux hiérarchies parallèles, 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. 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 séparées³.

Cette description est présentée dans la figure ci-après :

Figure n°02 : La bureaucratie professionnelle



Source: MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p.289.

¹Ibid., p. 311-312

²Ibid., p. 317-318

³Ibid., p. 318-320.

I-L'hôpital une organisation à part

I-1-2-3 Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle

Après avoir présenté l'hôpital comme l'idéal type de la B.P il est essentiel de souligner que cette dernière à des problèmes de coordination, de contrôle et d'innovation.

- **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 classement¹ apparaît comme la source d'un grand nombre de conflits dans cette organisation.
- **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'organisation².
- **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 bureaucratie professionnelle est une structure rigide, avec une production standardisée mais qui n'est pas adaptée à

¹Ibid., p. 318-320.

²Ibid., p. 330-331.

I-L'hôpital une organisation à part

l'innovation. 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 d'équipes multidisciplinaires¹.

I-1-3 Caractéristiques et particularités de l'organisation hospitalière

L'approche développée par Mintzberg dans son ouvrage « Structure et dynamique des organisations » permet d'appréhender les caractéristiques organisationnelles des hôpitaux décrits comme une bureaucratie professionnelle.

I-1-3-1 Les caractéristiques de l'organisation hospitalière

Pour appréhender les traits caractéristiques de l'organisation hospitalière, il est primordial de présenter les cinq parties constitutives de l'organisation qui sont: le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure, les fonctions de support logistique.

- **La primauté du centre opérationnel :** L'organisation hospitalière est avant tout, caractérisée par l'importance du centre opérationnel, découpé en services ou unités de soins qui demeurent relativement indépendants les uns des autres, dont l'activité est directement liée à la production de soins². L'hôpital demeure une organisation où le degré de spécialisation est très marqué.
- **L'ambiguïté du sommet stratégique :** 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 sur les autres membres de l'organisation, et l'exécution des décisions les plus importantes se font au niveau le plus élevé de l'organisation qui est le sommet stratégique. 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

¹*Ibid.*, p. 331-333.

²CREMADEZ, Michel., GRATEAU, François. *Op.cit.*, p. 18.

I-L'hôpital une organisation à part

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 l'ajustement mutuel¹. 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 tutelle².

- **La ligne hiérarchique** : Elle relie le sommet stratégique et le centre opérationnel. Selon Mintzberg, la ligne hiérarchique composée des cadres et qui va de ceux qui sont juste en dessous du sommet stratégique jusqu'aux agents de maîtrise de la première ligne de contrôle³. En effet, cette dernière est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel⁴.
- **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 standardisant les activités et les procédés. Ce sont eux qui sont les moteurs de la standardisation dans l'organisation. La technostucture ne limite pas son intervention à un niveau de la hiérarchie, mais elle élargir son action à tous les niveaux⁵. L'hôpital se caractérise par la petitesse de sa technostucture qui contraste avec l'ampleur du centre opérationnel et de la fonction de support logistique. La raison du peu d'importance de la technostucture est qu'il existe une standardisation des qualifications⁶.
- **Des fonctions de support logistiques** : Elles sont très développées sous le contrôle des membres de la technostucture, elles constituent aussi une part importante des

¹MINTZBERG, Henry. *Op. cit.*, p. 41-43.

²VINOT, Didier. *Op.cit.*, p.203.

³STEUDLER, François. *Op.cit.*, p. 43-52.

⁴VINOT, Didier. *Op.cit.*, p. 204.

⁵MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 46-47.

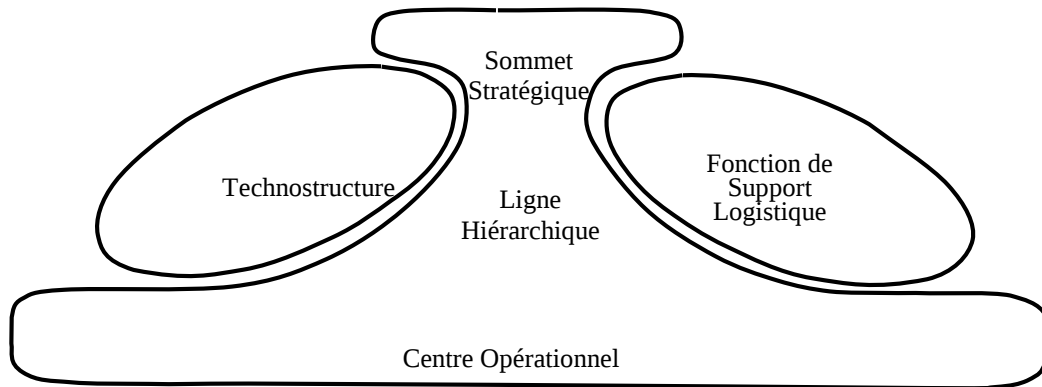
⁶STEUDLER, François. *Op.cit.*, p. 43-52.

I-L'hôpital une organisation à part

coûts générés par l'organisation¹. Au sein de l'organisation hospitalière, l'appartenance du médical et du logistique à deux univers différents induits d'importantes insuffisances de coordination qui influent considérablement sur la qualité du service rendu².

Ces caractéristiques sont présentées dans la figure suivante :

Figure n°03: Les cinq parties de base des organisations



Source: MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 37.

I-1-3-2 Particularités de l'organisation hospitalière

L'approche de l'organisation hospitalière met en évidence quelques particularités qui sont :

- **Une organisation hiérarchisée** : L'hôpital est une organisation qui est marquée par une grande distance hiérarchique entre les diverses catégories et statuts. Il s'agit d'une structure qui reste très hiérarchisée et cloisonnée³.
- **Une division de travail particulière** : L'hôpital est une organisation où la division des tâches est particulière et où les comportements, les attitudes des groupes professionnels sont différentes de ceux d'autres organisations. En particulier, le corps médical qui joue un rôle considérable et qui détient une autonomie professionnelle très forte⁴.
- **Une répartition de pouvoir dichotomique** : L'organisation hospitalière est caractérisée par une sorte de répartition des pouvoirs dichotomiques, d'un côté,

¹VINOT, Didier. *Op.cit.*, p. 203.

²CIPICIANI, Isabelle. *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : L'engagement du directeur des soins*. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES: ENSP, de RENNES, 2005, p.13.

³STEUDLER, François. *Op.cit.*, p. 43-52

⁴STEUDLER, François. *Hôpital, profession médicale et politique hospitalière*. *Revue française de sociologie*, 1973, Vol. 14, n°1, p. 13-40.

I-L'hôpital une organisation à part

l'administration, avec son poids, ses règles de fonctionnement, et ses critères de gestion, de l'autre côté, le corps médical, avec sa hiérarchie, et son mode de comportement fortement libéral. Ce corps médical est relativement peu impliqué dans la gestion hospitalière et ne participe à l'administration en grande partie que de façon consultative¹.

L'hôpital est une organisation pas comme les autres. Le meilleur modèle utilisé pour l'appréhender est celui de la bureaucratie professionnelle même s'il a des insuffisances notamment celles de coordination, contrôle et d'innovation.

I-2 La complexité et l'exercice du pouvoir en milieu hospitalier

Le monde hospitalier est un monde complexe par excellence dans un environnement très contraignant, cette complexité apparaît au quotidien dont la complexité des relations entre groupes professionnels engendre l'existence d'un pouvoir bicéphale à son sein. A cet effet, le manager doit opérer un changement et modifier sa conception pour faire face à cette complexité.

I-2-1 La complexité en milieu hospitalier

Avant d'aborder la complexité du monde hospitalier, il est nécessaire de définir le concept de complexité d'une manière générale.

I-2-1-1 Une vue d'ensemble sur la complexité en milieu hospitalier

L'origine du mot complexité vient du latin « complexus », il signifie : ce qui est « tissé ensemble »². La complexité dans le dictionnaire commun est « *Le caractère de ce qui se compose d'éléments différents combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable...* »³. Selon Génélot, « *Est perçu comme complexe tout phénomène qui échappe pour partie à notre compréhension et à notre maîtrise* »⁴. A mesure que certains aspects de la complexité sont compris, d'autres apparaissent et se manifestent, avec leur d'imprévisibilité, d'incertitude, d'ingouvernabilité, mais aussi d'ouverture et de possibilités nouvelles.

À l'hôpital la complexité apparaît au quotidien, ce dernier évolue dans un environnement contraignant où il doit s'adapter aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques, aux progrès scientifiques comme le souligne Cremieux, « *L'hôpital a connu des évolutions majeures liées aux progrès scientifiques, technologiques, sociétaux et des*

¹Ibidem

²MORIN, Edgar. *Complexité restreinte, complexité générale*. In : Actes du Colloque Intelligence de la complexité : épistémologie et pragmatique, Cerisy-La-Salle, 26 juin 2005, p.1-27.

³TORDEURS, David., ZDANOWICZ, Nicolas, REYNAERT, Christine. *De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche auto-poïétique*. Cahiers de psychologie clinique, 2007, n°28, p.33-47.

⁴GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*. 4^{ième} éd. Paris: I.N.S.E.P, 2011, p.32.

I-L'hôpital une organisation à part

chocs exogènes»¹. Cette complexité est appréciée différemment selon plusieurs auteurs, où chacun d'entre eux donne des éléments pour mieux comprendre la question de la complexité de l'organisation hospitalière. Pour Génélot, la complexité se manifeste essentiellement par² :

- **L'amplification des interdépendances :** Les interdépendances de l'hôpital avec son environnement ne cessent de croître. En raison de la pression des pouvoirs publics, des restrictions budgétaires, et de l'évolution des technologies, l'hôpital doit établir des accords de coopération et des réseaux d'alliance et de réciprocité de plus en plus denses. De même, les évolutions sociales influent considérablement sur les organisations hospitalières. L'hôpital doit faire face aux nouvelles attentes des patients mais aussi de ses propres agents. D'une part pour les patients, il doit assurer des prises en charge de qualité et de sécurité et d'autre part pour les personnels hospitaliers, il doit améliorer leur contexte de travail et des conditions d'exercice de leur métier.
- **La recherche de nouvelles valeurs :** L'hôpital se trouve au carrefour d'une double injonction paradoxale : accroître la qualité des prestations hospitalières tout en maîtrisant l'évolution de ses coûts et en rationalisant les dépenses. Il doit fonder son image sur des valeurs de professionnalisme et de productivité avec une ambiguïté majeure: soigner mieux en dépensant moins.
- **La mise en œuvre de nouvelles formes de management :** Les managers hospitaliers, doivent gérer les pressions contradictoires de l'environnement tout en tenant compte de la diversité des logiques et des motivations des individus qu'ils dirigent. « *On assiste à une désaffection de masse envers les grands idéaux publics et les grands mouvements militants, au profit d'un investissement sans précédent dans la vie privée et les choix individuels*³ ». Ils doivent se mettre à l'écoute des motivations très diverses des individus qu'ils dirigent et inventer de nouvelles formes d'organisation du travail plus participatives, responsabilisant chaque acteur. La question des pouvoirs à l'hôpital est probablement un domaine où s'exprime le plus clairement la complexité de l'organisation.

Luc Boltanski, pour sa part définit l'hôpital comme une organisation « *composite* » où coexistent plusieurs « *mondes* ». Le monde médical d'une part, car l'hôpital demeure le « royaume des médecins ». Le monde bureaucratique ensuite, en ce qu'il est une institution publique. En cela, l'hôpital représente presque idéale-typique de ce qu'est une organisation

¹CREMIEUX, François. *Silence, on bouge !*. Revue Esprit, janvier 2007, n°1, p. 6-13.

²BEAUCHAMPS, Béatrice. *Du malaise identitaire à la reconnaissance, contribution du directeur des soins à la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé*. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES: ENSP, de RENNES, 2002, p. 13.

³*Ibid.*, p. 14.

I-L'hôpital une organisation à part

complexe, « partagée entre plusieurs principes de rationalisation », composée d'un ensemble hétérogène d'acteurs aux logiques multiples, poursuivant des intérêts particuliers, notamment au regard des finalités spécifiques. De plus, l'hôpital représente un univers organisé et hiérarchisé, un espace structuré composé d'acteurs aux ressources et aux positions inégales¹.

Glouberman et Mintzberg², dans une première approche considèrent l'hôpital comme l'une des organisations la plus complexe, qui se caractérise par une double hiérarchie l'une médicale et l'autre administrative, où se trouve des frontières intra et inter organisationnelles et une certaine fragmentation des soins qui génèrent des difficultés de rependre de manière satisfaisante aux besoins des patients et aux valeurs préconisées par tout système de santé soit, qualité, équité, pertinence et efficience, dû à la nature de l'activité de soins, à la multiplicité des intérêts des différents groupes de professionnels et au cloisonnement entre services.

En 2002, dans une approche plus globale dans un article très stimulant, ces auteures décrivent l'hôpital en tant qu'organisation caractérisée par une cohabitation de quatre mondes sans réelle communication entre eux (*cure*, le monde des médecins, *care*, le monde des infirmières, *control*, le monde des managers, *community*, le monde extérieur)³. Cette différenciation suppose des managements cloisonnés au sein de l'hôpital⁴ :

- Le management *Down-Out* identifie le monde des médecins (*Cure*). Leur management est de type *Down* pour les opérations concernant le centre opérationnel et de type *Out* puisque ce monde n'effectue pas de reporting vers la hiérarchie de l'hôpital.
- Le management *Up-Out* caractérise le monde de la Communauté formellement représenté par les autorités hospitalières, mais aussi par toutes les institutions et autres organismes qui apportent leurs soutiens à l'hôpital de manière informelle. Ce management n'est, ni directement connecté aux opérations hospitalières, ni intégré dans la hiérarchie de l'hôpital. Il est en d'autres termes, à la fois de type *Up* et *Out*.
- Le management *Down-In* joue le rôle d'un processus support. Nous trouvons le monde des soins (*Care*), représenté essentiellement par les infirmiers, et par d'autres spécialistes qui

¹MAZADE, Alexis. *Les reformes hospitalières à l'épreuve de la pratique. Contribution à une théorie sociologique du changement par la loi*. Mémoire de master, académique, Sociologie des Institutions politiques, PRIS: université Panthéon-Sorbonne, Paris 1, 2013, p. 9.

²KOSREMELLI ASMAR, Michèle., WACHEUX, Frédéric. *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. In : Actes de la Conférence Internationale en Management, 2007, Beyrouth, Liban, p. 57-75.

³MOISDON, Jean-Claude. *Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? Clinical governance and organization of the processes of care: a missing link. Pratiques et Organisation des Soins*, 2008, vol. 39, n°3, p. 175-181.

⁴GEORGE, Alain., MANNARINI Michel. *L'hôpital, un système organisé de territoires et de processus oriente performance et contrôle*. In : Actes du 34^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC): Comptabilité sans Frontières, The French Connection, Canada, May 2013, p. 1-23.

I-L'hôpital une organisation à part

fournissent des soins de base. Ils fonctionnent selon leur propre autorité hiérarchique. Leur management est de type *In* puisque ce monde est connecté directement à l'administration hospitalière, et *Down* puisque l'objectif principal est la satisfaction des patients.

- Et le management Up-In représente le monde du Contrôle celui d'une administration conventionnelle, plutôt de type Up depuis que les managers sont responsables à part entière aux yeux du système, mais également de type In depuis qu'ils sont aussi directement reliés aux opérations de soins et métiers au sein de l'hôpital. La dimension « Up » caractérise à la fois les ressources et le contrôle de leur utilisation, alors que la dimension « Down » s'identifie au patient.

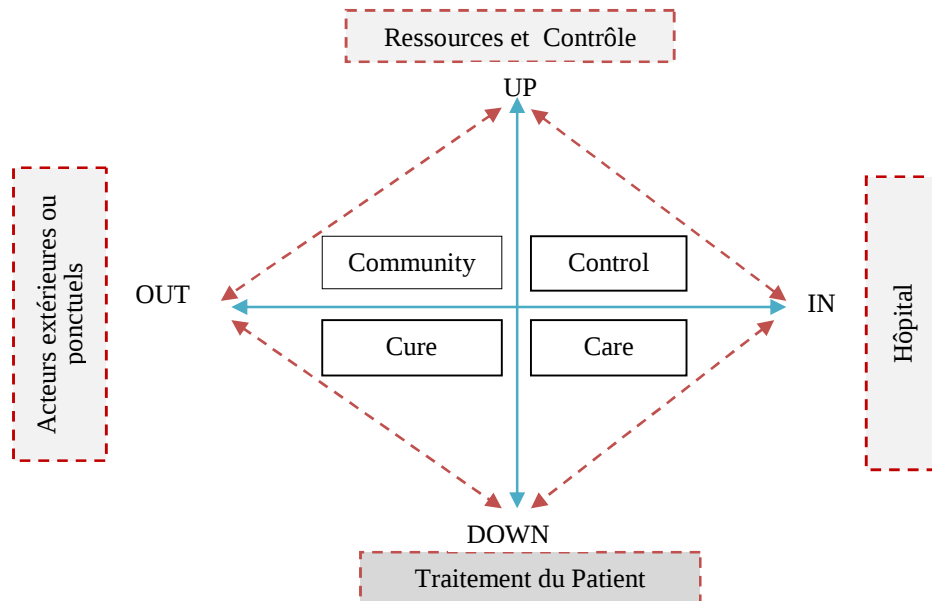
Cure, Care, Control et Community se déclinent selon leur position et leur orientation managériales: les médecins se tournent « cliniquement » vers le patient (Down) mais agissent « administrativement » vers l'extérieur (Out) ; les soignants regardent vers le patient (Down) mais se situent à l'intérieur (In) ; les managers restent à l'intérieur (In) mais sont contraints de se tourner vers le haut (Up) ; les autorités de tutelle se trouvent à l'extérieur (Out) et s'orientent vers le haut (Up). Donc, l'hôpital n'est pas une seule organisation mais quatre, chaque partie se structurant elle-même de manière indépendante.

De plus, ces auteurs soulignent que l'hôpital connaît un double clivage¹ : un clivage horizontal sépare les personnels travaillant au niveau des opérations (clinique) et les personnels qui cherchent à exercer un contrôle gestionnaire ou financier sur les évolutions des coûts de ces opérations, et un clivage vertical sépare les personnes qui, comme les gestionnaires et les infirmières, ont des liens continus avec l'institution et celles qui comme les médecins et les membres du conseil d'administration y participent sur la base d'interventions. En effet, cette différenciation présentée dans la figure suivante :

¹COULON, Robert. *Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion. Health managers, care management and management control. Cahier du FARGO*, Juin 2011, n° 1110604, p. 1-15.

I-L'hôpital une organisation à part

Figure n° 4 : Les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière, adapté de Glouberman et Mintzberg, (2001)



Source : GEORGE, Alain., MANNARINI Michel. *Op.cit.*, p.1-23.

LAUDINET, C.A, ajoute que « l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émission du pouvoir ».¹ En revanche, les travaux de Denis et al, montrent que les organisations complexes sont considérées comme étant des « organisations caractérisées par des objectifs multiples, des lieux de pouvoir diffus et des processus de travail basés sur des connaissances spécifiques » et d'autres travaux montrent que les lieux de pouvoir diffus et les objectifs divergents entraînent la dilution dans les initiatives de changement stratégique².

Quant à l'économiste de la santé Jean De Kervasdoué, il met l'accent sur cette complexité en disant que : « l'hôpital est par nature une organisation complexe de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle »³. L'organisation de l'hôpital est complexe, à cause de la multiplicité des fonctions, et des catégories professionnelles, de la coexistence de multiples logiques et niveaux hiérarchiques⁴, sans qu'aucune d'elles ne dispose de la connaissance globale permettant la seule décision. Ce qu'affirme Clément « La hiérarchie entre les

¹ABBAD, Jean. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger Levrault, 2001, p.20.

²SCHMIT, Cécile., VAS, Alain., D'HOORE, William. *Initier le changement au sein d'organisations complexes : alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles*. In : Actes de la XVII^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Nice, 2008, p. 1-28.

³KERVASDOUE, Jean. *L'hôpital, « Que sais-je ? »*. 1^{ère} éd. Paris : PUF, 2004, p. 6.

⁴ROUET, Joëlle. *Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces*. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES : ENSP, de RENNES, 2006, p. 4 -5.

I-L'hôpital une organisation à part

*fonctions empêche la connaissance globale nécessaire à toute décision »*¹. L'organisation d'un hôpital peut être définie comme une « *organisation vivante qui fonde sa complexité propre sur l'union complémentaire, concurrente et antagoniste d'une désorganisation et d'une réorganisation ininterrompue* »². Morin de son côté, définit l'organisation comme un « *cocktail d'ordre et de désordre* » où l'ensemble des actes sont réalisés par des acteurs aux métiers différents mais bien souvent complémentaires, ces actes constituent des opérations complexes. Selon l'auteur, le « *problème de l'hôpital c'est le refus de voir la complexité des problèmes* »³. En d'autre terme, le problème c'est que l'hôpital a des difficultés à comprendre la complexité des problématiques de soins, car il essaye toujours de régler les problèmes en raisonnant service par service en refusant de voir les liens entre ceux-ci, entre les acteurs.

I-2-1-2 Les dimensions de complexité en milieu hospitalier

La complexité en milieu hospitalier peut être appréhendée autour de trois dimensions. Les deux premières concernent la nature même de l'hôpital et touchent à la diversité des activités et à la configuration des rapports de pouvoir. La troisième est relative à la dimension dynamique, l'hôpital étant dans une période de profonde mutation⁴.

- **La diversité des activités** : L'hôpital est caractérisé par une diversité d'activités qui relève de la multiplicité des services cloisonnés à savoir les services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs et une forte diversité des métiers et des compétences ce qui limite la coordination des acteurs et des projets⁵.
- **La configuration des rapports du 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 en 1982, assimilant l'hôpital à la configuration de la bureaucratie professionnelle, et une deuxième approche plus globale en 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 difficulté d'introduction des pratiques

¹CLEMENT, Jean-Marie. *Les pouvoirs à l'hôpital*. 2^{ème} éd. Paris : Berger Levrault, 1993, p. 171.

²CLAVERANNE, Jean-Pierre., PASCAL, Christophe. *Complémentarité et réseaux : de la métaphore à la pratique. Le courrier de l'évaluation en santé*, Avril 2003, n°23, p.1-10.

³MORIN, Edgar. *Comprendre la complexité des organisations de soins*. France : Editions Aspeps, 1997, p. 40.

⁴NOBRE, Thierry. *Pour une lecture en hypertexte des organisations pour la recherche –action : le cas du changement à l'hôpital. Finance contrôle stratégie*, décembre 2006, vol. 09, n°04, p.143-168.

⁵Ibidem

I-L'hôpital une organisation à part

managériales à l'hôpital. La divergence des objectifs des acteurs propre à l'organisation hospitalière laisse la place à un contrôle qui relève de l'approche clanique et favorise ainsi l'expression des divers rapports de pouvoir entre les différents acteurs dans les pratiques de management¹.

- **La dynamique d'évolution :** L'organisation hospitalière est évoluée dans un environnement marqué par des évolutions profondes avec une succession de réformes importantes dont l'objectif de transformer le pilotage de l'organisation, et le mode de management par une multiplication d'innovations managériales. Cette sédimentation de transformations se traduit par des mutations qui nécessitent une véritable révolution de la part de tous les acteurs de l'hôpital².

I-2-1-3 Les niveaux de la complexité en milieu hospitalier

Après avoir cité les dimensions qui synthétisent la complexité du monde hospitalier, il apparaît que les niveaux de cette complexité sont en nombre de trois :

- **Complexité de l'activité de soins :** 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* »³. Cette complexité se manifeste à deux niveaux d'une part, l'activité de soins requiert des compétences multiples aboutissant à de nombreuses spécialités et sous spécialités et d'autre part, dès l'entrée à l'hôpital chaque patient suivra un traitement et un parcours spécifique, en fonction de certains paramètres à savoir sa pathologie, l'âge...etc. Mais l'hyperspécialisation et la trajectoire de chaque patient représentent des caractères plus importants qui rendent complexes la formalisation de l'activité.
- **Complexité de l'organisation : structures médicales et structure analytique :** La structure administrative de l'organisation hospitalière doit cohabiter avec une structure médicale liée au schéma de responsabilité médicale. Il n'y a pas toujours correspondance entre les niveaux de ces deux structures, ce qui rend l'organisation difficile à gérer⁴.

¹NOBRE, Thierry., HAOUET, Imène. *Quelle démarche pour l'introduction d'un outil de pilotage stratégique à l'hôpital ? Le cas d'un Balanced scorecard dans un CHU francophone*. Ecole de Management Strasbourg, 2011, p. 1-21.

²Ibidem

³ALVAREZ, Fabienne. *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels*. In : Actes du 21^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Angers, 2000.

⁴Ibid.

I-L'hôpital une organisation à part

- **Complexité des relations entre groupes professionnels :** La complexité des relations entre les acteurs et entre les groupes professionnels est toujours présente au sein de l'organisation hospitalière. On peut situer l'origine du problème relationnel dans les services dans le manque de clarté de rôles. 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 médical¹ ». Le clivage entre le corps médical et l'administration est souvent présenté comme une caractéristique des relations professionnelles à l'hôpital. Gauthier et alii, 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 médico-techniques. Enfin, au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels »². 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.

I-2-2 L'exercice du pouvoir au sein de l'hôpital

La complexité des relations entre les acteurs hospitaliers et l'existence de clivage entre le corps médical et administratif engendrent l'existence d'un pouvoir bicéphale, où chacun croit dans l'utilité de sa fonction, sans forcément se rendre compte l'importance de celle des autres, ce qui nous amène à poser la question qui commande à l'hôpital?

I-2-2-1 le pouvoir au sein d'une organisation

Au sein des organisations, le pouvoir est un élément non négligeable au cœur des relations humaines. Mintzberg, définit le concept de pouvoir comme étant « la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels », pour Crozier « le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs ». Selon lui, le pouvoir implique toujours la possibilité, pour certains individus ou groupes, d'agir sur d'autres individus ou groupes. Le pouvoir et l'organisation sont donc indissolublement liés l'un à l'autre. D'une part, les acteurs ne peuvent atteindre leurs objectifs propres que grâce à l'exercice de relations de pouvoir,

¹Ibidem

²Ibidem.

I-L'hôpital une organisation à part

d'autre part, ils ne peuvent disposer de pouvoir les uns sur les autres qu'à travers la poursuite d'objectifs collectifs dont les contraintes propres conditionnent directement leurs négociations¹.

I-2-2-2 L'hôpital un pouvoir bicéphale

A l'hôpital, il s'agit d'un pouvoir bicéphale². Il existe d'une part, le pouvoir administratif, incarné par le directeur d'hôpital, et dont le personnel (hors médecin) dépend, garant des conditions d'emploi ; et d'autre part, le pouvoir médical, gérant de l'organisation du travail des soignants. A ces deux entités correspondent deux structures de gestion: la Commission médicale d'établissement (CME), où ne siègent que les médecins et qui détermine le projet médical, et le Conseil d'administration, qui détermine le projet d'établissement, à savoir l'application dudit projet médical³.

- **Les rapports du pouvoir à l'hôpital :** L'hôpital accorde une place prépondérante au corps médical, dans le système de pouvoir, au détriment de la direction administrative. Qui gouverne à l'hôpital ? Dans ce contexte, les objectifs de l'institution pâtiennent des stratégies individuelles médicales. La répartition conflictuelle des pouvoirs ne favorise pas l'émergence de règles claires, et chacun a intérêt à laisser perdurer ce flou pour pouvoir user de manœuvres permettant d'influencer les décisions. Or, il est difficile de conduire une institution sans vision forte et sans stratégie, en convainquant non par des résultats mesurables, mais par des compromis. Cette relation de pouvoir se traduit par une faiblesse du management qui ne peut s'exercer de manière optimale et efficace. « *L'optimisation des ressources disponibles sur le plan humain et matériel n'est possible, la maximisation du service rendu ne peut être atteinte, sans que les partenaires de l'hôpital ne s'entendent concrètement sur des objectifs globaux qui dépassent les préoccupations parcellaires de chaque service ou de chaque acteur individuel* »⁴. Le pouvoir bicéphale à l'hôpital représente l'un des facteurs principales de l'institution, où on observe une situation de complémentarité entre les gestionnaires et les médecins⁵, dont la mesure où la mission des gestionnaires consiste à gérer les ressources dont les professionnels de santé ont besoin pour travailler, en contre partie,

¹CIPICIANI, Isabelle. *Op.cit.*, p. 16-17.

²Dont l'autorité est exercée par deux chefs.

³VALLEJO, Jimmy. *La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégique ?* Mémoire de Master, Dynamique des organisations, Travail, et Ressources Humaines, MARSEILLE : Université AIX-MARSEILLE, Faculté d'économie et de gestion, p. 15.

⁴KRIEF, Nathalie. *Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public*. In : Actes de la VIII^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Chatenay-Malabry, 1999, p. 1-21.

⁵MAZADE, Alexis. *Op.cit.*, p. 43-44.

I-L'hôpital une organisation à part

ces professionnels prodiguent les soins nécessaires aux patients¹. En pratique, à l'hôpital, d'un côté les médecins ont tout pouvoir au sein de leurs services de soins, et exercent leurs autorités sur l'ensemble des catégories professionnelles qui les assistent au quotidien dans le processus de délivrance des soins, ils disposent aussi de sont propre instance de représentation au sein de l'hôpital, la Commission Médicale d'Etablissement, organe où siège l'ensemble de la communauté médicale, de l'autre côté le directeur dispose d'une autorité de nature « bureaucratique » qui s'organise autour d'une hiérarchie clairement déterminée où il reste décisionnaire en dernier ressort pour toutes les décisions impliquant les grandes orientations de l'hôpital². Les médecins donc, jouissent d'une autonomie individuelle où cette dernière peut produire une paralysie collective³.

- **La cohabitation d'acteurs et la structuration des pouvoirs à l'hôpital :** L'univers hospitalier se caractérise par une cohabitation d'acteurs hospitaliers qui se trouvent entre des exigences et considérations contradictoires. D'un côté, les gestionnaires et donc le personnel administratif apparaisse comme voulant imposer une rigueur financière⁴, qui cherche à gérer les ressources de manière efficace et efficiente, de l'autre côté, les professionnels de santé aux considérations médicales dans le souci premier d'apporter une réponse médicale aux souffrances⁵. Par conséquent, l'administration est préoccupée par le respect de la rigueur budgétaire, quant aux professionnels de santé, entre autre médecins et personnel paramédical, leur souci majeur consiste à disposer de moyens thérapeutiques et cliniques pour dispenser des soins⁶. En raison de la nature de l'activité hospitalière la question de la prépondérance entre pouvoir administratif et pouvoir médical est centrale. Le directeur est nommé par décret ministériel, il est secondé par un président du conseil médical composé de représentants du personnel médical. Le conseil médical est chargé de contribuer, par ses propositions, à l'élaboration de la politique de soins. Comme on peut le constater, le pouvoir est fortement partagé entre le directeur et le président du conseil médical,

¹DUMOND, Jean –Paul. *Les conflits du pouvoir à l'hôpital. Les tribunes de la santé*, 2003, n°1, p. 71-81.

²MAZADE, Alexis. *Op.cit.*, p. 55.

³SCHMIT, Cécile., VAS, Alain., D'HOORE, William. *Op.cit.*, p. 1-28.

⁴INTHAVONG, Karen. *Du projet de soins infirmiers au projet de soins médico-soignant. Une vision plurielle.* *Revue Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°91, p. 29-60.

⁵CROZET, Paul., KANICHE, Asma., LIENARD, Jean. *Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines.* *Revue Politiques et management public*, 2008, Vol. 26, n°2, p. 31-51.

⁶SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins.* Thèse de Doctorat, Sciences Economiques, TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, FSEGC, 2009, p. 4.

I-L'hôpital une organisation à part

chargé de coordonner la politique médicale de l'établissement. Ils élaborent le projet médical de l'établissement. La latitude des dirigeants hospitaliers apparaît donc très inférieure, en raison des multiples contraintes qui pèsent sur les décisions des gestionnaires hospitaliers, qu'il s'agisse du partage du pouvoir avec le président du conseil médical, de la tutelle et du rôle du conseil d'administration. Donc, le directeur de l'hôpital peut être considéré comme l'agent d'exécution des politiques publiques qui sont décidées aux niveaux national et régional¹.

I-2-2-3 L'ambiguïté des relations et les problèmes de responsabilité

A l'intérieur de l'hôpital, il existe deux catégories d'acteurs d'un côté, le directeur et de l'autre côté le corps médical. Toutefois il existe une différence de statut et de préoccupations caractérise ces deux catégories d'acteurs hospitaliers, ils sont indépendants l'un de l'autre sur le plan statutaire, le sont également sur le plan de leur activité. Une telle situation fait naître de nombreuses ambiguïtés dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital qui se retrouvent au niveau de la responsabilité².

- **L'ambiguïté des rapports entre la direction et le corps médical :** L'activité administrative relève du conseil d'administration et du directeur, l'activité médicale des médecins et d'eux seuls. Cette distinction concerne essentiellement les rapports entre médecins et personnel administratif, car c'est dans les relations entre ces deux acteurs qu'elle prend toute sa valeur. Le directeur détient en effet les pouvoirs essentiels au sein de l'hôpital et surtout il est l'organe permanent de cette administration bicéphale. Il a la charge de la gestion quotidienne, et assure la marche générale. Au sein de l'hôpital, le directeur se heurte à deux obstacles³ :
 - **La liberté thérapeutique :** Les médecins jouissent d'une autonomie et d'un pouvoir en matière médicale. Dans l'accomplissement de leurs tâches, ils ont une indépendance quasi-totale que l'on peut appeler *liberté thérapeutique*. Le médecin demeure le seul qui n'est pas soumis hiérarchiquement au directeur général, il ne dispose pas non plus du pouvoir de direction sur son activité. Il ne peut pas donner des directives quant à l'accomplissement des tâches médicales. Ce principe de la liberté thérapeutique fait naître de nombreuses incertitudes sur un autre aspect de

¹CHARREAUX, Gérard. *La gouvernance hospitalière: Quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise*. Cahier du FARGO, Juillet 2010, n° 1100705, p. 1-15.

²MOITTIE, Olivier. *Participation et action hospitalière : l'exemple des établissements hospitaliers publics de Seine-Maritime*. Publication de la faculté de droit et de sciences politiques et économiques d'Amiens, n°6- la participation dans l'administration française, 1975, p. 136-137.

³*Ibid.*

I-L'hôpital une organisation à part

la gestion hospitalière qui est l'ordonnancement des dépenses, où une grande partie de ce budget est le fait du corps médical au niveau des soins, des produits pharmaceutiques et des équipements.

- **Les services :** Le service est le cadre dans lequel s'exerce l'activité médicale et où l'idée de liberté thérapeutique trouve sa meilleure expression. Il est aussi le lieu où le médecin-chef de service dispose d'une entière liberté. Le directeur se trouve à la tête de services médicaux qu'il a la charge de gérer. Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction technique du chef de service et l'ensemble du personnel du service est placé sous son autorité pour l'administration des soins aux malades. L'ambiguïté réside dans le fonctionnement médical. La frontière mouvante qui sépare l'activité administrative de l'activité médicale est source d'ambiguïté. L'absence du pouvoir hiérarchique du directeur sur les médecins tend souvent à faire de l'hôpital un lieu où tout le monde commande et où personne n'obéit, ce qui n'est pas sans influence au regard de la responsabilité¹.
- **Les problèmes de responsabilité :** La responsabilité de l'établissement hospitalier nécessite une collaboration permanente entre les acteurs hospitaliers, et une liaison constante entre l'activité administrative et l'activité médicale. Le directeur en tant que chef de l'établissement, est investi d'un pouvoir propre en vue de prendre sous sa responsabilité les mesures d'urgence qu'il estime nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du service. Il est responsable envers les collaborateurs, les tiers et les usagers du service public hospitalier. Cette responsabilité se heurte souvent à l'indépendance du corps médical. Le monopole de l'activité médicale que détiennent les médecins et leur indépendance provoquent ainsi des problèmes complexes et des solutions parfois injustes².

I-2-3 Le manager face à la complexité en milieu hospitalier

Selon Genelot *«La complexité du management des hommes tient d'abord à la complexité de la nature humaine: l'homme, en plus de la complexité inhérente à tous les êtres vivants, manifeste des capacités d'intelligence, de connaissance qui le rendent apte à se construire lui-même, à se donner ses propres buts. Elle tient aussi à la difficulté d'intégrer cette immense diversité d'autonomies individuelles pour en faire une communauté cohérente*

¹Ibid.

²Ibid., p. 137.

I-L'hôpital une organisation à part

»¹. Devant la complexité dans un environnement tremblant, exige au manager de modifier sa conception du management pour s'adapter aux attentes des professionnels et de modifier ses structures organisationnelles afin de répondre aux besoins des usagers, il doit aussi adopter une conduite mettant la stratégie au service du projet institutionnel et de prendre la mesure des résistances au changement², du ce fait, CREMADEZ, GRATEAU soulignent que *«La réflexion stratégique a conquis sa place dans la gestion des hôpitaux. Il est capital, pour ceux-ci, de poursuivre leur évolution vers la mise en œuvre d'un management stratégique. Puiser dans les ressources qu'il offre peut, en effet, leur permettre de substituer aux réflexes tayloriens, encore solidement ancrés dans leur fonctionnement, de nouveaux réflexes plus aptes à assurer la conciliation des besoins des patients, des contraintes institutionnelles et des aspirations des acteurs»*³. La complexité exige des managers qu'ils développent une compréhension globale et dynamique des situations⁴. Pour ce faire les managers doivent transformer leurs pratiques managériales au sein d'une organisation où il existe une véritable difficulté à faire ensemble dû au cloisonnement, aux clivages entre professionnels soignants, administratifs, techniques..., ils doivent aussi coordonner entre les acteurs, pour réaliser une interactivité qui donne du sens au faire ensemble. Pour une meilleure ouverture sur l'environnement, le manager doit développer une nouvelle démarche participative qui est considérée comme un mode de management. En effet, le management participatif peut être défini comme *« un processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation [...] Il passe donc par le développement de l'autonomie formelle des managers dans un cadre cohérent avec les finalités globales de l'entreprise, ce qui les conduit à participer activement à certaines missions de management »*⁵. La conduite de projet ne peut se faire sans communication qui un enjeu majeur du management, ce qui affirme Mucchielli, *« si le manager est incompetent en communication interne, il est incompetent en*

¹GENELOT, Dominique. *Op.cit.*, p. 195.

²JUILLARD-FOURNIER, Nadine. *Op.cit.*, p. 28.

³*Ibid.*, p. 29.

⁴AUGER, Pascale. *Manager des situations complexes. Quelles compétences développer pour l'entreprise de demain ?* Paris : Dunod, 2008, p. 40.

⁵ CHAPIN, Virginie. *Le management participatif dans établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : l'exemple de l'EHPAD Mont-Le Roux*. Mémoire EHESP de Directeur d'établissement Sanitaire et Social Public : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), 2008, p. 17.

I-L'hôpital une organisation à part

management »¹. De même, l'existence de mécanismes de coordination et de communication est essentielle au développement de la collaboration².

La complexité n'est pas seulement un problème mais peut être une opportunité entendue comme un défi pour l'ensemble de l'organisation hospitalière, si les managers, font l'effort de saisir cette opportunité pour modifier leurs modes de gestion et opérer le changement au sein de cette organisation.

I-3 Du management au management hospitalier

Devant la complexité des organisations sanitaires, le management est devenu un outil incontournable et incontestable dans le monde hospitalier mais, il existe une très grande diversité de définitions apportées au mot de management.

I-3-1 Le Management

Il existe plusieurs définitions pour le terme management au fil du temps :

Le mot vient du terme anglais « manager » qui veut dire gérer, diriger, mais qui viendrait lui-même de l'italien *maneggiare*, (manier) qui aurait donné en français le mot *manège* (faire tourner un cheval dans un manège). Conduire, diriger, enseigner, motiver sont devenus des maîtres mots pour un individu qui gère ou qui aspire à gérer une organisation³.

Selon Henri Fayol, qui est le premier théoricien qui s'est préoccupé de l'administration des entreprises, a posé la question suivante : Qu'est ce que le management⁴ ?

Pour cet auteur, le management se définit en cinq fonctions qui sont⁵ :

Prévoir et planifier, ce qui signifie à la fois supputer l'avenir et le préparer, prévoir c'est déjà agir ;

Organiser, « organiser une entreprise, c'est la munir de tout ce qui est utile à son fonctionnement : matériaux, outillage, capitaux et personnel » ;

Commander, « c'est tirer la meilleure partie possible des agents qui composent son unité, dans l'intérêt de l'entreprise » ;

Cordonner, « c'est mettre de l'harmonie entre tous les actes d'une entreprise de manière à en faciliter le fonctionnement et les succès » ;

¹MUCCHIELLI, Alex. *Information et communication interne : étude des communications. Pour de nouveaux audits*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2005, p. 132.

²KOSREMELLI ASMAR, Michèle. *Collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. Thèse du Doctorat, Science de gestion, PARIS : Université Paris Dauphine, Ecole Doctorale de Gestion Management et Organisation, 2011, p.71.

³VINARD, Pierre. *Les grands principes du management*.

⁴PLANE, Jean-Michel. *Théorie et management des organisations*. 3^{ème} éd. Paris: Dunod, 2012, P. 26.

⁵KENNEDY, Carol. *Toutes les théories du management*. Paris: Edition Maxima, 1991, p. 78.

I-L'hôpital une organisation à part

Contrôler, « c'est vérifier si tout se passe conformément aux programmes adoptés, aux ordres donnés et aux principes admis ».

Ce dernier, considérerait que l'on pouvait appliquer les mêmes principes de management à n'importe quelle organisation, quelle que soit sa taille ou son type d'activité.

Peter Drucker, est considéré par de nombreux experts du monde des affaires et du milieu universitaire comme « le père fondateur » ou « le pape du management moderne », définit le management comme étant « *l'art d'organiser les ressources pour que l'entreprise réalise des performances satisfaisantes* »¹. Pour lui, le manager détermine des objectifs et définit leurs moyens. Il organise, analyse les activités et décisions. Et enfin, il motive et communique. Il élabore des normes, forme les gens et se forme lui-même.

Quant à Mintzberg, le management «*est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités*»². Manager est un métier, un ensemble d'activités qui consiste à conduire un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun.

Il souligne que les rôles d'information peuvent être considérés comme des rôles primordiaux d'un dirigeant: « *le traitement de l'information est l'un des rôles clés de la fonction de dirigeant. Le manager est le seul à avoir l'information et le pouvoir nécessaires pour décider et les rôles de décision sont considérés comme les plus importants et se repartissent en quatre activités* »³:

- **Entrepreneur** : Il s'agit de faire évoluer son unité et l'adapter aux changements. Et donc, capter les idées nouvelles, les nouveaux concepts. Quand on l'observe, le manager conduit plusieurs projets simultanément, induisant une suite de petites décisions et d'actions: le lancement d'un nouveau produit, une campagne de public, la réorganisation d'un service, l'informatisation de certaines opérations, un investissement...etc.
- **Gestionnaire de crise** : Ici, le manager joue le rôle d'un acteur involontaire du changement. C'est une grève, le dépôt de bilan d'un gros client, le faux bond d'un fournisseur. Le manager passe beaucoup de temps à résoudre les problèmes imprévus et urgents, parce que l'environnement est incertain, et que personne ne peut prévoir toutes les conséquences de ses actes.

¹KENNEDY, Carol. *Op.cit.*, P. 71.

²CROZIER, Michel., FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Edition Seuil, 1977, p. 44.

³MINTZBERG, Henry. *Le Management voyage au centre des organisations*. Paris : Edition d'organisation, 1990, p. 43-47.

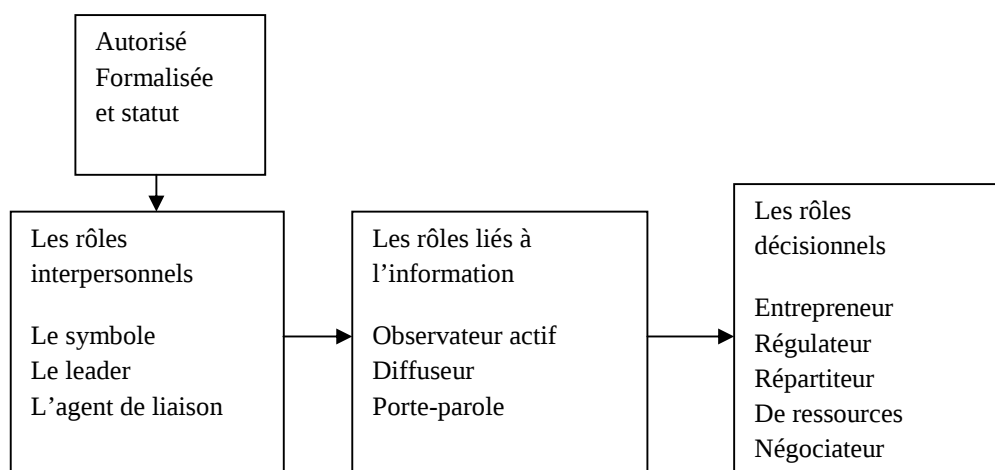
I-L'hôpital une organisation à part

- **Gestionnaire de ressources** : Ici, le manager décide qui aura quoi ? il décide qui bénéficiera de son temps ; ensuite, il doit définir la structure de l'activité (répartition des hommes et des activités) ; il schéma des relations (organigramme) ; il autorise les dépenses importantes y compris en dérogeant aux procédures budgétaires. Donc, le meilleur moyen consiste sans doute à choisir la meilleure personne qui saura prendre la décision à sa place.
- **Négociateur** : transférer un joueur, trouver un compromis à la grève, discuter une revendication. Toutes ces formes de négociation sont partie intégrante de son travail, car lui seul détient le pouvoir d'engager les ressources en temps réel.

En résumé, les différents principes du management ont connu une évolution très importante au fil du temps et chacun des acteurs cité précédemment accordait une importance particulière à l'un des principes : Fayol, considérait que le commandement est le principe le plus important, Drucker, considérait à son tour, que la formation est le principe qui est le plus important, quant à Mintzberg, il précise qu'une bonne coordination des actions entre l'ensemble de l'organisation, peut créer un effet de synergie important, qui peut constituer un avantage concurrentiel pour l'organisation.

Ces rôles sont résumés dans la figure suivante :

Figure n°5: Les rôles du manager selon Mintzberg



Source : MINTZBERG, Henry. *Le management voyage au centre des organisations*. Op.cit., p. 34.

I-3-2 Le Management Hospitalier

La définition du concept de management d'une manière générale, montre que la pratique managériale est attachée à son contexte. A l'hôpital il s'agit d'un management spécifique, car celui-ci n'est pas une organisation comme une autre elle est à part et complexe.

I-L'hôpital une organisation à part

Avant de définir le management hospitalier et souligner les spécificités de ce dernier, il est nécessaire de présenter un bilan des principaux travaux de recherche menés en management de santé.

I-3-2-1 Principaux travaux en management de santé

Etienne Minvielle, souligne que *« la question du management dans la santé peut aisément être traitée à partir des différentes rubriques enseignées: finance, gestion des ressources humaines, stratégie, contrôle de gestion...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 performance, évaluation et rationalisation. 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 »*¹.

La présentation d'un bilan des principaux travaux menés en management de la santé est dans le but de comprendre l'apport du management dans le domaine à savoir :

- **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 et à déterminer les principes qui favorisent sa performance financière, en matière de qualité et sur d'autres dimensions. 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 à l'hôpital qu'en dehors. Dans cette 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 entre les professionnels. La relation avec le patient est également à considérer comme l'élément le plus visible de cette organisation. L'implication du patient joue un rôle

¹ POUVOURVILLE, Gérard. *Op.cit.*, p. 35.

I-L'hôpital une organisation à part

dans cette relation, il participe en effet par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer ou pas, aux consignes qui lui sont données, à la qualité de l'organisation¹.

- **Gestion de la qualité et de sécurité :** 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 et la sécurité de 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 le début des 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 patient².
- **Utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord :** L'utilisation des indicateurs et tableaux de bord constitue un des grands sujets actuels de management hospitalier. Le tableau de bord n'est pas une dimension financière, mais il est considéré comme des critères de qualité. 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 stratégique, 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 administré³.
- **Le système d'information :** 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, dont les principaux

¹Ibid., p. 38.

²Ibid., p. 37.

³Ibid., p. 38.

I-L'hôpital une organisation à part

sont: 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 services¹.

I-3-2-2 Définitions et spécificité du management hospitalier

Quelques éléments de réflexion sur le management hospitalier sont développés ici. On insistera plus particulièrement sur deux points: Toute approche de l'établissement de soins 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; ensuite, il est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers².

Pour Alecian, « *le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance* »³.

Pour ces auteurs, il existe deux horizons du management: le management stratégique qui représente l'ensemble des actions qui engagent l'institution sur le moyen et long terme dans un environnement changeant et le management opérationnel concerne le fonctionnement de l'institution au quotidien à l'exemple de la communication au quotidien et la gestion de son temps. Tout responsable d'équipe doit assumer des tâches opérationnelles et stratégiques. Le management constitue donc une activité complexe dont la qualité dépendra de la cohérence que chaque dirigeant aura établi entre ces différentes composantes.

A partir de cette définition, le management possède à la fois un volet humain qui mobilise les énergies, et anime les équipes au quotidien, c'est « le management des hommes », il suppose que les cadres se préoccupent de dire où on va, comment, organisent les unités en conséquence et se dotent d'instruments de pilotage leur permettant de suivre le bon fonctionnement de leurs services et, un volet que les auteurs nomment « management des moyens ». Le management comprend quatre secteurs présentés dans la figure suivante :

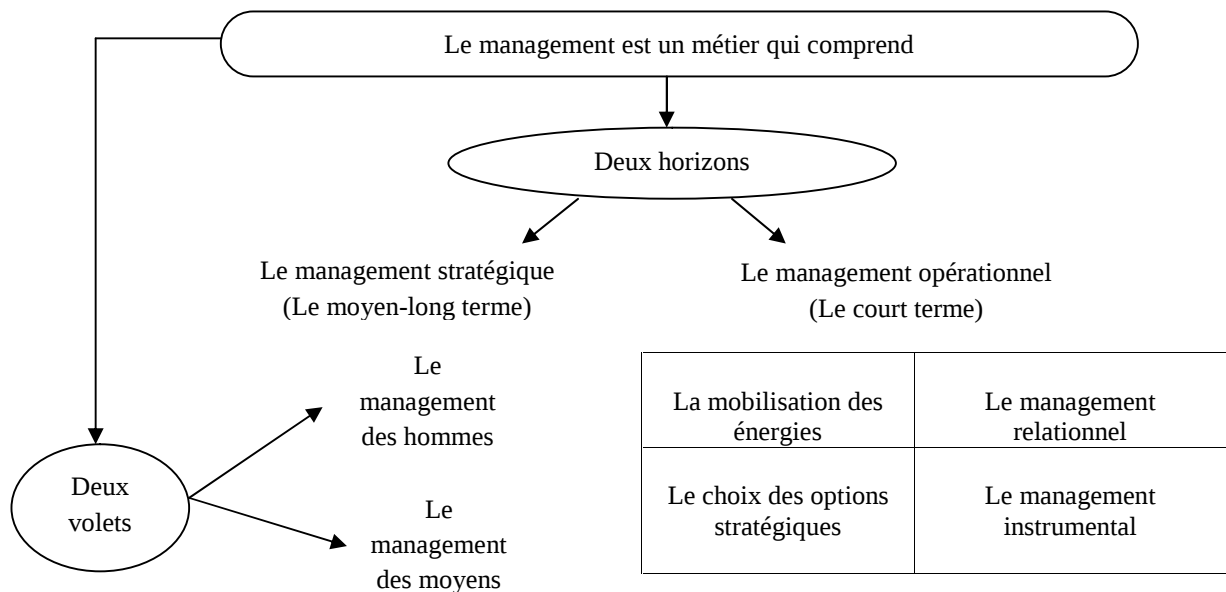
¹ALVAREZ, Fabienne. *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels*. In : Actes du 21^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Angers, 2000.

²STEUDLER, François. *Le management hospitalier de demain: Approche sociologique*. Op.cit., p. 43-52

³ALECIAN, Serge., FOUCHER, Dominique. *Le management dans le service public*. 2^{ème} éd. Paris : Editions d'organisation, 2002, p. 10.

I-L'hôpital une organisation à part

Figure n°6: Les quatre secteurs du management



Source : ALECIAN, Serge., FOUCHER, Dominique. *Op.cit.*, p. 16.

A l'hôpital, le management doit s'envisager en prenant en compte les éléments constitutifs de l'organisation¹ :

- 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, 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.

I-3-3 Les fonctions du management hospitalier

« Manager consiste à conduire, diriger, commander, coordonner, faire participer, animer »², mais manager ne peut se faire sans prévoir, évaluer, gérer, décider.

1-3-3-1 Prévoir

Pour préciser cette fonction, trois termes peuvent être utilisés : anticipation, adaptation et réactualisation³ :

« Prévoir, c'est anticiper les besoins des patients, les évolutions des techniques et technologies médicales, les pratiques professionnelles ou médico-hospitalières » ;

« Prévoir, c'est s'adapter à la concurrence des autres établissements, des autres recours thérapeutiques. Prévoir, c'est s'adapter au nouveau contexte économique et social,

¹ JUILLARD-FOURNIER, Nadine. *Op.cit.*, p. 24.

²GASTE, Marie-Claude. *Op.cit.*, p. 9.

³Ibidem

I-L'hôpital une organisation à part

aux orientations fixées par le schéma d'organisation sanitaire tant au niveau national que régional...» ;

« Prévoir, c'est réactualiser les projets stratégiques de l'établissement – projets médicaux, projets de soins, projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens... »

À partir de ces termes, il est vite apparu deux nouvelles dimensions de la fonction prévoir, qui sont : la gestion des risques et la veille technologique ou comportementale :

«Prévoir, c'est manager l'incertitude et maîtriser les risques, c'est mettre en place une structure de veille »¹.

Cette fonction est un élément essentiel de la mission d'un responsable. Dans toute organisation, elle tend à être perçue comme la base même du management et à ce titre, elle occupe (ou doit occuper) une part importante de l'activité de tout responsable en position de décideur. Un management performant permet de maîtriser le futur d'une organisation, c'est-à-dire assurer que les objectifs à long, moyen et court terme sont atteints dans les meilleures conditions. Cette fonction doit impliquer tous les niveaux de responsabilité de l'établissement et tous les secteurs d'activité mais, le rapport au temps peut varier selon la position fonctionnelle, opérationnelle et/ou hiérarchique du responsable².

Pour réaliser cette maîtrise du futur de l'organisation, tout responsable doit distinguer trois types d'outils³ :

- la prospective qui permet de penser l'avenir de l'organisation à long terme en faisant abstraction des contraintes actuelles qu'elles soient technologiques ou réglementaires ;
- la prévision qui consiste à anticiper le futur compte tenu des connaissances acquises sur le passé et le présent de l'organisation et de son environnement ;
- la planification qui permet d'assurer la réalisation des objectifs définis à long, moyen et court terme en mobilisant les ressources nécessaires, en développant des activités nouvelles, en s'attachant de nouvelles compétences, en proposant de nouveaux modèles organisationnels, en adaptant l'outil de production...etc.

Quant aux facteurs de réussite de la fonction « prévoir », il convient de noter deux mots-clés: implication et communication. Le premier, il s'agit de l'implication de tous les responsables de structure d'activité dans la définition, l'élaboration et la clarification des objectifs est une garantie de la faisabilité des projets de l'établissement, quant au deuxième, il s'agit de la communication sur les choix en directe et/ou déclinée par les responsables à

¹Haute Autorité de Santé, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé*, Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles, janvier 2005. Paris, p.9.

²*Ibid.*, p. 11.

³*Ibidem*

I-L'hôpital une organisation à part

l'ensemble des acteurs est la garantie de l'appropriation des projets et donc de leur mise en œuvre dans chaque secteur d'activité.

I-3-3-2 Evaluer

Selon Larousse, « *Evaluer c'est apprécier la valeur, le prix, l'importance d'une chose*¹ ». L'évaluation 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 donc, il est nécessaire de donner une importance à l'évaluation des établissements de santé notamment à l'hôpital comme le souligne Abbad, « *Chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier. Chacun a pris la mesure des enjeux que sont l'amélioration des performances, la qualité des soins qui en découle et la satisfaction des besoins des usagers* »².

« *Evaluer est souvent assimilé à mesurer, calculer, comparer les performances, des efficacités, voire des rendements. Il peut-être considéré comme une attitude d'inquisition qui conduit au contrôle, à l'état de normes et au jugement de valeur* »³.

Tout responsable, se doit évaluer la réalisation de sa mission en termes de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés et de contrôler la mise en œuvre de ses décisions. Cette dimension du management s'applique à tout individu exerçant des fonctions de responsabilité au sein d'une organisation. Elle s'intègre à la démarche qualité dont elle partage les concepts et les méthodes. Cette évaluation permet aux différents responsables de faire le diagnostic de leurs performances en identifiant leurs points forts, leurs points faibles et le degré d'urgence des actions correctrices ou d'amélioration à mettre en œuvre en fonction de l'importance du domaine concerné. Idéalement, le responsable compare à l'aide d'outils standardisés ses performances à celles d'organisations équivalentes, nationales ou internationales, ou à des normes validées. Le partage d'expériences avec les meilleurs (benchmarking) constitue également un moyen d'amélioration⁴.

La fonction évaluation du management implique la définition et la formalisation d'une politique d'évaluation des performances. Cette politique, élaborée de façon participative, suppose⁵ :

¹GASTE, Marie-Claude. *Op.cit.*, p. 13.

²ABBAD, Jean. *Op.cit.*, p. 342.

³ GASTE, Marie-Claude. *Op.cit.*, p. 13.

⁴ Haute Autorité de Santé. *Op.cit.*, p. 27.

⁵ *Ibid.*, p. 27-28.

I-L'hôpital une organisation à part

- l'identification préalable des domaines de performances clés de l'organisation à évaluer à partir d'objectifs prioritaires et quantifiables, définis dans le projet de l'organisation ;
- la sélection d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, pertinents au regard des missions et de la taille de l'organisation, permettant de mesurer :
 - les résultats par rapport aux objectifs à long, moyen et court terme de l'organisation dans son ensemble et des différents secteurs d'activité ;
 - la pertinence des options stratégiques retenues et le degré de réalisation de ces stratégies ;
 - l'adéquation des moyens mis en place notamment en termes d'efficience et d'efficacité ;
 - la satisfaction des clients, des personnels et des différents partenaires ;
- la mise en place d'un système d'information pour la production de résultats et des statistiques d'activité, la communication de ces résultats dans l'organisation et, contribuer au développement d'une culture de la mesure au sein de l'organisation;
- la formation des responsables et des professionnels à la production des résultats, à leur utilisation à des fins d'amélioration de la performance future de l'organisation et des différents secteurs d'activité. L'évaluation doit avant tout être réalisée dans une perspective de prise de décision. Le choix des indicateurs repose donc sur le type de décisions qui pourront être prises par les différents responsables à partir des résultats obtenus ;
- la définition d'une politique de communication cible (nature, forme, délai, mode) et la communication effective des résultats en interne, aux différents responsables et à l'ensemble du personnel, et en externe, aux différents partenaires (clients, fournisseurs, financeurs, actionnaires, administrations publiques).

En résumé « *L'évaluation est un acte de modernisation de l'hôpital, mais aussi un acte de reconnaissance; elle valorise le travail fait. De ce fait, la démarche d'évaluation est au cœur du nouveau management. Elle est une des responsabilités essentielles de la fonction managériale* »¹.

¹ABBAD, Jean. *Op.cit.*, p. 353.

I-L'hôpital une organisation à part

I-3-3-3 Gérer

Selon le dictionnaire Larousse, la gestion désigne « *une action ou une manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose* »¹. Pour ALECIAN et FOUCHER, la gestion « *c'est 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* »². La gestion se traduit par une volonté de savoir et d'évaluer les pratiques et les coûts. Elle exprime un besoin de régulation.

Les contraintes de l'hôpital public le conduit à justifier ses actions devant les usagers en matière de qualité, d'efficience, de coûts.

I-3-3-4 Décider

«Parler de décision est une manière des plus spontanées et des plus naturelles, de conférer du sens aux événements et aux situations. Ainsi l'idée de décision constitue-telle une "grille de lecture" majeure des phénomènes d'organisation: n'est-il pas justifié d'appréhender une entreprise comme un processus permanent de décision? Toute démarche, toute intervention, toute action dans une organisation ne peut-elle pas être vue comme une série de choix »³.

Décider vient du latin *decidere* « trancher », il se décline de façon positive en terme de « choisir la voie à suivre »⁴. Décider est l'acte majeur de tout responsable. Pour mettre en œuvre le processus de décision, il est nécessaire que les trois éléments suivants soient présents: un champ, une autorité ou un pouvoir et un espace-temps :

- le champ est déterminé par le domaine et par le type de choix sur lequel intervient la décision;
- l'autorité reflète la légitimité de l'auteur de la décision à prendre et le niveau auquel elle doit être prise ;
- le temps en termes de décision, la notion de temps va influencer selon la position fonctionnelle, opérationnelle et/ou hiérarchique du responsable : la rapidité de prise de décision sera un critère de réussite de certaines décisions pour des choix à court terme alors que la concertation et l'analyse seront des préalables indispensables pour ce qui relève du prospectif et du prévisionnel à long et moyen terme. La décision finale peut d'une succession de décisions intermédiaires prises à différents niveaux et par différents acteurs.

¹ GASTE, Marie-Claude. *Op.cit.*, p. 16.

² ALECIAN, Serge., FOUCHER, Dominique. *Op.cit.*, p. 173.

³ GASTE, Marie-Claude. *Op.cit.*, p. 17.

⁴ Haute Autorité de Santé. *Op.cit.*, p. 20.

I-L'hôpital une organisation à part

La fonction décision se décline et doit être appréciée à tous les niveaux de responsabilité de l'établissement et dans tous les secteurs d'activité. Les composantes de la fonction décision dans toute organisation peuvent être définies de la façon suivante :

- l'analyse : acuité du problème, avantages/inconvénients, état de préparation du dossier;
- la concertation : obligatoire ou non, selon le type et le statut juridique de l'établissement (public ou privé), selon le type de décision, analyse des conséquences possibles et des moyens disponibles. Elle s'appuie sur des processus préétablis de prise de décision ;
- l'arbitrage et la décision : selon que le responsable s'appuie sur des choix préétablis par d'autres ou construit son propre processus de décision ;
- l'engagement et l'action : part prise par le responsable dans le choix résultant de la décision, conséquences de la décision sous forme de traçabilité, de contrôle et de suivi.
- la communication : elle permet aux personnes concernées de prendre connaissance de la décision une fois celle-ci formalisée ;
- le contrôle du suivi et l'évaluation de l'impact portent sur l'exécution même de la décision et sur le rapprochement entre l'impact de la décision avec le choix initial.

Parmi les facteurs clés permettant d'évaluer la qualité du management au regard de cette fonction, on peut citer :

- l'adéquation entre le mode de décision et les objectifs et missions de l'établissement et ses différents secteurs d'activité ;
- la capacité à déléguer et le « bon niveau » de la décision ;
- la lisibilité des processus de décision pour les différents acteurs de l'établissement ;
- l'existence d'une procédure pour la diffusion des décisions et leur explication.

En résumé, si le management consiste à prendre des décisions, le talent primordial d'un manager est donc son aptitude à prendre des décisions.

La décision est donc un acte majeur du management. Il s'agit d'un acte difficile car il oblige à choisir une solution parmi plusieurs autres possibles.

A l'hôpital, comme dans toute institution, le management est au cœur des rapports entre les acteurs. Par sa complexité et les évolutions qui le caractérisent, l'hôpital nécessite un management spécifique.

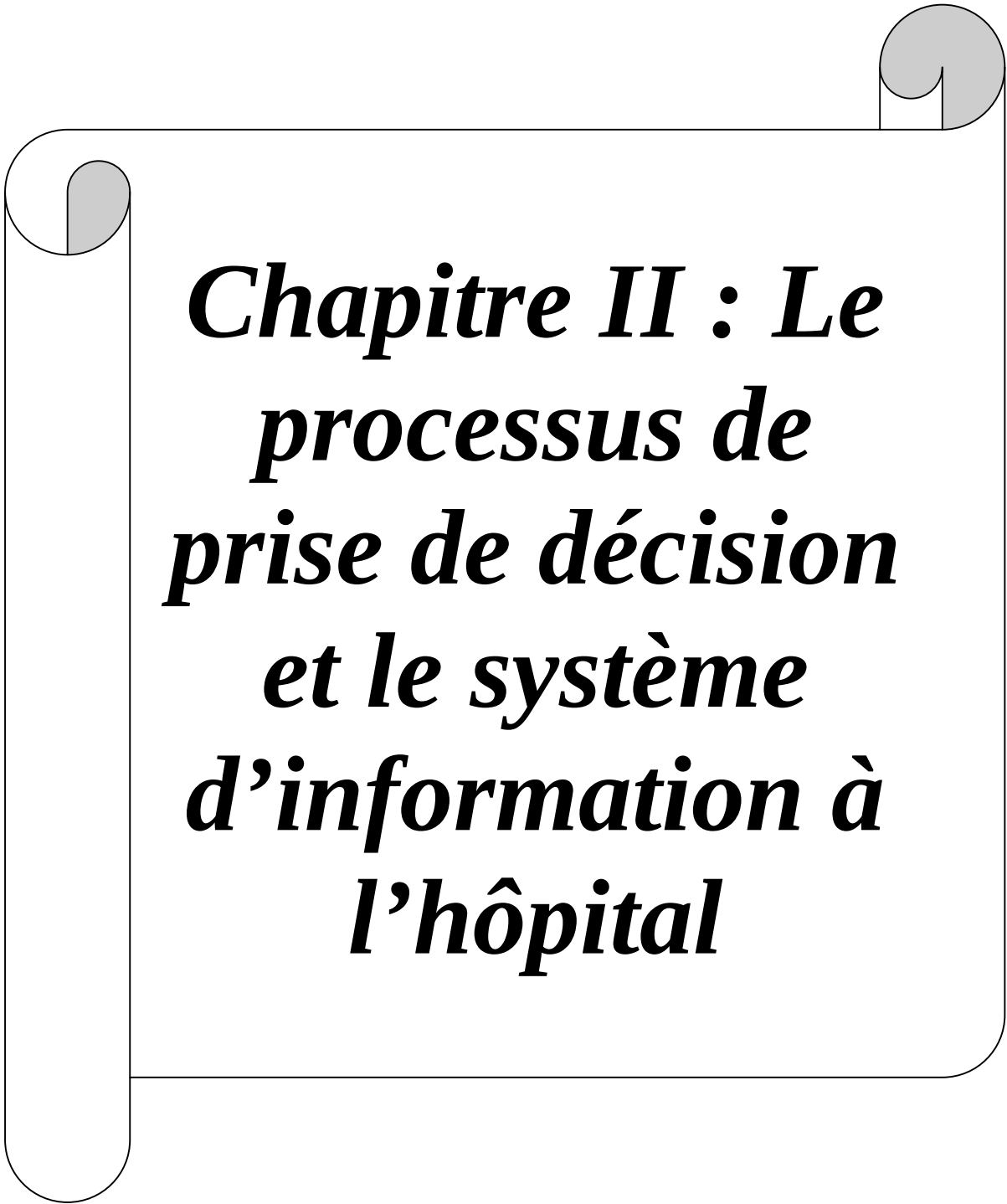
Conclusion

Après avoir présenté le modèle organisationnel utilisé pour appréhender l'organisation hospitalière, on peut dire que l'hôpital est une organisation bureaucratique caractérisée par une complexité qui relève de quatre dimensions organisationnelles, et s'effectue à trois niveaux. De plus elle est marquée par un jeu de pouvoir de fait que l'un ou l'autre des acteurs ou les deux à la fois limitent la liberté des autres, parfois on peut dire que c'est dans le caractère d'autonomie des professionnels, que résident les problèmes de la bureaucratie professionnelle, car le directeur n'est pas le supérieure hiérarchique de ces médecins. En revanche, à l'hôpital le conflit de pouvoir se situe entre les rôles des acteurs, ce qui fait qu'il a des influences importantes sur les décisions prises à son sein.

Pour faire face à cette complexité le manager doit modifier sa vision et avoir une pensée stratégique pour opérer des changements au sein de cette organisation. Des changements qui seront possible en introduisant le management spécifique.

Dans ce contexte de difficultés en matière de décision, le système d'information hospitalier constitue un nouvel outil de management qui aide à la prise de décision.

Le deuxième chapitre fera l'objet d'une présentation du concept de décision, des étapes du processus de prise de décision, du SIH et son rôle dans ce processus.

A decorative graphic of a scroll with a light gray background and a dark gray border. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges showing a dark gray shadow. The text is centered on the scroll.

Chapitre II : Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

« Une décision parfaite est une décision qui ne se prend jamais.

Au lieu de chercher à faire le choix parfait, faites un choix basé sur vos informations et instincts et allez de l'avant »

Marston

Introduction

La prise de décision constitue la partie cruciale du travail du dirigeant. Elle constitue le préalable à toute action.

Décider, c'est opérer un choix entre diverses alternatives possibles. Cette décision représente l'une des étapes d'un long processus cognitif. La notion de décision a évolué dans le temps. Dans la littérature en management stratégique, une multitude de typologies a été proposée afin de catégoriser les différentes décisions existantes dans les organisations en fonction de leurs natures.

En milieu hospitalier, la décision est un objet complexe revêt certaines spécificités pratiques et partagé entre médecin et directeur. En effet, en raison de la complexité de décision que les chercheurs parlent du processus de prise de décision qui est constitué de plusieurs étapes où la décision est l'une de ces étapes.

Toutefois, la décision en milieu hospitalier est influencée d'une part, par le pouvoir du fait qu'il existe une différenciation entre acteurs et en particulier entre directeurs et médecins, et d'autre part, par l'environnement qui est stable et complexe.

En fait, l'information constitue la matière première de processus de prise de décision et pour la maîtriser, est apparue la nécessité de disposer d'un véritable système d'information qui permet de fournir en temps opportun l'information nécessaire et pertinente, ce dernier est considéré comme un outil d'aide à la décision dans toute organisation y compris l'organisation hospitalière.

Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : La première section traitera le concept de décision ainsi, que le processus de prise de décision et les facteurs de contingence en milieu hospitalier. La deuxième section sera consacrée au système d'information hospitalier, et le rôle du SIH dans le processus de prise de décision fera l'objet de la troisième section.

II- 1 Processus de prise de décision en milieu hospitalier

La prise de décision est une activité cruciale de toute organisation et qui fait partie des responsabilités du dirigeant. Cette dernière traduit un processus qui, généralement, se compose d'un certain nombre d'étapes importantes adaptées à la nature de cette dernière. Avant de présenter ce processus en milieu hospitalier, il est primordial de mettre l'accent dans un premier lieu sur le concept de décision.

II-1-1 La décision en milieu hospitalier

Afin de mieux comprendre la décision en milieu hospitalier, il est pertinent de faire le point sur les définitions, les types et les caractéristiques des décisions en matière de santé.

II-1-1-1 Définitions de la décision

La signification du terme « décision » peut fortement varier. Dans la théorie de la décision normative ou statistique, la décision est l'action de sélectionner une stratégie particulière entre plusieurs voies possibles d'actions. Dans la théorie des organisations, la décision est le processus de traitement de l'information ou le processus organisationnel lui-même. Pour les psychologues, la décision peut être assimilée à un certain type de comportement. D'une manière générale, le terme « décision » réfère soit à un processus complexe, soit à un synonyme du mot « choix »¹. Pour mieux cerner le concept de décision, nous allons présenter les définitions suivantes: Décider, c'est *«choisir l'action à entreprendre, c'est-à-dire choisir une action parmi toutes celles qui sont possibles. Les actions sont aussi appelées, indifféremment selon les praticiens et leurs habitudes historiques, des solutions ou des options»*². En d'autre terme, la décision *« c'est une ligne d'action consciemment choisie parmi un certain nombre de possibilités, dans le but de réduire une insatisfaction perçue face à un problème ; ce choix suppose un traitement d'informations selon des critères de choix et une volonté de réalisation»*³. La décision, *« est un processus conscient et humain, qui implique à la fois des phénomènes individuels et sociaux, basé sur des prémisses factuelles et de valeur, qui inclut le choix d'une activité comportementale parmi une ou plusieurs alternatives avec l'intention d'aller vers un état désiré d'affaires»*⁴. Elle est *« tout simplement un moment dans un processus permanent d'évaluation d'alternatives permettant*

¹BÉRARD, Céline. *Le processus de décision dans les systèmes complexes : une analyse d'une intervention systémique*. Thèse de Doctorat, Sciences de gestion, PARIS : Université de Paris-Dauphine, 2009, p.56.

²BELLUT, Serge. *Les processus de la décision : Démarches, méthodes et outils*. Edition Afnor, 2002, p.8.

³EL KARTA, Boubaker. *Gouvernance hospitalière : Cas du centre hospitalier régional Souss-Massa-Draa (CHR-SMD)*. Mémoire de Master en administration sanitaire et sante publique, Management des Organisations Sanitaires, MAROC : École Nationale de Santé Publique, 2013, p.9.

⁴MAISAM, W, AL-Shinewi. *The Impact of Managers Efficiency on Quality of Strategic Decision- making under Crises Management ,An Empirical Study in a Sample of Private Hospitals in Baghdad/ Iraq* Master in E-Business. Middle East University, 2012, p. 41.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

*l'atteinte d'un objectif »*¹. Selon SFEZ, Lucien, la décision est « *Un processus d'engagement progressif, connecté à d'autres, marqué par l'equi-finalité, c'est-à-dire par l'existence reconnue de plusieurs chemins pour parvenir au même et unique but »*², et selon Mintzberg et all, « *la décision est un engagement des ressources à l'action. La décision doit être suivie par une action, sinon on ne pourrait pas la qualifier de tel »*³. En résumé, la décision c'est opérer un choix entre plusieurs options pour avoir une solution pour résoudre un problème donné.

Après avoir présenté les définitions de décision, il est nécessaire de souligner que les modèles de décisions sont multiples. D'un point de vue théorique, on peut distinguer quatre modèles à savoir: le modèle rationnel de la décision qui est celui de l'*homoeconomicus*⁴, qui suppose que le décideur possède toute la connaissance requise, pour prendre la meilleure décision possible en fonction de ses objectifs. Toutefois, le comportement réel de l'individu s'éloigne indéniablement des exigences d'une telle rationalité. Simon a identifié trois raisons expliquant ce phénomène⁵: L'imperfection de la connaissance, les difficultés d'anticipation, le champ des comportements possibles. Le modèle de Rationalité limitée qui puise principalement ses origines dans les travaux de Simon, qui estime que les décisions prises au sein d'une organisation ne peuvent jamais être complètement rationnelles parce que les membres de l'organisation n'ont que des capacités limitées en matière de traitement de l'information⁶. La recherche d'information est alors guidée par des heuristiques, ou simplifications cognitives, utilisées pour simplifier le processus de décision. Ces heuristiques décisionnelles réfèrent à des procédures fondées sur l'intuition, l'expérience et des cas décisionnels similaires⁷. Le modèle politique qui considère la décision comme le produit d'un d'un jeu d'acteurs défendant leur vision et leurs intérêts⁸. Ce dernier, reconnaît que les décideurs peuvent avoir leurs propres projets, avec des besoins et des perceptions propres. Par conséquent, le processus de décision devient⁹ : un cycle de marchandage et de négociation entre les parties prenantes ; basées sur des asymétries d'informations causées par l'envie de

¹HARRISON, Frank. *A process perspective on strategic decision making*. *Management Décision*, Vol.34 Iss 1, p. 46 -53

²SFEZ, Lucien. *La décision*. Paris: édition PUF, 1988, p. 77.

³MINTZBERG, Henry., RASINGHANI, Duru., THEARET, Andre. *The structure of unstructured decision processes*. *Administration Science Quarterly*, 1976, Vol. 21, n°2, p. 246-275

⁴BAAZIZ, Abdelkader. *contribution de la réduction des risques liés aux décisions stratégiques dans les nouveaux environnements concurrentiels incertains : cas des entreprises publiques algériennes*. Thèse de Doctorat, Sciences de l'Information et de la Communication, France : Université D'AIX-MARSEILLE, 2015, p. 152.

⁵BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 103.

⁶BAAZIZ, Abdelkader. *Op.cit.*, p. 151.

⁷BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 104.

⁸Ibidem

⁹BAAZIZ, Abdelkader. *Op.cit.*, p. 152-153.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

chacun des décideurs de réaliser son propre projet. L'hypothèse de base de cette théorie est que le système est composé de plusieurs groupes d'intérêt qui ont des demandes différentes. Il est donc supposé que les décisions sont prises grâce à des coalitions de groupes d'intérêts et que chaque coalition potentielle exerce un certain contrôle potentiel sur le système¹. Enfin, le modèle de la poubelle qui est celui de « l'anarchie organisée », où « *La prise de décision se fait dans une rencontre stochastique de choix à la recherche de problèmes, des problèmes à la recherches de choix, des solutions à la recherches de problèmes, et des décideurs à la recherche de quelque chose à décider*² ». Elle est assimilée à une poubelle, dans laquelle les décideurs se déchargent des questions, des solutions et des problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent³. Dans ce modèle, une décision reflète ainsi l'interpénétration de quatre courants relativement indépendants à l'intérieur de l'organisation: les problèmes, les solutions, les participants et les occasions de choix⁴.

Ces modèles sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau n°03 : Synthèse des modèles décisionnels selon Lauriol, 1998.

	Rationalité / Rationalité Limitée	Politique et Behavioriste	Modèle de la poubelle
Contribution clef	Coexistence de deux rationalités	Influence des facteurs politiques et organisationnels	Ambiguïtés, pas de causalités évidentes
Conception de l'organisation	Boîte noire	Coalition en opposition	Anarchie organisée
Participation	Hiérarchique	Négociation / Pouvoir	Fluide
Buts Intentions	Se construisent dans l'action	Conflictuels multiples	Ambigus
Processus de choix	Résolution de problèmes	Résolution de conflits	Rencontres fortuites entre problèmes, solutions et participants

Source : GUEGUEN, Gaël. *Cours n°1 La décision stratégique*[en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sciencesdegestion.com/elearning...> (consulté 28/07/2016)

II-1-1-2 Les caractéristiques de décision en santé

La décision en santé revêt certaines spécificités pratiques qu'il n'est pas inutile de souligner et qui justifient une attention particulière. En effet, la prise de décision se caractérise, en matière de santé par⁵ :

¹ BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 105.

² EISENHARDT, Kathleen., ZBARACKI, Mark, *Strategic decision making. Strategic Management Journal*, December 1992, Vol.13, p. 17-37.

³ BAAZIZ, Abdelkader. *Op.cit.*, p. 157.

⁴ COHEN, Michael., JAMES, March., JOHAN, Olsen. *A Garbage Can Model of organizational Choice. Administrative Science Quarterly*, 1972, vol. 17, n°1, p. 1-25.

⁵ TABUTEAU. Didier, *La décision en santé. Revue Santé Publique*, 2008, Vol. 20, n°4, p. 297-312.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

- **La part de l'incertitude :** Que ce soit pour le médecin dans son activité quotidienne ou pour les autorités de santé publique notamment en matière de sécurité sanitaire la décision doit, le plus souvent, être prise au vu d'informations partielles, de données incomplètes et d'interrogations multiples.
- **La complexité de l'organisation sanitaire :** la question du pilotage du système de santé est, en outre, restée implicite où les acteurs du système de santé sont également beaucoup plus variés que dans bien des secteurs (acteurs publics et sociaux, secteur commercial, secteur privé à but non lucratif, cabinets libéraux), on peut comprendre que les circuits de décision soient plus complexes.
- **La place de l'urgence et l'obligation d'agir :** Le système de santé est par nature confronté aux difficultés de la prise en charge du risque vital et immédiat. La décision, qu'elle soit positive ou négative, active ou passive, est susceptible d'avoir des conséquences pour la santé des personnes et engage donc la responsabilité du décideur.
- **La forte composante émotionnelle :** Parce que la décision concerne par définition la santé et, le cas échéant, la vie d'êtres humains, elle intervient dans un contexte tel que la composante psychologique et émotionnelle y est particulièrement forte. Les conséquences en sont patentes en matière de santé publique mais cette situation explique également les réactions souvent vives, parfois apparemment irrationnelles, suscitées par les décisions de politique de santé, de gestion hospitalière ou de remboursement des soins.
- **La prééminence de l'individu dans le processus de décision :** le caractère intime des questions de santé donne à l'individu une place déterminante dans la prise de décision. On ne peut, sauf exceptions, imposer de soins à une personne. Les autorités ont également une obligation d'information et de rappel des personnes exposées à un risque. Mais cette autonomie sous « influences » de l'individu se retrouve dans les choix de santé publique. Le comportement individuel est, on le sait, un déterminant majeur de l'état de santé. L'influence de la culture, de la publicité, des messages d'information est, comme les contraintes économiques, un facteur primordial des décisions de prévention, d'adaptation des comportements et de recours aux soins. Enfin, l'individu détermine, en partie, par son attitude face au système de santé l'efficacité des politiques publiques menées, par exemple en matière de prévention et de dépistage, mais aussi l'évolution des dépenses, dans la mesure où il a la capacité de

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

provoquer des remboursements en décidant de consulter ou en exerçant une pression sur les praticiens.

II-1-1-3 Les types de décision

Le mécanisme de prise de décision est différent selon les situations. Il peut y avoir des décisions programmables qui font référence à peu de paramètres en général facilement identifiables, avec des procédures formalisées de résolution, et des décisions non programmables plus ou moins structurées¹. Herbert Simon a proposé une classification selon le degré de répétition, et il suggère que tous les types de décision peuvent être classés selon deux catégories²: Les décisions programmées ce sont généralement des décisions structurées, sont qualifiées par répétitive (le même processus de décision se répète dans le temps) et routinière³. En milieu hospitalier, il s'agit de décision administrative à l'exemple de gestion du personnel. Les décisions non programmées : ce sont qualifiées de complexe, chaque décision de ce type est unique et nouvelle, elle demande une solution personnalisée⁴. A l'hôpital, il s'agit des décisions médicales individuelles prises par les professionnels puisque chaque jour traitent des nouveaux cas.

Ignor Ansoff, a proposé une autre classification en se basant sur l'implication managériale, sa classification comporte trois classes de décision : les décisions stratégiques, les décisions tactiques et les décisions opérationnelles⁵. En santé, Pineault a également mentionné la pertinence d'analyse des organisations de santé en trois niveaux stratégique, tactique et opérationnel⁶. Les décisions stratégiques concernent les décisions prises pour le long terme qui déterminent la politique générale et les grandes orientations de l'organisation donc qui conditionnent son avenir. Les décisions tactiques concernent les décisions prises à moyen terme qui assurent la liaison entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel, garantissant ainsi la cohérence des actions menées et l'atteinte des objectifs fixés au niveau stratégique. Le niveau tactique est important pour l'adaptation de la stratégie au contexte. Les choix ont déjà été faits par rapport aux stratégies à suivre, il s'agit de structurer et de

¹RAKOTONDRAAIVO, Auguste. *Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé. Application au réseau régional de cancérologie Oncolor*. Thèse Du Doctorat, Génie des Systèmes Industriels, LORRAINE : Institut National Polytechnique de Lorraine, juin 2006, p. 59.

²ASEMI, Asefeh., SAFARI, Ali., ASMI ZAVAREH, Adeleh. *The Role of Management Information System (MIS) and Decision Support System (DSS) for Manager's Decision Making Process*. *International Journal of Business and Management*, July 2011, Vol. 06, n°7, p. 164-173.

³ ibidem

⁴Innovation academy. Decision processes. Disponible sur: <http://www.aouq8.com/vb/attachments/4413/>. (consulté le 27/05/2016)

⁵INGHAM, Marc., PHILIPPE, De Woot., KOENIG, Gérard. *Management Stratégique et Compétitivité*. Paris: De Boeck-Wesmael, 1995, p. 24.

⁶RAKOTONDRAAIVO, Auguste. *Op.cit.*, p. 59.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

programmer les activités et les ressources pour atteindre les objectifs fixés. Ces décisions concernent le management intermédiaire. Enfin, les décisions opérationnelles qui sont les décisions routinières, expliquées par des règles, des méthodes et des procédures mises en place à l'avance. Elles concernent le management à faible niveau¹.

Ces trois catégories de décisions diffèrent non seulement par leur horizon, mais aussi par le niveau de responsabilité des décideurs et par le niveau d'agrégation des informations utilisées². A cet effet, à l'hôpital, l'importance d'une décision à trois critères principaux³ : la décision engage-t-elle l'établissement pour une longue durée ? Ou, si l'on préfère, est-elle difficilement réversible ? La décision constitue-t-elle un enjeu financier important ? La décision remet-t-elle en cause des positions tenues par des acteurs importants de l'hôpital?

II-1-2 Le processus de prise de décision

Plusieurs théories en sciences de gestions considèrent que la décision suit un processus pour prendre une décision, il y a plusieurs étapes logiques qui s'ensuivent, avant de présenter ces étapes nous allons présenter dans un premier lieu les définitions et les caractéristiques du processus de prise de décision.

II-1-2-1 Définitions et caractéristiques du processus de prise de décision

La prise décision est un processus constitué d'étapes réalisées pour déterminer les orientations, identifier des solutions, évaluer les cours des actions, et mettre en œuvre un plan adéquat. « *Le processus décisionnel est décrit comme une série d'étapes qui commence par la production et l'analyse de l'information et abouti à la résolution, à savoir une sélection parmi plusieurs alternatives disponibles* »⁴, d'auteurs auteurs, considèrent le processus de prise de décision comme « *un ensemble d'actions de facteurs dynamiques qui débute par l'identification d'un stimulus précipitant l'action qui se termine par un engagement spécifique pour l'action* »⁵.

Dans les organisations hospitalières, le processus de prise de décision représente certaines caractéristiques à savoirs :

- La décision à l'hôpital public est un art difficile, exercé par une coalition de dominants: les directeurs et les médecins qui prennent des décisions ou influent sur

¹Innovation academy. Decision processes. Disponible sur: <http://www.aouq8.com/vb/attachments/4413/>. (consulté le 27/05/2016)

²RAKOTONDRANAIVO, Auguste. *Op.cit.*, p.60.

³AUBERT, François, Jérôme. *Op.cit.*, p. 39.

⁴EILON, Samuel. *What is a Decision? Management science*, December 1969, Vol. 16, n°4, p. 172-189.

⁵GUERARD, Stéphane. *Les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision dans les régies régionales de la santé et des services sociaux*. Mémoire Maîtrise (M.Sc.), Science de gestion, MONTREAL : Ecole des hautes études commerciales de Montréal (HEC), 2003, p. 15.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

des décisions au sein d'une organisation extraordinairement complexe. Cette dernière, prise après de nombreux filtres et avis, la décision tient généralement compte des arguments et idées de bonne qualité¹.

- Le processus de décision à l'hôpital présente ainsi des similitudes avec les modalités d'exercice de la décision utilisées dans d'autres types d'organisations du fait, qu'il est pris dans une organisation où le pouvoir est distribué entre de nombreux acteurs qui ne dépendent pas directement les uns des autres². De plus il est caractérisé par le grand nombre d'instances consultatives et la complexité du cheminement des propositions. Ces éléments sont souvent imparfaitement maîtrisés par les acteurs eux-mêmes. Certains médecins notamment connaissent relativement mal les circuits de décision de l'hôpital. Les directeurs assurent auprès d'eux un rôle de pédagogie administrative³.

II-1-2-2 Les étapes du processus de prise de décision en milieu hospitalier

Pour prendre une décision, il faut suivre plusieurs étapes, où la décision représente l'une des étapes de ce processus. Bien que dans la littérature il ya plusieurs modèles proposés par plusieurs théoriciens et chercheurs mais, la décision, suit un processus qui dépend des décideurs, de la nature et de l'urgence de cette dernière. Schwenk, a présenté les étapes de prise de décision selon plusieurs auteurs dans le tableau suivant :

Tableau n° 04 : Les phases du processus de décision selon Schwenk

Hofer et Schendel (1978)	Minzberg et al. (1976)	Glueck (1976)	Mazzolini (1981)	Modèle général
1- Identification de la stratégie 2-Diagnostic d'environnement 3- Analyse des ressources 4- Analyse d'écart 5- Solutions stratégiques 6-Évaluation de la stratégie 7- Choix de la Stratégie	1- Phase d'identification -Reconnaissance d'un besoin de décision - Diagnostic 2- Phase d'élaboration - Recherche - Conception 3-Phase de choix - Examen - Évaluation - Autorisation	1- Évaluation (détermination des menaces et opportunités d'environnement, avantage comparatif de l'entreprise) 2- Choix, phase 1 considérer les solutions stratégiques 3- Choix, phase 2 choix de la stratégie 4- Mise en œuvre 5- Évaluation	1- Identification d'un besoin de décision 2- Recherche de Solutions d'action 3- Analyse des Solutions d'action 4- Revue et approbation 5- Mise en œuvre	1- Définition du but, identification du problème 2- Énoncé de solutions stratégiques 3-Évaluation des choix 4- Mise en œuvre

Source : BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 67.

¹AUBERT, François, Jérôme. *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin*. Thèse de Doctorat. Science politique, BORDEAUX : Université de BORDEAUX, 2014, p. 10.

²*Ibid.*, p. 43.

³*Ibid.*, p. 125.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

D'après la lecture de ce tableau, nous constatons que le processus de décision débute par l'identification d'un besoin ou d'un problème et finit par la mise en œuvre de la solution retenue.

Toutefois, le processus de décision à l'hôpital se déroule dans un cadre global complexe, ce dernier comprend deux étapes comme suit¹: La première est la délibération préalable à la décision: processus de consultation, concertation, demande d'avis. La seconde est la prise de décision elle-même, assurée par un ou des acteurs. Cependant, pour qu'il y ait décision, il faut au préalable une délibération. Cette délibération peut être individuelle: un acteur peut délibérer, seul face à lui-même, en sopesant des arguments en faveur ou en défaveur de telle ou telle décision, comme elle peut être collective. En effet, le processus complet de décision est la délibération et prise de décision. La délibération et la décision sont assurées au sein de plusieurs instances, et la prise de décision, prérogative détenue dans la plupart des cas par le chef d'établissement, est étroitement dépendante de la préparation de la décision par différentes consultations et informations². En fait, le processus de délibération à l'hôpital, qui valorise l'échange argumentatif et les solutions tenant compte des contributions de nombreux acteurs, crée une lenteur et une complexité certaines. Une prérogative de décision plus affirmée donnée à l'un des acteurs serait un gage de simplicité. Ce dernier, tient compte des contributions argumentatives des différents acteurs³. Ce processus complexe, qui organise de façon subtile l'influence des acteurs les uns par les autres, tend à faire assumer à chaque instance et à chaque individu une part de la responsabilité de la décision prise *in fine* par le directeur, ce processus articulé de façon complexe, s'il prend en compte subtilement les équilibres de pouvoir spécifiques de l'hôpital public, présente cependant des faiblesses⁴.

En milieu hospitalier, la décision est arrêtée après un processus dont on ne connaît pas à l'avance le passage de la délibération à la phase de décision. Le déroulement est le suivant : le président de séance, responsable de la distribution de la parole, mène les débats. Il attend que le moment semble propice, une fois que la plupart des arguments importants semblent avoir été échangés et évalués ; puis, il formule une proposition. Si cette proposition ne rencontre aucune opposition, elle devient une décision. Si au moins une opposition est émise, la proposition est réputée rejetée. Il faut alors recommencer la phase de débat, puis de proposition⁵. Chacun des acteurs peut donc arrêter la décision: «*Lorsqu'une proposition est*

¹FRANÇOIS, Jérôme Aubert. *Op. cit.*, p. 28.

²*Ibid.*, p. 33.

³*Ibid.*, p. 42.

⁴*Ibid.*, p. 119.

⁵*Ibid.*, p. 127.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

émise, elle est susceptible soit de valoir décision, si personne ne la conteste, soit de n'être que l'une des étapes de formation de la proposition finale, si elle est contestée. La phase finale du processus de décision n'est pas établie à l'avance. Le fait qu'une proposition soit la dernière et vaille décision n'est su que rétrospectivement, quand on a constaté l'absence d'opposition »¹. Il y a en effet continuité entre délibération et décision. Ce type de processus de décision est associé à l'idée que la qualité de la décision dépend de la prise en compte des points de vue de tous les acteurs.

Après avoir présenté les étapes de prise de décision à l'hôpital qui est constitué de deux phases qui sont la délibération et la décision, il est apparait essentiel de présenter le modèle qui correspond dans la littérature à ce dernier. Ce modèle, est celui de Mintzberg et autres qui est représenté principalement selon trois étapes: phase d'identification (détection d'un problème ou d'une opportunité ; diagnostic) ; phase de développement (conception ou recherche de solutions) ; sélection d'une solution, ces dernières sont résumées comme suit :

La reconnaissance de l'existence d'un problème consiste à reconnaître en premier lieu un écart entre la situation telle que perçue et ce qu'elle devrait être, de l'avis des décideurs. Par la suite, le décideur effectue un diagnostic plus ou moins formel de la situation, afin d'en clarifier les enjeux. Cette étape constitue, l'étape la plus importante, puisqu'elle orientera en grande partie, quoique généralement implicitement, les choix qui seront faits par la suite². Le diagnostic est un art, mais une procédure ordonnée, qui peut être accélérée dès lors que le décideur a une pleine connaissance des fonctions et des logiques du système. L'individu, à l'origine du diagnostic, peut devenir lui-même une partie du système, en raison de l'interaction mutuelle qui existe entre lui et le système investigué³. Dans la phase de développement des solutions, le décideur cherche, en y mettant plus ou moins d'efforts, des solutions existantes; à défaut d'en trouver une qui lui semble acceptable, il cherche à en créer une nouvelle ou modifie des solutions existantes pour résoudre le problème. Dans ce deuxième cas, le processus devient plus complexe et peut être itératif, le décideur partant d'une vague idée de ce que pourrait être la solution et incorporant graduellement divers éléments de solution provenant de recherches ou de réflexions additionnelles, opération qui peut être répétée plusieurs fois avant que la solution désirée soit atteinte⁴. Cette phase concerne l'ensemble des activités qui conduisent au développement de solutions visant à

¹ Ibidem

² GIRARD, Diane. *Le souci d'autrui dans la prise de décision des gestionnaires*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D, en Administration, MONTREAL : HEC MONTREAL, 2013, p. 39.

³ BÉRARD. Céline. *Op.cit.*, p. 69.

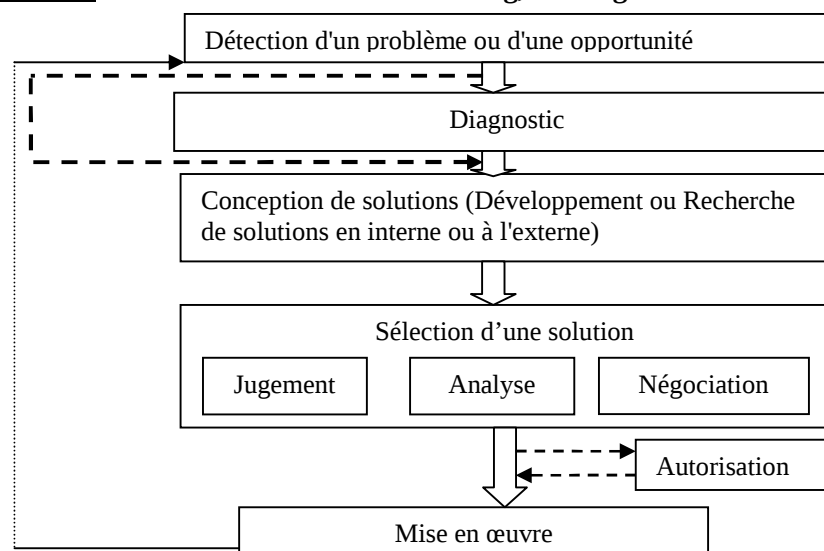
⁴ GIRARD. Diane. *Op.cit.*, p. 40.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

résoudre le problème identifié : Selon Mintzberg et autres, les solutions peuvent être soit trouvées, soit conçues. Initialement, les décideurs recherchent dans leurs expériences passées, ou dans leur organisation, les solutions potentielles. Dès lors que cette recherche n'est que peu concluante, les solutions doivent être conçues. Plus précisément, la conception est utilisée pour développer des solutions personnalisées ou pour modifier les solutions déjà existantes. Il s'agit d'une procédure complexe et itérative, qui implique des cycles de conception et de recherche, qui débute avec une vague image de la solution idéale¹.

La dernière phase est la sélection de la solution appropriée, à partir de l'analyse des diverses alternatives. Toutefois, dans le cas où un processus itératif aura été utilisé pour développer une nouvelle solution ou en adapter une existante, une certaine sélection aura déjà été faite à chaque répétition et diverses alternatives auront déjà été écartées. Par ailleurs, plutôt que d'analyser toutes les alternatives en détail, le décideur peut effectuer une présélection rapide, éliminant les alternatives qui lui semblent non réalisables, avant de se consacrer à une analyse plus approfondie des autres alternatives². Toutefois, pour aboutir au choix, le décideur peut recourir à des approches analytiques et/ou à un jugement fondé sur son intuition et son expérience, dépendamment de la complexité de la situation décisionnelle. En outre, lorsqu'il y a plusieurs décideurs avec des préférences conflictuelles, les individus s'engagent dans des négociations³, comme le cas de l'hôpital. Ces étapes sont présentées dans la figure suivante :

Figure 07 : Modèle décisionnel de Mintzberg, Raisinghani et Théorêt (1976)



Source : BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 75.

¹BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 70.

²GIRARD, Diane. *Op.cit.*, p. 40.

³BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 378.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

II-1-2-3 L'information matière première dans le processus de prise de décision

Pour mener un processus de prise de décision rationnel, il faut préalablement se baser sur une information complète. Selon Laudon, K et Laudon, J « *le terme information recouvre les données qui sont présentées sous une forme utile et utilisable par les personnes* »¹. En effet, « *l'information comprend des données qui sont intégrées dans un contexte particulier afin de les mettre en valeur pour certains utilisateurs finals* »². En revanche, il existe plusieurs types de l'information qui sont proposées par les auteurs en se basant sur des critères divers à savoir: les sources formelles, informelles, les sources primaires et secondaires...etc. Les informations formelles sont les plus ouvertement consultables et accessibles. Ces dernières prennent généralement la forme de documents écrits, quel que soit le support de ces documents à l'exemple presse professionnelle ou grand public, dépôt de brevet ...etc. Donc ces informations sont ainsi de nature documentaire. Par contre l'essentiel des informations informelles est orale, et sont des informations échangées lors de manifestations scientifiques ou professionnelles à l'occasion des séminaires, réunions professionnelles³...etc. les sources primaires recueillent des informations qui n'ont été altérées ou interprétées, des sources « de première main ». Ce sont par exemples : les rapports annuels qui contiennent des faits et statistiques, les brevets, les discours et la plupart des données et informations publiées par des autorités publiques. Par contre, les sources secondaires apportent une interprétation des informations primaires à l'exemple des articles spécialisés, toutes ces informations en provenant auront besoin d'être confirmées, validées et analysées⁴.

Pour maintenir sa valeur, l'information doit répondre principalement à trois conditions⁵ :

- La dimension temporelle : une information de qualité, c'est celle qui permet la prise de décisions adéquates. Pour ce faire, elle doit d'abord être *ponctuelle, actuelle* ou *d'actualité*, mais aussi *accessible* aussi *fréquemment* qu'on en aura besoin. Enfin, il faut souligner l'importance de l'horizon temporel sur lequel porte l'information dans la prise de décision.

¹LAUDON, Kenneth., LAUDON, Jane., FIMBEL, Eric., et al. *Op.cit.*, p. 14.

²O'BRIEN, James. *Les systèmes d'information de gestion. La perspective du gestionnaire utilisateur*. Saint-Laurent, Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc. 1995, p. 21.

³LENDREVIE, Jaques., LEVY, Julien., LINDON, Denis. *Mercator*. 7^e éd. France : Edition Dalloz, 2003, p. 219-220.

⁴BERTRAND, Delecroix. *La mesure de la valeur de l'information en intelligence économique, Application à la mise en place de solutions pour accroître la plus-value d'information élaborée dans le contexte d'un intranet*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Information et de la communication, PARIS : Université de MARNE-LA-VALLEE, 2005, p. 66.

⁵O'BRIEN, James. *Op.cit.*, p. 341-342.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

- Le contenu : l'information doit être fiable, exacte et *pertinente, complète* ou *exhaustive* et *concise* afin de répondre à un besoin bien déterminé dans un contexte donné.
- La forme : cet attribut se rapporte notamment à la *clarté* de l'information et à son *organisation* qui permettent une meilleure compréhension.

II-1-3 Les facteurs de contingence en milieu hospitalier

Les décisions prises au sein des organisations hospitalières sont influencées par des facteurs de contingence. Ces facteurs sont des éléments internes ou externes qui agissent sur la prise de décision et sur sa mise en œuvre. Pour cela, l'organisation hospitalière doit s'adapter à ces facteurs de contingence, qui sont évolutifs et, très souvent, de nature imprévisible.

II-1-3-1 Le pouvoir

La problématique de la décision et des buts de l'organisation soulève la question du rôle des cadres: « *Dans une organisation, le personnel d'encadrement participe à la réalisation des objectifs de cette organisation, dans la mesure où il influence les décisions des exécutants* »¹. Par conséquent, un processus de décision qui négligerait l'influence des acteurs en présence serait vouée à l'échec. Les acteurs ne se valent pas, que ce soit au plan de la reconnaissance institutionnelle (statut, diplômes, relations, etc.) ou des qualités personnelles. À l'hôpital, les différenciations entre acteurs et en particulier entre directeurs et médecins ne permettent pas d'élaborer des décisions en fonction d'une stratégie établie, la décision n'est que le produit d'un équilibre momentané des forces en présence. Le directeur général, qui a ce pouvoir de décision, recherche avant tout un consensus à court terme afin de satisfaire les tutelles et le centre opérationnel. La manipulation est le maître mot dans cette pratique décisionnelle : il s'agit de faire pression de manière assez forte et convaincante afin d'obtenir une décision favorable à son unité. C'est une attitude réactive et non réflexive qui met en péril la cohésion globale de l'hôpital².

II-1-3-2 L'environnement

Pour Henry Mintzberg, l'environnement comprend virtuellement tout ce qui est situé en dehors de l'organisation: sa technologie (le savoir qu'elle utilise), la nature de ses produits, les clients et les concurrents, la distribution géographique de ses activités, le climat

¹FIOL, Michel., SOLE, Andreu. *Quelles relations entre science de l'organisation et management ? Penser la contribution de H.A. Simon.* In : TARONDEAU Jean-Claude. *Les constructeurs du management de la conduite des hommes à la stratégie d'entreprise.* Paris: Lavoisier FNEGE, Juillet 2004, p. 6.

²BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew.* Mémoire de magister en management, ORAN: Université D'ORAN, FSEGC, 2012, p. 25.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

économique, politique et même météorologique dans lequel elle fonctionne¹,...etc. Donc l'environnement représente le facteur de contingence externe. L'organisation hospitalière a tendance à se comporter comme une organisation fermée vis-à-vis de son environnement. Cela se manifeste de trois façons²: L'environnement est perçu comme une contrainte, les membres de l'organisation ont une attitude réactive et l'organisation est centrée sur elle-même. L'hôpital a trop souvent tendance à considérer son environnement comme hostile, selon Mintzberg, cette hostilité est « *une variable proche de la dimension de stabilité dynamisme, en ce sens que les environnements hostiles sont en général dynamiques [...] : les environnements hostiles exigent généralement des réactions rapides de la part des organisations* »³. En milieu hospitalier, l'environnement est perçu à la fois comme un élément de contrainte forte, mais aussi comme la seule possibilité d'obtenir des ressources supplémentaires. Ce penchant est accentué par la place et le rôle dévolus à la direction générale, ainsi que par l'émiettement du centre opérationnel en un nombre important de services médicaux dotés d'une large autonomie quant à la gestion de leurs relations extérieures⁴. Au sein de ce dernier, les acteurs entre autre médecins et directeurs ont une conception divergente de l'environnement. Ainsi, les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, les professionnels de santé extérieurs. Alors que les directeurs dans leurs relations avec la tutelle administrative, politique, les organismes de financement sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution. Le groupe des médecins et celui des directeurs n'ont pas la possibilité d'affirmer l'un sur l'autre un leadership. Ils mènent alors des luttes d'influence dans laquelle les autres groupes d'acteurs constituent un enjeu⁵. Selon Crémadez, l'environnement de l'hôpital est spécifique de fait qu'il est un environnement concurrentiel dans la mesure où l'hôpital n'est pas le seul agent du système de santé et n'a pas l'exclusivité de l'ensemble des activités qu'il assure. Cette concurrence se manifeste d'une manière d'autant plus hétérogène que l'hôpital embrasse un champ d'activités plus large. Chaque activité n'est pas soumise aux mêmes formes de concurrence, à la même intensité concurrentielle, de plus la composition de la concurrence varie suivant la situation géographique de l'établissement. C'est un environnement professionnel caractérisé par l'acceptation, par ses principaux acteurs. Ce

¹MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 246.

²DROUARD, Stéphane. *Emergence et robustesse dans les projets de changement, Approche des secteurs santé et entreprise*. Thèse Doctorat en Génie des systèmes industriels, NANCY : Ecole Nationale en Génie des Systèmes Industriels 2006, p. 16.

³MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 247

⁴CREMADEZ, Michel. *Op.cit.*, p. 42.

⁵BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Op.cit.*, p. 23.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

dernier est marqué par ¹ : la présence de prescripteurs qui jouent un rôle déterminant dans l'orientation des patients vers telle ou telle structure de soins ; la couverture du risque maladie qui, dans la majorité des cas, élimine la variable prix du jeu concurrentiel direct ; une faible standardisation des *process* qui s'oppose à la présence de technologies de plus en plus lourdes.

Quant aux caractéristiques de l'environnement, on met l'accent principalement sur la stabilité et la complexité de ce dernier présentées brièvement comme suit : l'environnement d'une organisation peut aller du plus stable au plus dynamique. Comme le soutient Mintzberg, « *un environnement stable est celui dans lequel une organisation peut prédire les conditions dans lesquelles elle se trouvera ; donc, toutes choses étant égales par ailleurs, elle peut isoler son centre opérationnel et en standardiser les activités ou peut-être standardiser les qualifications* »². En effet en milieu hospitalier l'environnement est stable pour que ces compétences aient pu être bien définies, en fait standardisées³. En revanche, l'environnement est marqué par plusieurs facteurs d'évolution : Une exigence pressente de réduire les coûts hospitaliers, la pression des patients dont les nouvelles revendications portent plus fortement sur la qualité, la transparence et la mise à disposition d'indicateurs de résultats et les pressions des professionnels pour améliorer les conditions de travail. L'environnement peut également aller du plus simple au plus complexe. Il est simple lorsque le savoir requis peut être rationalisé, décomposé en éléments compréhensibles. Il est complexe s'il exige de l'organisation la possession d'un savoir étendu et difficile sur les produits, les clients,...etc. La complexité de l'environnement entraîne la décentralisation de la structure⁴. Dans les organisations hospitalières, l'environnement est complexe pour requérir l'utilisation de procédures dont l'apprentissage exige des années consacrées exclusivement à la formation⁵.

A cet effet, le contexte environnemental joue un rôle prédominant au regard des processus décisionnels: la nature de l'environnement peut avoir des répercussions sur le type de décisions, sur les objectifs, sur le type d'évaluation des alternatives, ou encore sur l'horizon temporel⁶.

La décision est un acte qui se présente durant toute la vie d'une organisation y compris l'organisation hospitalière. Cette décision est influencée par des facteurs importants qui sont le pouvoir et l'environnement.

¹CREMADEZ, Michel. *Op.cit.*, p. 45-46.

²MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 247.

³*Ibid.*, p. 324.

⁴*Ibid.*, p. 247.

⁵*Ibid.*, p. 324.

⁶BÉRARD, Céline. *Op.cit.*, p. 122.

II-2 Le système d'information en milieu hospitalier

L'information est considérée comme la matière première du processus de prise de décision, et pour exploiter rationnellement cette dernière est apparue la nécessité de disposer d'un véritable système d'information qui permet de fournir en temps opportun l'information nécessaire et pertinente. La présentation du concept du SIH, nécessite un retour sur la définition générale du système d'information pour aborder par la suite cette notion dans le cadre des établissements de santé.

II-2-1 Le système d'information en organisation

Pour définir le système d'information il est nécessaire de mettre l'accent sur les concepts qui le compose.

II-2-1-1 Le système

Selon le père fondateur de la théorie générale des systèmes Von Bertalanffy, le système est « *Un ensemble en rapport d'échanges réciproque avec un environnement, ces échanges lui assurant une certaine autonomie. Ensemble formé de sous-systèmes en interaction, cette interdépendance lui assurant une certaine cohérence. Un ensemble subissant des modifications plus ou moins profondes dans le temps tout en conservant une certaine permanence* »¹.

Selon Joël de ROSNAY, le système est « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but* »².

Selon Edgar MORIN, un système constitue « *une unité globale, organisée d'interrelations entre éléments, actions, individus* »³.

Selon Bernard WALISER, « *Un système est un ensemble en rapports réciproques avec un environnement, ces échanges lui assurant une certaine autonomie. Un ensemble formé de sous-systèmes en interaction, cette indépendance lui assurant une certaine cohérence. Un ensemble subissant des modifications plus ou moins profondes dans le temps, tout en conservant une certaine permanence* »⁴.

Selon J W LAPIERRE, Le système est « *un ensemble organisé de processus liés entre eux par un ensemble d'interactions à la fois assez cohérent et assez souple pour le rendre capable d'un certain degré d'autonomie* »⁵

¹VON BERTALANFFY, Ludwig. *Théorie générale des systèmes*. Paris : Dunod, 1968, p. 53.

²LUGAN, Jean-Claude. *Cours approche systémique des organisations de formation : théories, modélisation, applications : éléments théoriques et modélisation systémique*. Université Toulouse 1, 2005.

³Ibidem

⁴Ibidem

⁵Ibidem

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

En effet, quatre concepts sont fondamentaux pour comprendre ce qu'est un système :

- L'interaction : se veut l' « *action réciproque modifiant le comportement ou la nature des éléments d'un système* »¹ ;
- La totalité : un système est considéré comme un « *tout non réductible aux parties qui le composent* »² ;
- L'organisation : « *agencement de relations entre composants* »³ à double aspect, c'est-à-dire à la fois structurelle et fonctionnelle ;
- La complexité : dont le degré dépend du nombre de ses éléments et des types de relations qui existent entre ces éléments eux-mêmes. À cette dernière notion sera lié le caractère spécifique d'un système donné, de même que son apport informatif plus ou moins important.

II-2-1-2 L'information

L'information représente l'élément clé d'un système d'information, en plus de la définition donnée par Laudon, K et Laudon, J, l'information représente « *un ensemble des données, qui sont reçues par un être humain qui l'interprète. C'est aussi un élément de connaissance susceptible d'être codé pour être conservé, traité ou communiqué* »⁴. Il s'avère donc, important d'éliminer certaines confusions entre l'information, donnée et connaissance à travers les définitions suivantes: Les données « *sont des valeurs à l'état brut représentant des événements qui ont lieu dans ou en dehors des organisations* »⁵. De même, l'information se différencie d'une donnée dans la mesure où elle remplit un rôle. Une donnée est brute et n'a pas de dimension, alors qu'une information a un sens spécifique⁶. La donnée devient une information lorsqu'elle est contextualisée⁷. Par contre, la connaissance, pour Nonaka, Toyama Toyama et Kanno, « *Est un processus dynamique créé à travers une interaction sociale entre individu et organisation. La connaissance est spécifique à un contexte* »⁸. Pour mieux clarifier les concepts: donnée, information et connaissance, on les présente dans le tableau suivant :

¹LAVOIE, Anne. Le texte : *Système informationnel ouvert*. Mémoire de Maîtrise, en études littéraires françaises, QUÉBEC: L'université du QUÉBEC À CHICOUTIMI, 1987, p. 12.

²Ibidem.

³Ibidem.

⁴MAHARRAR, Amina. *La mise en place d'un système d'information formalisé dans les entreprises algériennes*. Mémoire de Magister, Science de Gestion, TLEMCEM : Université Abou Bekr Belkaid de Tlemcen, FSECSG, 2014, p. 9.

⁵LAUDON, Kenneth., LAUDON, Jane., FIMBEL, Eric., et al. *Op.cit.*, p. 14.

⁶BAELEN, Michel. *Le management stratégique hospitalier: Contribution à la modélisation du cas de l'Hôpital Universitaire*. Thèse de doctorat, Sciences de gestion, LILLE 1 : Université des sciences et technologies de LILLE, 1996, p. 58

⁷PAQUET, Philippe. *De l'information à la connaissance. Chier de recherche*, 2006, n°1, p. 1-23.

⁸NONAKA, Ikujiro., TOYAMA, Ryoko., KONNO, Noboru. *SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. Long range Planning*, 2000, n°33, p. 5-34.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

Tableau n°05 : Donnée, Information et Connaissance : Définitions

Donnée	« une constatation du réel effectuée à l'aide de symboles susceptibles d'être compris par l'être humain »
Information	« l'information a pour origine la donnée. Le passage de l'une à l'autre résulte d'un mécanisme d'interprétation des données par une personne ou un groupe qui va conduire à ajouter du sens à une donnée ».
Connaissance	« Le passage de l'information à celle de connaissance s'opère au travers d'un mécanisme de cognition des informations »

Source : CHEKKAR, Rahma., LABARDIN, Pierre. *De l'information comptable à la connaissance financière : des années 1670 à nos jours. Comptabilité et connaissances*. In : Actes du 26^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Lille, May 2005, p. 1-17

Par conséquent, au sein de l'hôpital selon les acteurs, la conception de l'information est diversement perçue ainsi: Pour le personnel soignant, l'information constitue l'essence de leurs métiers, car les informations recueillies sur les patients vont leur permettre une meilleure orientation diagnostique et thérapeutique. Pour les managers, les informations recueillies sur les malades constituent l'outil de pilotage de la politique de l'établissement¹.

II-2-1-3 Définitions du SI

La définition du système d'information varie selon les auteurs. Selon Laudon K et Laudon J, le système d'information est « un ensemble de composantes inter reliées qui recueillent de l'information, la traitent, la stockent et la diffusent afin d'aider à la prise de décision, à la coordination et au contrôle au sein de l'organisation »². Pour Robert Reix, le système d'information est un « ensemble organisé de ressources : matériel, logiciel, personnel, données, procédures... permettant d'acquérir, de traiter, de stocker des informations (sous forme de donnée, textes, images, sons, etc.) dans et entre des organisations»³. Il est essentiel donc, de souligner que le concept de SI n'est pas né de l'informatique alors que de manière générale, on a tendance à identifier système

¹KABRE, Elie. *L'utilisation de l'information sanitaire comme un outil managérial des services hospitaliers : cas du centre hospitalier Régional de Lomé commune au Togo*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'études supérieures, management des institutions sanitaires, COTE D'IVOIRE : Ecole nationale d'administration Abidjan COTE D'IVOIRE, 2006, P. 27.

²LAUDON, Kenneth., LAUDON, Jane., FIMBEL, Eric., et al.. *Op.cit.*, p.13.

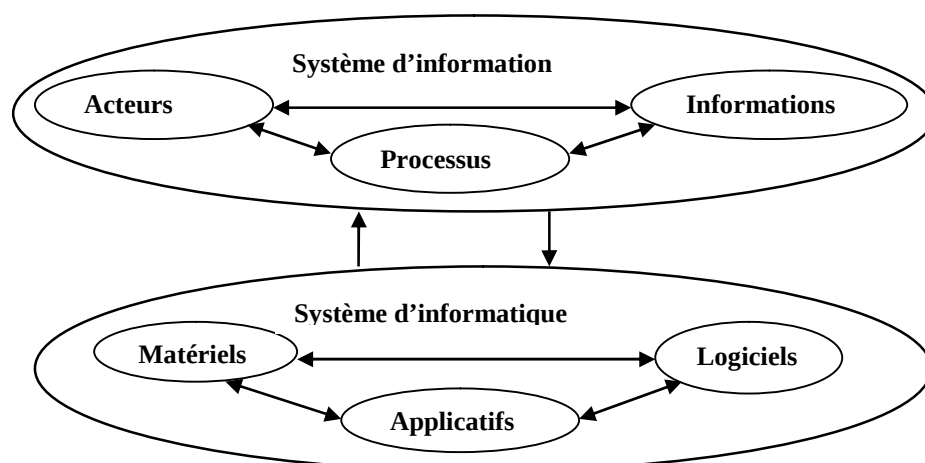
³REIX, Robert. *Systèmes d'information et management des organisations*. 6^{ème} Éd. Vuibert, 2011, p. 4.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

d'information et informatique. L'opinion majoritaire répandue est que le SI d'une organisation se résume à un ensemble d'outils informatiques. Néanmoins, bien que cette opinion soit majoritaire, celle-ci est en réalité erronée. Il existe bel et bien une relation étroite entre SI et informatique. Cependant, il ne s'agit pas d'une relation d'identité mais d'une relation de type demande et offre. En effet, il existe dans les organisations des besoins de traiter des informations pour permettre à celles-ci d'être efficaces et de se développer. Il se trouve que l'informatique peut offrir des outils permettant de satisfaire ces besoins d'une manière adaptée. La relation entre le SI et l'informatique est donc de type client à fournisseur¹.

La différence entre système d'informatique et système d'information est résumée dans la figure suivante :

Figure n° 08: Système d'information et système informatique



Source : MORLEY, Chantal., BIA-FIGUEIREDO, Marie., GILLETTE, Yves. *Processus métier et système d'information*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2011, p. 27.

II-2-2 Le système d'Information Hospitalier (SIH)

Ayant vu les concepts de base d'un SI et ses définitions, nous allons pouvoir aborder l'historique et les définitions du système d'information hospitalier, ses composantes, ensuite, nous analyserons ce dernier sur plusieurs axes.

II-2-2-1 Historique du SIH

Le SIH subisse des évolutions, tendant vers un SIH plus intégrés, pour couvrir les différents besoins exprimés par les dirigeants.

¹GILLET, Michelle., GILLET, Patrick. *Management des systèmes d'information, manuel et applications*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2013, p. 3.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

Depuis ses débuts en 1950, l'informatique a connu des transformations profondes. La transformation des matériels informatiques est majeure en termes de vitesse, puissance, fiabilité et de miniaturisation. Aujourd'hui, l'informatique a des usages professionnels dans tous les domaines, ainsi que des usages privés. Le développement des premiers SIH, essentiellement aux États-Unis et dans quelques pays d'Europe comme les Pays-Bas, la Suède ou la Suisse, remonte au milieu des années 1960. Ce développement suit l'évolution générale des technologies de l'information.

Dans les années 70, le SIH selon une approche verticale qui est utilisée en France, consiste à calquer les applications sur les structures de l'hôpital. Dans les années 80, le SIH selon une approche horizontale et par processus, l'approche horizontale consiste à individualiser les processus devant faire l'objet d'une informatisation. Si le nombre de processus à informatiser reste faible, le nombre d'interfaces à réaliser est maîtrisé.

A partir des années 90, le SIH selon une approche mixte consiste, de façon simplifiée, à suivre une approche horizontale pour les unités de soins et verticale pour les plateaux techniques. Cette approche a souvent été utilisée dans les années 90, afin de pouvoir informatiser les plateaux de radiologie en premier dans les hôpitaux.

A partir des années 2000, le SIH selon une approche intégrée où le SIH devient plus performant et surtout plus collaboratif. L'approche est dite intégrée car les modules communiquent entre eux et sont intégrés à un seul et même système. Les interfaces sont diminuées puisque les SIH sont, dans la mesure du possible, intégrés à un seul et même système. C'est à compter du milieu des années 2000 que l'on voit apparaître la notion d'aide à la décision.

Après les années 2000, intégration de l'aide à la décision dans les SIH, les systèmes d'aide à la décision sont intégrés aux Systèmes d'Information depuis le début des années 2002¹.

II-2-2-2 Définitions du SIH

Selon le Ministère de la Santé français, le Système d'Information d'un établissement de santé peut être défini « *comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et*

¹EMILIE, Guiral. *Les systèmes d'information hospitaliers : histoire, enjeux et difficultés rencontrés, devenir et lien avec la médecine de ville*. Thèse Doctorat en Pharmacie, TOULOUSE : Université TOULOUSE III PAUL SABATIER, 2014, p. 18.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique »¹. Le SIH est l'une des composantes du Système d'Information de santé.

Gérard Ponçon, donne la définition suivante : « *Le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation "hôpital" en perpétuelle évolution; il est capable, selon des règles et modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels, de distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou externes de l'établissement, collaborant à une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci* »², et pour Degoulet, « *le Système d'Information Hospitalier (SIH) peut être défini comme un système informatique destiné à faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives d'un hôpital* »³. L'intérêt du SIH est de constituer un outil pour le gestionnaire hospitalier qui peut enfin disposer de données sur ce que produit effectivement son établissement ; de devenir un instrument de l'assurance de qualité à l'hôpital car, en permettant des comparaisons pertinentes, ils incitent à l'adoption de bonnes pratiques⁴.

II-2-2-3 Composantes du SIH

Le SIH est composé principalement de trois systèmes qui sont⁵ :

- **Le système administratif**

Le système administratif permet l'admission des malades, la gestion de leurs mouvements au sein de l'hôpital (lits, mutations entre les services) dite « gestion opérationnelle », la sortie administrative des patients, la facturation (frais de séjour), etc. Il compte plusieurs sous-systèmes entre autre :

- **Le système comptable** : comprend plusieurs sous-systèmes : comptabilité des fournisseurs, comptabilité clients (dans le cas de l'hôpital, il s'agit de la gestion comptable des frais de séjour), gestion des immobilisations...etc.

¹Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics , p. 2-7.

²CATHERINE, Grasseler. *Le système d'information hospitalier entre culture et usages, les enjeux de la formation des professionnels de santé*. Mémoire de Master professionnel, Sciences de l'Education, MARSEILLE : Université de provence Aix-Marseille I, 201, p. 15.

³DEGOULET, Patrice. *Les Système d'information hospitalier*. In: VENOT, Alain., BURGUN, Anito., QUANTIN, Catherine. *Informatique médicale, e-santé, fondements et applications*. Paris : Spinger-Verlag, 2013, p. 307.

⁴QARMICHE, N., AMZIAN, Kamelia., BERRAHO, Mohamed., et al. *Les problèmes de mise en œuvre d'un SIH*. In : Actes de Séminaire SIM'07, Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de Fès, 02 juin 2007, p.1-7.

⁵BOUAMRANE, Souad Fatima Zohra. *Système d'Information Hospitalier : Admission et Planification des blocs opératoires*. Mémoire de Magister en Informatique, ORAN : Université d'Oran, faculté des sciences, 2010, p. 16-17.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

- **Le sous-système de l'administration quotidienne de l'hôpital** : s'intéresse à la facturation, à la gestion du personnel, à la gestion des stocks et d'une manière générale à la comptabilité.
- **Le système logistique**

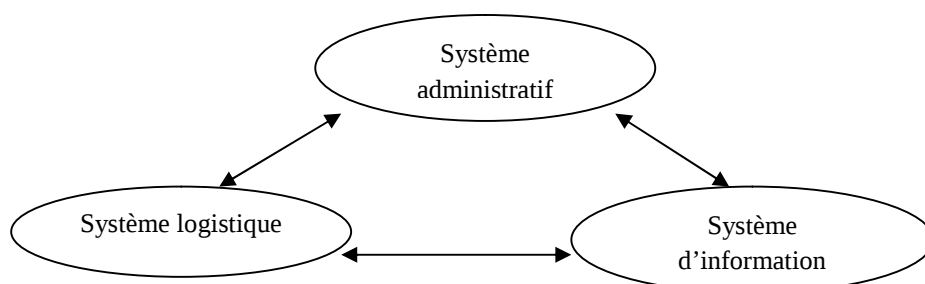
Comprend l'ensemble des flux résultant des actions médicales (prescriptions, résultats, transferts, archivages). Il met en jeu les divers services cliniques et plateaux techniques de l'établissement pour appuyer l'activité de l'équipe soignante.
- **Les systèmes d'information médico-techniques**

Le plateau technique au sens large comprend tous les plateaux d'exams (laboratoires, imagerie médicale, explorations fonctionnelles, etc.), mais aussi la pharmacie centrale, dans une certaine mesure les services de réanimation et les services de soins intensifs...etc. Il compte plusieurs sous-systèmes qui sont :

 - **Le sous-système d'action médicale** : Concerne l'activité mise en œuvre par l'équipe soignante pour répondre au problème de malade : l'information recueillie sur le patient, la constitution et la consultation du dossier du malade, les connaissances médicales, les processus de décision, ...etc.
 - **Le sous-système de recherche et d'étude** : Travaille sur des regroupements de dossiers, à condition que ceux-ci aient été correctement constitués, à des fins épidémiologiques ou d'évaluation de la qualité des soins, alimentant en retour la connaissance médicale ou les sous-systèmes d'administration et de planification.
 - **Le sous-système de planification hospitalière** : À une vision plus stratégique, il s'appuie sur l'analyse d'activité, ou les études de morbidité hospitalière pour engager des décisions d'investissements structurels, matériels et humains. Il est en rapport avec des entités extérieures (autorités de tutelle, offre de soins environnante, état de santé de la population desservie, ...etc.).

Ces composantes sont résumées dans la figure suivante :

Figure n°09 : les composantes d'un SIH



Source : BOUAMRANE, Souad Fatima Zohra. Op.cit., p.16.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

L'hôpital est en fait une fédération de sous-systèmes fonctionnellement distincts mais non disjoints, à l'intérieur desquels et entre lesquels circulent des flux d'informations.

Tous ces sous-systèmes sont interdépendants et sont pour une large part centrés sur le dossier du malade. Ainsi même si l'information "médicale" et l'information "administrative" ne sont pas recueillies par les mêmes personnes, ne mettent pas en œuvre les mêmes procédures ni les mêmes connaissances, et ne s'intéressent pas *a priori* aux mêmes faits, l'action médicale ne peut s'abstraire d'informations de type administratif, tandis que l'hôpital ne peut être convenablement géré sans considérer sa finalité de soins (qualité des soins, progrès des connaissances, adaptation aux besoins de la population).

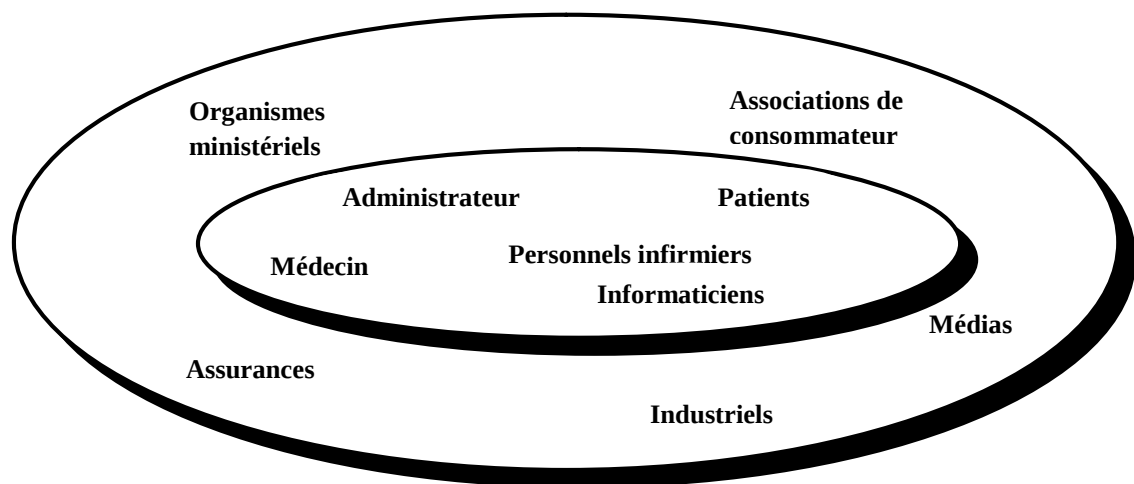
II-2-3 Les approches d'analyse du système d'information hospitalier

L'analyse du système d'information de l'hôpital peut se faire selon plusieurs axes : quel est l'environnement du SIH? Quelles sont les finalités de l'hôpital (analyse par objectifs)? Quelle est sa structure et son organisation (analyse structurelle)? Quelle sont les fonctions couvertes (analyse fonctionnelle)?

II-2-3-1 Les composantes de l'environnement du SIH

Par conséquent, une diversité des acteurs sont impliqués de façon directe ou indirecte par le système d'information hospitalier, quant aux acteurs extérieurs se situent au niveau des organismes de tutelle mais également des assurances, des industriels ou des médias ; quant aux acteurs intérieurs il s'agit à l'évidence des patients des personnels de soins (médecins, infirmiers...etc.)¹, des personnels administratifs ces acteurs sont présentés dans la figure suivante :

Figure n° 10 : Les acteurs d'un SIH



Source : DEGOULET, Patrice. *Op.cit.*, p. 313.

¹DEGOULET, Patrice. *Op.cit.*, p. 313.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

II-2-3-2 Les principaux objectifs du SIH

Le SIH est important pour le fonctionnement et la gestion d'un établissement de santé. Il permet de faciliter la gestion, l'évaluation et la planification. Selon Kohler, le SIH s'oriente sur deux objectifs principaux : l'amélioration de qualité des soins et la maîtrise des coûts¹.

Pour mieux comprendre les objectifs de ce dernier, on présente le tableau suivant :

Tableau n° 06 : Objectifs de système d'information hospitalier

Qualité des soins	• Amélioration des communications • Réduction des délais d'attente • Dossier patient intégré • Aide à la prise de décisions
Maîtrise des coûts	• Réduction de la durée des séjours • Réduction des tâches administratives • Optimisation des ressources

Source : DEGOULET, Patrice. *Op.cit.*, p. 310.

II-2-3-3 Analyse fonctionnelle et structurelle du SIH

A partir de l'analyse fonctionnelle du SIH, il est possible de déterminer des différentes fonctions d'un système (action médicale diagnostique ou thérapeutique, gestion des ressources...), c'est-à-dire le « quoi » du système d'information. L'analyse structurelle doit comporter une analyse détaillée de l'organisation, des ressources matérielles et humaines.

- **Analyse fonctionnelle du SIH**

La réalisation effective de la fonction du « comment » nécessite que des structures appropriée soient mise en place. Une bonne analyse des objectifs et des fonctions remet souvent en cause les structures existantes dans un système complexe, il est fréquent que leur finalité est éloignée ou sans rapport directe avec la finalité globale du système ou, qu'au contraire des structures indispensables soient tardivement mises en place². Toutes division du système d'information de l'hôpital en sous-système est arbitraire.

De façon schématique, trois grandes approches peuvent être proposées³:

¹EL SARRAJ, Lama. *Exploitation d'un entrepôt de données guidée par des ontologies : Application au management hospitalier*. Thèse de Doctorat, Informatique, MARSEILLE : Université D'AIX-MARSEILLE, 2014, p. 37.

²DEGOULET, Patrice. *Op.cit.*, p. 314-315.

³STACCINI, Pascal. *Cours Système d'information hospitalier(S.I.H)*, Université Nice-Sophia Antipolis, 2006-2007

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

- La première approche consiste à individualiser le système d'information du patient de ce qui concerne le reste de l'hôpital. Les fonctions de colonne de droite sont directement liées à la prise en charge médicale des patients. Celle de la colonne de gauche est surtout liée au fonctionnement de l'hôpital et de ces structures. Cette approche met bien en valeur la notion de dossier patient unique et partager, servant de support aux informations d'origine administrative, médicale ou infirmières et d'aide à la prise de décisions. Elle présente aussi pour avantage pour centrer l'analyse sur l'objectif principal de l'hôpital, l'amélioration de l'état de santé des patients et l'optimisation de leur prise en charge. Elle est à l'origine de développement des SIH centrer sur le dossier patient.
- La deuxième approche consiste à projeter les fonctions sur les acteurs hospitaliers du système d'information. Elle aboutit à une redondance de fonctionnalités et éventuellement à des contradictions préjudiciables à la prise en charge des patients.
- La troisième approche calque les sous-systèmes sur les structures de l'hôpital. Elle revient donc à distinguer le sous-système d'informations médicaux administratives des sous-systèmes de gestion des unités des soins ou de ceux des plateaux techniques. Elle peut conduire au développement d'applications redondantes voire incohérentes.

Cette analyse est résumée à partir de la figure suivante :

Figure n° 11: Analyse fonctionnelle du SIH

L'HOPITAL	LE PATIENT
Gestion des ressources • Gestion du personnel • Gestion du matériel • Gestion des lits • Gestion des rendez-vous • Approvisionnements...etc.	Gestion médico-administrative • Identification • Admission, Transfert, Sortie • Gestion des demandes • Facturation...etc.
Evaluation et planification • Evaluation de l'activité • Evaluation des soins • Epidémiologie hospitalière • Recherche clinique	Action médicale • Diagnostic : interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires • Thérapeutique : soins infirmiers, traitement, interventions, formation • Pronostique • surveillance
Gestion de l'information • Environnement du SIH • Gestion des archives • Accès aux banques d'informations	Gestion du dossier patient

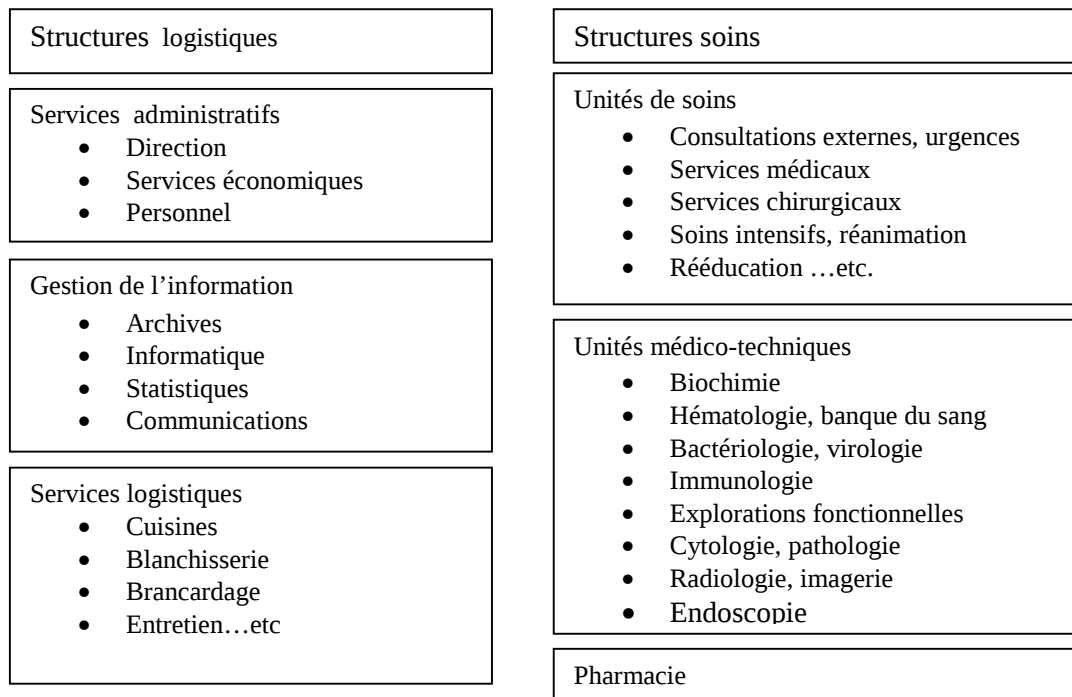
Source: STACCINI, Pascal. *Cours Système d'information hospitalier(S.I.H)*, Université Nice-Sophia Antipolis, 2006-2007

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

• L'analyse structurelle du SIH

. En termes d'analyses de système d'information, chacune de ces structures, médicales ou médico-techniques, devient une ressource mise à la disposition des autres structures ou de l'extérieur, générant des actes, produisant de l'information et consommant d'autres ressources¹. Cette analyse est résumée dans la figure suivante :

Figure n° 12: Analyse structurelle du SIH



Source : STACCINI, Pascal. *Cours Système d'information hospitalier(S.I.H)*, Université Nice-Sophia Antipolis, 2006-2007.

Le système d'information hospitalier constitue un support incontournable de management hospitalier, il possède un ensemble de caractéristiques propres aux établissements de santé, il conserve les éléments fondamentaux qui définissent tout système d'information, mais la réussite d'un SIH est soumise à plusieurs conditions. Parmi les plus importantes, citons : Connaissance approfondie de la circulation de l'information dans l'hôpital, analyse fine de la sociologie de l'organisation, stratégie matérielle et logicielle adaptée et estimation juste des ressources nécessaires.

II-3 Le rôle du SIH dans le processus de prise de décision

Décider revient souvent à effectuer un choix parmi un ensemble d'alternatives possibles et pour cela il faut avoir accès à l'information et plus particulièrement à la bonne

¹DEGOULET, Patrice. *Op.cit.*, p. 314.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

information. Ainsi, les Systèmes d'Information en collectant, traitant et diffusant l'information jouent un rôle déterminant dans la prise de décision en organisation.

II-3-1 Le besoin en information en milieu hospitalier

Pour effectuer le bon choix au bon moment il est nécessaire d'avoir une information de qualité, pour prendre une décision¹, comme le déclare Porter « *il faut donner la bonne information à la bonne personne, au bon moment et ce, pour prendre la bonne décision* »². Par ailleurs, toutes les parties prenantes des organisations y compris l'organisation hospitalière ont besoins d'information.

A cet effet, Burke et Menachemi³, différencient deux grandes catégories de parties prenantes : les parties prenantes internes et les parties prenantes externes à l'hôpital. Selon eux, cette distinction se fonde sur des besoins en information spécifiques.

II-3-1-1 Le besoin en information des parties prenantes internes en milieu hospitalier

Au sein des parties prenantes internes quatre types de besoins sont considérés :

- Les besoins des personnels administratifs : afin de gérer les fonctions du SIH, facturer les frais généraux, et payer les personnels et les fournisseurs.
- Les besoins des praticiens hospitaliers : afin de diagnostiquer, programmer les traitements, évaluer les prestations médicales.
- Les besoins d'informations stratégiques : afin d'analyser la situation financière, à des fins de planification stratégique, allouer les ressources, assurer le contrôle de gestion.
- les besoins d'informations partagées : afin d'éviter les erreurs dans les prestations, améliorer la gestion des patients.

De plus, l'analyse des besoins internes en information proposée par ces auteurs, fait finalement apparaître deux grands ensembles : des besoins spécifiques à une catégorie d'acteurs (médecins ou administratifs), et des besoins transversaux au fonctionnement de l'hôpital.

II-3-1-1 Le besoin en information des parties prenantes externes en milieu hospitalier

Quant aux parties prenantes externes deux types de besoins sont principalement considérés :

¹CECCHI, Catherine. *La place de l'information dans la décision en santé publique*. Revue Santé publique, 2008, vol. 20, n°4, p. 387-394.

²DEPAUW, Jeremy. *La gestion de l'information des organisations analyse de définitions et conceptualisation*. Cahiers de la documentation-Bladen voor documentatie, 2006, n°4, p. 23-29

³NOBRE., Thierry., SIGNOLET, Lionel. *Le système d'information de gestion hospitalier : Quelles caractéristiques privilégier pour favoriser le développement des outils en contrôle de gestion?*. In : Actes du 20^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC) : La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, Strasbourg, May 2009, p. 1-19.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

- besoins des médecins externes à l'hôpital afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés, obtenir des données médicales, acquérir des prévisions concernant l'hôpital.
- Les besoins du public, afin d'être informé sur les recrutements en cours, a des fins d'éducatives...etc.

II-3-2 Système d'information hospitalier : Outil d'aide à la décision

Avant de présenter les fonctions du SIH au tant qu'outil d'aide à la décision, il est primordiale de mettre l'accent sur la relation qui existe entre l'information et décision, et de présenter le système d'aide à la décision.

II-3-2-1 La relation entre information et décision

Les managers ont besoins de l'information appropriée, au moment opportun, pour la prise de décision. L'information est donc liée à une problématique de décision, mais ce lien entre information et décision est ambiguë selon Mayere « *les organisations tout d'abord utilisent toute une part de leurs informations pour exercer une veille sur leur environnement et non pas à des fins de décision. Par ailleurs, l'information est plus souvent rassemblée pour justifier une décision a posteriori, pour contrôler une interprétation ou créer une vision commune que pour clarifier a priori une décision* »¹.

Selon la théorie de la décision 1960, l'information se construit à partir de données multiples qui prennent sens par l'interprétation ; elle vient alimenter la prise de décision. L'idée est qu'une bonne décision s'appuie sur de bonnes informations (on ne décide que quand on est bien informé). En effet, James March a remis en cause cette linéarité en parlant de la rationalité limitée de l'acteur et en montrant combien l'information peut servir à des stratégies individuelles ou collectives. Aujourd'hui, il semble acquis que la transformation de données en information (qui ont du sens) vient modifier les représentations et les connaissances antérieures (March)². Accumuler de l'information n'est pas une richesse en-soi, c'est son exploitation qui importe. Or, ce sont elles qui sont à l'origine du processus de décision et leur choix est crucial³.

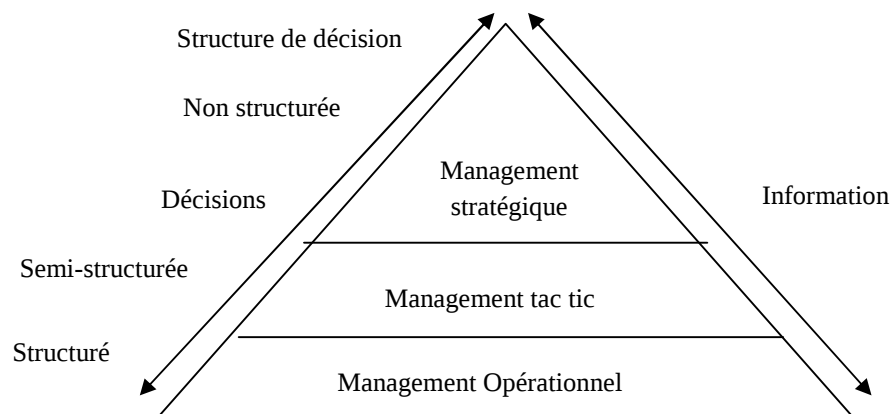
La relation entre information et décision peut se résumer par le schéma suivant :

¹HAOUET, Chaker. *Informatique décisionnelle et management de la performance de l'entreprise. Chier de recherche*, 2008, n°1, p. 1-32.

²BRIGITTE, Guyot. *Management de l'information dans les organisations : éléments de méthode*. Institut National des services et techniques de la documentation, 2012.

³GARLATTI, Serge. *Multimédia et systèmes interactifs d'aide à la décision en situation complexe*. In : 43th meeting of the european working group : Multicriteria Aid for Decisions, Brest, 1996, p. 1-24.

Figure n°13 : La relation entre information et décision



Source: BERISHA-NAMANI, Mihane. *The role of information systems in management decision making-an theoretical approach*. *Manager journal*, 2010, n°12. P. 109-116.

II-3-2-2 Système d'aide à la décision

L'information est certes une condition indispensable pour le bon fonctionnement du processus de prise de décision, cependant trop d'information tue l'information. Pour la prise de bonnes décisions, des outils doivent être mis à la disposition des décideurs afin de les aider, les guider, les informer tout au long du processus de prise de décision et finalement prendre la ou les meilleures décisions. L'un de ces outils est le Système d'information, selon Simon il est considéré comme un outil d'aide à la décision, sa tâche principale consiste à filtrer l'information et non à la démultiplier¹. De nombreuses définitions ont été proposées dans la littérature concernant le système d'aide à la décision (SAD), pour mieux comprendre ce concept, quelques définitions sont présentées dans le tableau suivant :

¹HAKKAR, Kamel. *Evaluation d'un système d'information : pour un instrument de pilotage. Le cas du service « Evaluation des Procèdes du CRIT Rhone-Poulenc Decines »*. Mémoire de DEA, Science de l'information et de communication, LYON III : Université Jean Moulin, Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques, 1996, p. 12.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

Tableau n°07 : Définitions proposées sur les SAD

Auteurs	Définitions
Keen et Scott-Morton 1978 ¹	« Les systèmes d'aide à la décision font coupler les ressources intellectuelles des individus avec les capacités de l'ordinateur pour améliorer la qualité des décisions. C'est un système d'aide informatique aux décideurs qui traitent des problèmes semi-structurés »
Mann et Watson 1984 ²	« Les SIAD peuvent être caractérisés comme des systèmes informatisés, interactifs, qui aident les décideurs en utilisant des données et des modèles pour résoudre des problèmes mal structurés »
Turban 1995 ³	définit un système d'aide à la décision « comme un système d'information automatisé interactif, flexible, adaptable et spécifiquement développé pour aider à la résolution d'un problème de décision non structuré et améliorer la prise de décision. Il utilise des données, fournit une interface utilisateur simple et autorise l'utilisateur à développer ses propres idées ou points de vue. Il peut utiliser des modèles standards ou spécifiques, supporter les différentes phases de la prise de décision et inclure une base de connaissances ».

Source : réalisé par nous-mêmes

L'aide à la décision est l'ensemble des techniques permettant, pour une personne donnée, d'opter pour la meilleure prise de décision possible. Les méthodes d'aide à la décision permettent non seulement de fournir l'information mais aussi de choisir, parmi plusieurs solutions, en fonction de critères établis. Dans le cas d'un Système d'Information Hospitalier, les outils d'aide à la décision sont centrés sur la prescription et la production de recommandations et de bonnes pratiques et donc, de fait, sur l'axe coût/efficacité : des prescriptions plus adaptées aux besoins du patients sont moins coûteuses⁴. Donc, les systèmes d'information d'aide à la décision quant à eux transforment l'information brute ou élaborée en information de décision⁵, et parmi ses diverses caractéristiques, on distingue⁶:

- Ils apportent principalement une aide pour les problèmes peu ou mal structurés en connectant ensemble des jugements humains et des informations calculées ;
- Ils fournissent une aide pour différentes catégories d'utilisateurs, ou des groupes d'utilisateurs ;
- Ils supportent des processus interdépendants ou séquentiels ;
- Ils sont adaptatifs dans le temps. Le décideur peut être réactif, être capable de confronter des conditions changeant rapidement et d'adapter le SIAD pour faire face

¹ AVERWEG, Udo Richard. *Historical Overview of Decision Systems (DSS)*. eThekwin Municipality and University of Kwazulu-Natal, South Africa, 2009, p. 1753.

² Ibidem

³ GARLATTI, Serge. *Op.cit.*, p. 9.

⁴ EMILIE, Guiral. *Op.cit.*, p. 18.

⁵ LEITZELMAN, Mylène., DOU, Henri. *Typology of Information systems. Essai de typologie des systèmes d'informations. International Journal of information for decision making*, April 1998, n°2, P. 55-73

⁶ GARLATTI, Serge. *Op.cit.*, p. 9.

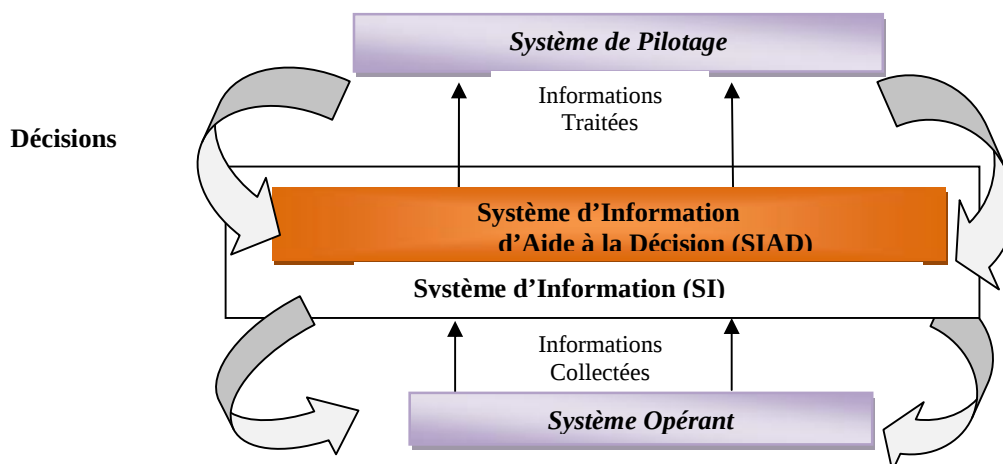
II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

aux nouvelles conditions. Il est suffisamment flexible pour que le décideur puisse ajouter, détruire, combiner, changer et réarranger les variables du processus de décision, ainsi que les différents calculs, fournissant ainsi une réponse rapide à des situations inattendues ;

- Le décideur a le contrôle de toutes les étapes du processus de décision et peut à tout moment remettre en cause les recommandations faites par le SIAD. Ce dernier doit aider le décideur et non se substituer à lui ;
- Ils utilisent des modèles. La modélisation permet d'expérimenter différentes stratégies sous différentes conditions. Ces expériences peuvent apporter de nouvelles vues sur le problème et un apprentissage ;
- Les SIAD les plus avancés utilisent un système à base de connaissances qui apporte notamment une aide efficace et effective dans des problèmes nécessitant une expertise.

En résumé, le SIAD est la partie d'un système d'information permettant d'accompagner les décideurs dans le processus de prise de décision¹. Pour le mieux comprendre on le présente par la figure suivante :

Figure n° 14 : Le SIAD dans le SI



Source : RAVAT, Franck. *Modèles et outils pour la conception et la manipulation de systèmes d'aide à la décision*. Thèse de Doctorat, Informatique, FRANCE : Université des Sciences Sociales, Toulouse I, 2007p. 10.

II-3-2-3 Les fonctions du SIH en tant qu'outil d'aide à la décision

L'hôpital est considéré comme un système complexe, et tout système complexe se décompose en trois sous-systèmes selon la décomposition générique proposée par Le Moigne. Cette dernière est appelée modèle canonique O.I.D. (système Opérant / système d'Information

¹RAVAT, Franck. *Op.cit.*, p. 9.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

/ système de Décision)¹. Ces trois sous-systèmes en milieu hospitalier sont représentés comme suit² :

Le système opérant, fournit des données au système d'informations et reçoit des messages d'exécution. Les données sont toujours pour lui des événements internes, quant aux messages d'exécutions, ils représentent des opérations à effectuer. Dans un hôpital, toute structure qui produit, fabrique, effectue est constitutive d'un système d'opération.

Le système de pilotage, perçoit des informations, les analyse et génère de nouvelle information de type particulier appelées décision.

Le système d'information, quant à lui, fait le lien entre les différents systèmes. Où il perçoit et stocke des informations venant de l'extérieur (par exemple un accord de prise en charge sécurité sociale ou une circulaire ministérielle) et des informations venant du système d'opération (ordonnance pour un malade, bon de livraison de médicament). Ces informations sont qualifiées « événements », externes pour les premiers, internes pour les seconds. Il reçoit des directives du système de décision, telle que par exemple : procéder à un réassortiment de médicament, recruter un agent, décider de la tenue d'une réunion, il traite l'ensemble des informations qui transitent par lui, en mettant en relation l'émetteur et le destinataire et en procédant à leur mémorisation, et enfin il fournit des informations au système de décision, pour l'informer et lui donner les moyens de les prendre ; au système d'opération, pour qu'il sache les décisions qu'il doit exécuter ; à l'extérieur si la nature de l'information le prévoit et si le système de décision le lui a ordonné.

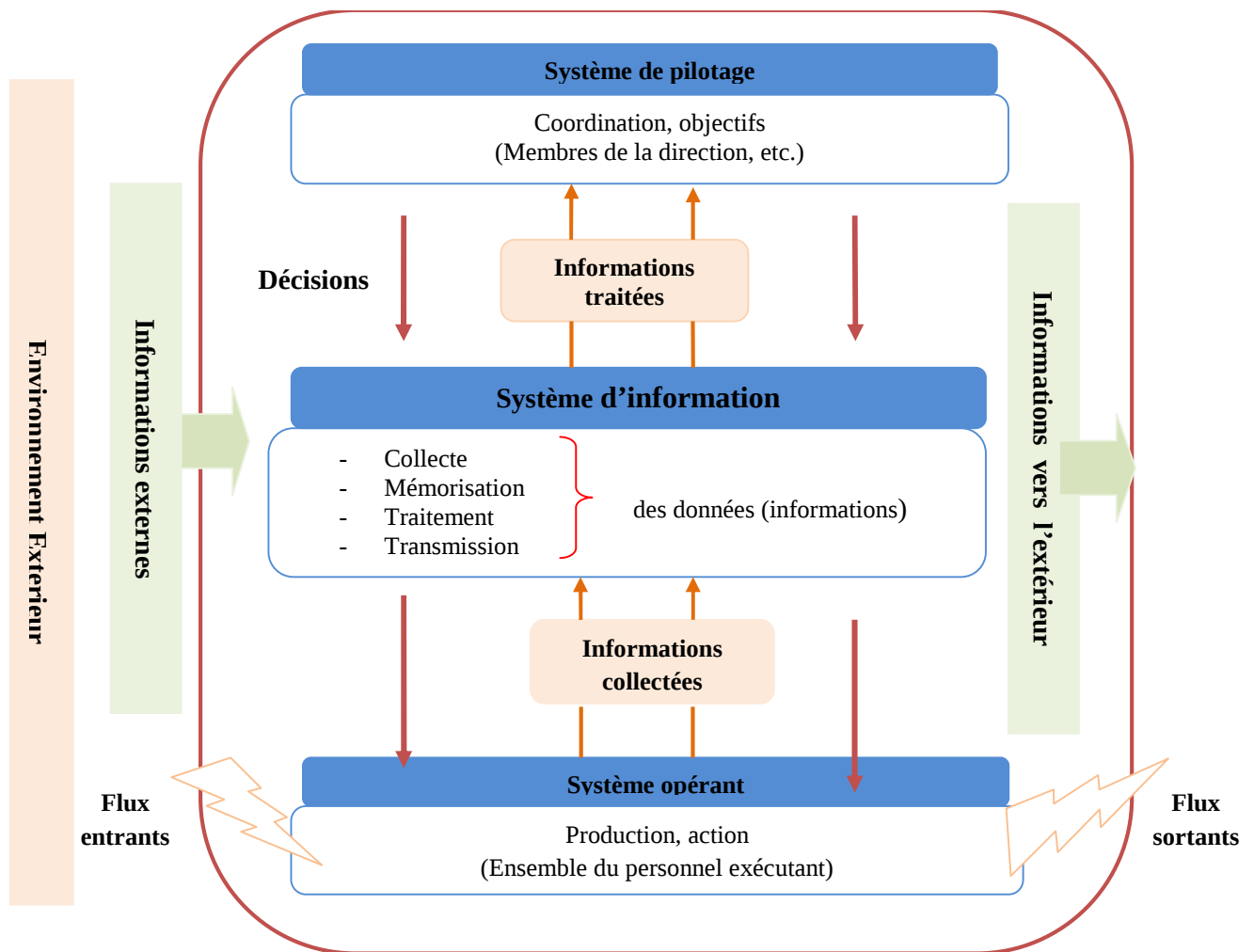
Donc, le système d'information permet de collecter, mémoriser, traiter et restituer les différentes données de l'organisation afin de permettre au système de pilotage d'effectuer ses fonctions tout en assurant son couplage avec le système opérationnel.

Les fonctions du système d'information sont résumées dans la figure suivante :

¹SCHINDLER, Aude. *Le pilotage de la performance par les valeurs à travers une app vroche systémique : le cas du centre de recherche intégré MIRCen (CEA)*. In : Actes de la XVI^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Montréal, 2007, p. 1-28.

²CHIAMBARETTO, Guy. *Quels outils méthodologiques pour l'étude du système d'information hospitalier*. Ministère de solidarité, de la santé, de la protection sociale. Edition E.N.S.P, collection mémoire et thèse, p. 38-39.

Figure n°15: Les fonctions du système d'information



Source : RAVAT, Franck. *Op.cit.*, p. 10.

A cet effet, le système d'information doit donc transmettre trois types d'informations ¹:

- **Des informations de production**, qui sont issues du système opérant et sont le plus souvent de type élémentaire et répétitif (identité des patients, résultat d'analyse, agents hospitaliers présents...).
- **Des informations de guidage**, qui permettent de faire le point, au jour le jour des objectifs, et sont nécessaires à la gestion administrative et médicale de l'établissement.
- **Des informations de pilotage**, à partir desquelles les options stratégiques long terme sont établies. Ces dernières sont, soit des informations de gestion, soit des données statistiques médicales, synthétisées et cernées dans le temps, permettant aux décideurs hospitaliers, administratifs et médicaux de percevoir les grands axes d'évolution de l'hôpital au-delà des variations instantanées moins significatives.

¹CHIAMBARETTO, Guy. *Op.cit.*, p. 58.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

Toutes ces informations doivent présenter des qualités intrinsèques générales, propres à en permettre l'usage qui a présidé à leur conception et à leur sélection. Là aussi, chacun peut avoir son opinion sur ces qualités, mais il n'est peut-être pas inutile d'en présenter les principales¹ :

- L'information hospitalière doit être symbolique ;
- L'information hospitalière doit être d'une parfaite qualité intrinsèque ;
- L'information hospitalière doit être cohérente ;
- L'information hospitalière doit être accessible mais confidentielle ;
- L'information hospitalière doit être partiellement éliminable ;
- L'information hospitalière doit être détaillée mais globalisable ;
- L'information doit être de nature synthétique ;
- L'information pour être cohérente doit être présente dans le système d'information.

Mais toutes ces caractéristiques brièvement présentées ne doivent pas faire oublier que l'information est un matériau dont le décideur se sert, parmi d'autres facteurs d'analyse pour prendre sa décision et qu'en fin de compte la disponibilité d'une information de qualité ne signifie pas que la décision prise sera pertinente, prise en temps utile et applicable.

Pour répondre aux besoins des décideurs, il est nécessaires de synthétiser, réorganiser et historier les données de production du système d'information afin d'en déterminer une sous partie relative à l'aide à la décision². Le SIH joue donc un rôle incontournable dans le processus de prise de décision. Son importance réside dans le fait qu'il réduit l'incertitude inhérente à ce dernier, vu qu'en santé la première caractéristique des décisions est l'incertitude. Il permet aussi d'analyser l'environnement externe et interne³.

Pour analyser l'environnement externe, on examine la nature et la qualité des liens existants avec les autres composantes du système de santé : Hôpitaux locaux, médecine de ville, ambulances, salles de soins, dépistage, communication avec la population, hygiène de l'environnement et habitudes socioculturelles.

¹*Ibid.*, p. 69-71.

²RAVAT, Franck. *Op.cit.*, p. 9.

³Ministère 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.

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

Pour analyser de l'environnement interne (performance clinique et administrative), pour un diagnostic bien fondé, on a besoin des études comparatives : Comparaison dans le temps, afin d'avoir une perception des tendances avec analyse des écarts considérables. Comparaison avec d'autres prestataires afin de pouvoir se placer par rapport à la moyenne. Il est certain que cette évaluation nécessite des indicateurs, et cela pour prendre des décisions stratégiques.

Il faut souligner que le système d'information est au cœur de la communication des organisations hospitalière, car il structure, informe et codifie la communication interne¹.

II-3-3 La réforme hospitalière en Algérie

Ces dernières années l'Algérie a inscrit la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action², dans l'objectif d'améliorer la gestion des hôpitaux publics entre autre les processus internes. Afin d'accélérer et de faciliter ces réformes hospitalières les autorités algériennes ont reconnu l'intérêt d'établir des relations d'échange d'expérience et de savoir-faire entre les institutions et organismes techniques nationaux et des structures européennes similaires.

II-3-3-1 La mise en place du PASS

A cette fin, l'Union européenne et les autorités algériennes ont décidé de la mise en place d'un programme d'appui au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, doté d'un budget de 15 millions d'euros³. C'est en 2009, qu'une convention a été signée entre l'Union Européenne (UE) et le gouvernement algérien pour la mise en œuvre de ce Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS). L'objectif de ce programme est de renforcer les capacités du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) et celles de ses institutions sous tutelle, pour leur permettre de réaliser les projets de réforme et de mieux gérer les structures et les ressources (matérielles, financières et humaines) afin de garantir à la population algérienne un accès équitable aux soins de qualité. La mise en œuvre opérationnelle du programme est confiée à l'Unité d'Appui au Programme (UAP). Mise en place en avril 2011, elle est constituée d'experts internationaux engagés sur toute la durée du programme, son rôle est de mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du programme, en étroite collaboration avec les autorités nationales et les institutions et organismes techniques nationaux. Parmi donc les principales

¹BODIN, Eric. *Les outils de pilotage un levier managérial pour le directeur des soins*. Mémoire EHESP, PARIS : Université DIDEROT PARIS 7, décembre 2014, p. 16.

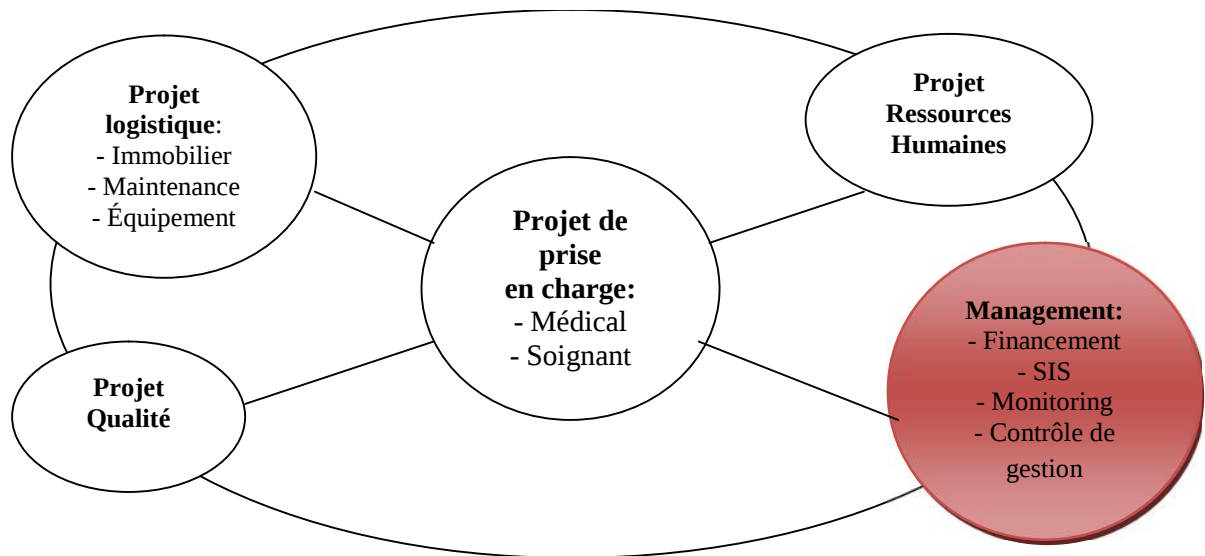
²www.sante.dz/reforme-hospitaliere/r...

³<http://www.pass-ue.dz>

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

activités du programme, et les principaux axes d'intervention qui ont guidés le développement des approches stratégiques de ce programme, on retrouve celui de l'amélioration de la gestion des hôpitaux à travers la mise en place d'instruments de pilotage, notamment le projet d'établissement où le SIH qui constitue l'intérêt de notre travail de recherche représente un volet de ce dernier comme le montre la figure suivante¹:

Figure n°16 : La relation entre les différents volets du projet d'établissement



Source : 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

II-3-3-2 Objectifs du PASS

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet commun, afin que cet instrument de pilotage et 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. En effet, l'objectif global du programme est d'appuyer la politique algérienne de santé et donc d'améliorer les résultats de santé à travers une offre de services préventifs et curatifs équitables et de qualité et par la réalisation de la stratégie de modernisation du secteur dans les domaines suivants : Renforcement de la coordination et de l'organisation (coordination des acteurs, planification des activités et projets de réforme, gestion des investissements, suivi et évaluation) ; mise en place d'un système d'information sanitaire pour permettre la prise de décision sur les activités et les investissements prioritaires

¹Idem

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

; gestion des ressources humaines (RH) pour assurer une meilleure utilisation des compétences des professionnels de santé.¹

Les objectifs spécifiques de ce programme sont : La mise en place d'instruments et des outils de pilotage, la proposition d'actions concrètes d'appui et de support pour les EPH, la formation des gestionnaires en matière de management des établissements hospitaliers et des outils à utilisés, la coopération et l'adhésion des acteurs hospitaliers, le renforcement des compétences et la valorisation des ressources humaines.

L'Unité d'Appui au Programme (UAP) a pour fonction de fournir un support à l'administration du programme, d'assurer l'identification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités du programme, ainsi que de fournir une expertise spécialisée aux organisations du secteur, au premier rang desquelles le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. L'UAP est dirigée par un chef d'équipe placé sous l'autorité du directeur du programme. Il est en charge de la coordination de l'équipe permanente d'experts (appelés experts long terme - ELT) constituée : d'un expert gestionnaire administratif et financier, d'un expert en charge des activités concernant la gestion des ressources humaines, d'un expert en charge des activités concernant les finances publiques, et d'un expert en charge des activités concernant les systèmes d'information sanitaires et décisionnels et du dossier électronique médical. Les experts permanents sont en charge de la mise en œuvre des activités dans leur domaine respectif. Ils sont en particulier responsables de la coordination des experts recrutés sur une durée déterminée pour apporter une expertise spécialisée².

II-3-3-3 Les activités du PASS

Les activités du programme sont classées en quatre grandes composantes³ :

- **Instruments de pilotage** : la mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur et de la réforme du financement des soins permettra : de fournir aux décideurs et aux gestionnaires les informations pour le pilotage, le contrôle et la surveillance des établissements hospitaliers, le développement d'une stratégie et d'un programme et la gestion des ressources et des investissements conformément à la stratégie et au programme établie.
- **Transition épidémiologique** : il s'agit ici de définir la stratégie de prise en charge intégrée des maladies chroniques prioritaires afin : de programmer les ressources des établissements en fonction des objectifs de soins, d'améliorer les mécanismes de prise

¹Idem

²Idem

³Idem

II- Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital

en charge sanitaires, d'introduire auprès des établissements une gestion normalisée et des systèmes d'information pour la gestion, d'initier une démarche qualité pour l'amélioration continue de la gestion des niveaux opérationnels et des soins dans les établissements.

- **Renforcement des compétences** : il s'agit de renforcer et de valoriser les compétences du secteur, notamment par la mise en place d'outils de gestion prévisionnelle des ressources humaines d'une part et, d'autre part, d'outils d'organisation et gestion du travail, par la formation du personnel des établissements hospitaliers ainsi que par une meilleure adéquation entre les profils de poste et les compétences du personnel.
- **Actions de visibilité** : les activités de cette rubrique sont destinées à assurer une bonne visibilité du Programme au travers d'un programme d'actions médiatiques focalisant sur la réforme sectorielle et la promotion de la santé.

Le système d'information est un outil incontournable, sa mise en place ne signifie pas la transposition des pratiques actuelles dans un environnement technologique. Il doit plutôt contribuer à changer les habitudes et améliorer les processus internes :

- Définition des besoins concernant les informations nécessaires ?
- Comment les traiter, les utiliser pour améliorer les décisions médicales, administratives et de gestion ?
- Élaboration du Dossier Médical Patient (dossier partagé)
- Plan de formation pour l'utilisation de l'outil informatique.

En milieu hospitalier, le besoin d'information est un besoin exprimé par les parties prenantes externes et internes, et ce pour prendre des décisions médicales ou administratives. Afin d'y arriver, les décideurs doivent maîtriser l'information qui circule au sein de l'hôpital pour prendre les bonnes décisions au bon moment. Pour ce faire, ces décideurs en question ont besoins des outils pour les aider, les assister tout au long du processus de prise de décision. Cet outil est le système d'information hospitalier qui permet de collecter, traiter, stocker et diffuser les informations afin de les faire parvenir aux décideurs. Dans le contexte algérien, le Système d'information représente l'un des volets de projet d'établissement qui est considéré comme un instrument de pilotage des établissements de santé.

Conclusion :

A l'hôpital public, les décideurs se trouvent devant des situations complexes qui nécessitent des prises de décision complexes. Ces dernières suivent un processus constitué d'étapes qui sont la délibération et décision. Toutefois ces décisions sont influencées par des facteurs importants qui sont le pouvoir et l'environnement.

Pour assurer le bon fonctionnement de ce processus, l'information est considérée comme une matière première qui doit être maîtrisée par les décideurs pour prendre des bonnes décisions au bon moment. De ce fait, le système d'information hospitalier constitue un support incontournable de management hospitalier, qui est considéré comme un outil d'aide à la décision qui assiste et guide ces décideurs durant le processus de prise de décision. En effet, ce dernier assure la collecte, traitement, stockage et diffusion des informations appropriées.

En Algérie, dans l'objectif de moderniser la gestion des hôpitaux, le gouvernement à inscrit la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action, dont l'objectif est la recherche 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 à travers la mise en place des instruments de pilotage notamment le projet d'établissement où le système d'information représente l'un de ses volets.

Le troisième chapitre fera l'objet d'une étude de terrain dans l'objectif de comprendre comment le SIH contribue à améliorer le processus de prise de décision au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

A decorative graphic of a scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges showing a greyish-white interior. The text is centered on the main body of the scroll.

***Chapitre III : la
contribution du
SIH dans
l'amélioration du
PPD au sein du
CHU de Tizi-
Ouzou***

« La recherche permet de poser un regard nouveau sur les êtres et les choses; Elle suppose d'être convaincu de l'existence d'une autre réalité ».

Danièle JACOBI

Introduction

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre de la recherche sur le terrain dont l'objectif d'apporter des éléments de réponses à la problématique de départ.

A ce moment de notre travail de recherche, nous devrions confronter notre cadre conceptuel avec la réalité sur le terrain.

Pour ce faire, ce chapitre fera l'objet d'une analyse empirique approfondie, d'un Centre Hospitalo-universitaire. Donc il s'agit de déterminer et d'expliquer par le biais d'entretiens, comment le système d'information hospitalier contribue à améliorer le processus de prise de décision au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

Le présent chapitre est structuré de la façon suivante : dans la première section, nous présentons le cadre méthodologique de recherche, dans la deuxième section, nous présentons le fonctionnement et organisation du CHU de T-O, enfin dans la troisième section, l'analyse et interprétation des résultats de la recherche seront présentés.

III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude

Dans la présente section nous évoquerons successivement la méthodologie de recherche, les caractéristiques de la population et l'échantillon de l'étude.

III-1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de recherche

Avant d'évoquer la méthodologie de recherche, il est nécessaire de rappeler la problématique et les objectifs de recherche.

III-1-1-1 Rappel de la problématique de recherche

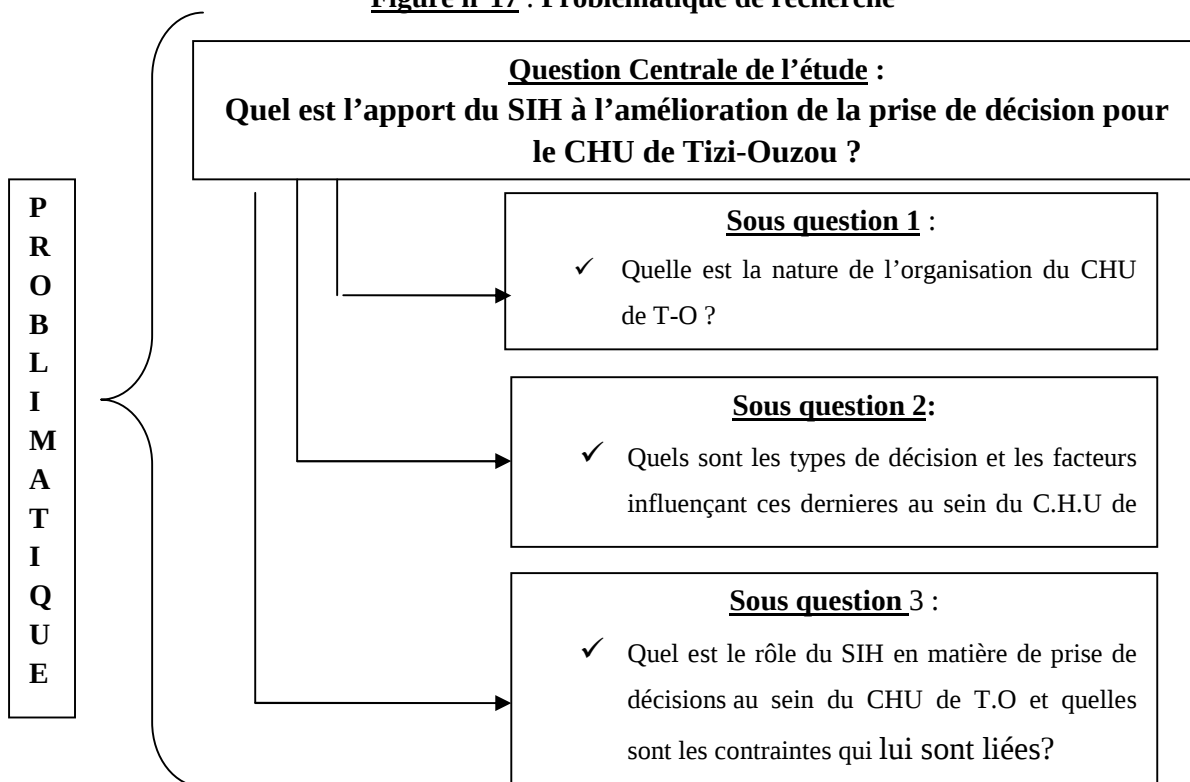
Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Quel est l'apport du SIH à l'amélioration de la prise de décision pour le CHU de Tizi-Ouzou ?**

La question centrale de la recherche fait émerger trois principales questions de recherche et qui vont guider notre démarche empirique. Ces questions sont les suivantes :

- ✓ Quelle est la nature de l'organisation du CHU de T-O ?
- ✓ Quels sont les types de décision et les facteurs influençant ces dernières au sein du C.H.U de T-O ?
- ✓ Quel est le rôle du SIH en matière de prise de décisions au sein du CHU de T.O et quelles sont les contraintes qui lui sont liées?

Notre problématique de recherche est présentée dans la figure suivante :

Figure n°17 : Problématique de recherche



Source : Réalisé par nous-mêmes

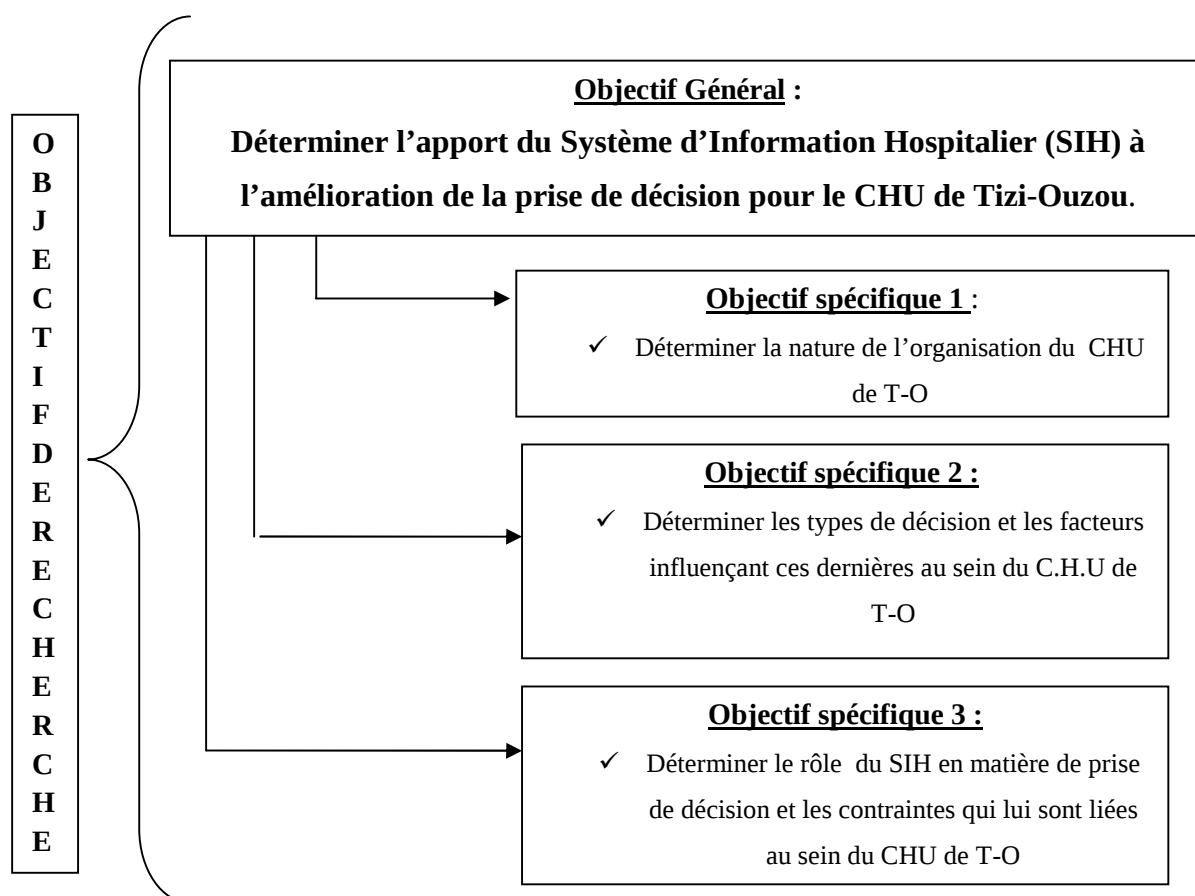
III-1-1-2 Rappel des objectifs de recherche

La problématique de la recherche s'inscrit dans une logique de déterminer l'apport du **Système d'Information Hospitalier (SIH) à l'amélioration de la prise de décision pour le CHU de Tizi-Ouzou**. Donc nous nous sommes fixés trois objectifs qui sont :

- Déterminer la nature de l'organisation du CHU de T.O;
- Déterminer les types de décision et les facteurs que les influencent au sein du C.H.U de T-O;
- Déterminer le rôle du SIH en matière de prise de décision et les contraintes qui lui sont liées au sein du CHU de T.O;

L'objectif de notre étude résumé dans la figure suivante :

Figure n°18 : Objectifs de recherche



Source : Réalisé par nous-mêmes

III-1-2 Méthodologie de recherche

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, on a prévu d'adopter une visée compréhensive et descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques, et collecte des données du terrain.

Un recueil de données basé sur le cadre conceptuel et le terrain nous permettra par la suite de réaliser une analyse des informations en lien avec les apports théoriques et de synthétiser l'ensemble des résultats.

Par conséquent, nous souhaitons un recueil des données inscrit dans une méthode qualitative. Dans cette méthode, la position du chercheur est particulière tant avec l'objet de recherche, qu'avec la recherche elle-même, ainsi qu'avec les participants à la recherche. Enfin, les méthodes qualitatives sont un type de recherche aux données non numériques recueillies dans le milieu naturel des participants. Le chercheur essaie d'établir une interaction avec les participants, les interviewés afin d'interpréter aux mieux les propos autour du phénomène étudié.

Cette démarche vise à répondre à notre question du départ à travers une étude de cas dans l'objectif est de tenter à comprendre et d'écrire un phénomène complexe qu'est le processus de prise de décision tout en appliquant une technique d'analyse de contenu. Cette analyse *« est une technique indirecte d'investigation scientifique utilisée sur des productions écrites, (...), provenant d'individus ou de groupe, dont le contenu ne se présente pas sous forme chiffrée, qui permet de faire un prélèvement soit quantitatif, soit qualitatif en vue d'expliquer, de comprendre et de comparer »*¹.

III-1-2-1 Le choix de l'outil

Au regard des objectifs fixés pour ces échanges et de notre souhait de proposer une certaine liberté à la personne interrogée, nous choisissons de réaliser des entretiens non-directifs.

L'entretien est *« procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés »*².

¹DAHAK, Abdenmour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou.Edition El-Amel, 2015, p.125.

²AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 87.

L'entretien non directif laisse beaucoup de latitude à la personne interviewée, celle-ci peut s'exprimer librement sur le sujet qui lui a été présenté. Ce type peut aider à définir un sujet sur lequel on ne sait rien ou presque rien. On y a recourt pour une recherche d'information ou d'opinions de niveau assez général¹.

III-1-3 Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude

Dans un premier lieu nous allons, définir la population de notre étude et ses caractéristiques, puis l'échantillon qui est un extrait de cette population.

III-1-3-1 Caractéristiques de la population d'étude :

La population d'étude peut être définie comme « *l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations. C'est ce qu'on appelle aussi la population-mère* »². Afin d'éclairer et d'approfondir nos recherches, nous avons fait le choix de recueillir une partie des informations au centre hospitalo-universitaire « NEDIR Mohamed » de Tizi-Ouzou, qui 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 des CHU (annexe n°1). 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.³

Dans le cadre des missions, le CHU de T-O est chargé notamment des tâches suivantes⁴ :

- **En matière de santé :** d'assurer 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 de la population ; d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la

¹DAHAK, Abdenmour., KARA, Rabah. *Op.cit.*, p. 96.

²AKTOUF, Omar. *Op.cit.*, p.71.

³Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

⁴*Ibid.*

santé ; de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

- **En matière de formation :** d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ; de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.
- **En matière de recherche :** d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ; d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

L'Hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 Juillet 1955 à 9h00 du matin. 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 (S.S.U) et ceci par l'ouverture d'une formation biomédicale pluridisciplinaire.

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

Le C.H.U de Tizi-Ouzou est constitué de deux (02) unités d'hospitalisation avec 900 lits organisés, répartis en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations. L'Unité NEDIR Mohamed considérées unité mère située au Centre Ville dans l'enceinte de la structure siège du C.H.U et l'Unité BELLOUA située à quatre kilomètres de la Direction Générale sise Redjaouna, sont annexées à l'unité NEDIR, une clinique dentaire avec cinq spécialités, les consultations spécialisées 24 salles de consultations et la Médecine du Travail,

III-La contribution du SIH dans l'amélioration du PPD au sein du CHU de T-O

toutes situées en extra muros¹, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades. En effet, la Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed représentée dans les tableaux suivants :

Tableau n° 8: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services médicaux

Services Médicaux	Nb de lits Réels
Médecin interne	39
Cardiologie	34
Hématologie	40
Réanimation médicale	12
Réanimation chirurgicale	07
Pédiatrie	58
Maladies infectieuses	32
Psychiatre	10
Néphrologie	18
Hémodialyse	28
Urgence de Médecine	12
Urgence de pédiatrie	12
Urgence de Chirurgie	44

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

Tableau n° 9: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Services chirurgicaux

Services chirurgicaux	Nb de lits Réels
Chirurgie viscérale	51
Traumatologie	42
Neurochirurgie	47
Urologie	24
Chirurgie infantile (CCI)	32

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Tableau n° 10: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Les Blocs Opératoires

Blocs opératoires	Nombre de salles	Observations
Chirurgie viscérale	03	Commun à toutes les Spécialités
Traumatologie	04	
Neurochirurgie	02	
Urologie	03	
CCI	03	
Blocs des urgences	05	

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

Tableau n° 11: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques

Structures existantes
Laboratoire de biochimie
Laboratoire de microbiologie parasitologie
Laboratoire d'anatomie pathologique
Laboratoire d'hémobiochimie
Centre de transfusion sanguine
Laboratoire de cytogénétique

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

Remarque 1 :

Les explorations radiologiques sont disponibles au niveau du service de radiologie centrale, des urgences médico-chirurgicales ainsi que dans certains services médicaux tels que : la médecine interne, la cardiologie, la réanimation médicale

Tableau n° 12: Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire

N°	Services	Consistance
01	Dentisterie opératoire	Clinique dentaire disposant de 50 fauteuils dentaires
02	Pathologie bucco- dentaire	
03	Prothèse dentaire	
04	Ortho- dentisterie – Faciale	
05	Odontologie Conservatrice	

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

Tableau n° 13: Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Services d'Hospitalisations

Services d'Hospitalisation	Nombre de lits réels
Pneumo-phtisiologie	58
Médecine physique et réadaptation	34
Endocrino-diabétologie	36
O-R-L.	22
Ophthalmologie	22
Dermatologie	15
Rhumatologie	24
Neurologie	26
Oncologie	27
Gynécologie	34
Chirurgie thoracique et vasculaire	16
Chirurgie cardiaque	16

Source : Exploitation des données du CHU de T-O

Tableau n° 14: Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Blocs opératoires

Blocs opératoires	Nombre de salles	Observations
Gynécologie	02	Commun à toutes les Spécialités
ORL	02	
Ophtalmologie	02	

Source : exploitation des données du CHU de T-O

Tableau n° 15 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques

Structures existantes
Laboratoire de biochimie
Laboratoire de neurophysiologie
Radiologie standard

Source : exploitation des données du CHU de T-O

L'absence d'une autre structure d'hospitalisation au chef lieu, l'absence d'un maillage des urgences dans la wilaya, ainsi que les nombreuses évacuations provenant des autres wilayates (Bouira, Bejaïa et Boumerdès) ont contraint l'établissement à jouer le rôle d'un C.H.U Régional qui doit faire face à un bassin de population élargi avoisinant les 04 Millions d'habitants, créant ainsi un déséquilibre entre la demande en soins et les ressources financières allouée.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est crée par le décret exécutif N°97-467 du 2 Chaabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaire¹. La nomenclature budgétaire du centre hospitalo-universitaire de T-O, est fixée par arrêté conjoint du ministre

¹Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

chargé de la santé et du ministre chargé des finances. Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses¹ :

- **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 ;
- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- Les recettes diverses ;
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

- **Les dépenses comprennent**

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

III-1-3-2 Echantillon d'étude

En raison du temps limité pour réaliser l'étude, il est difficile de porter cette dernière sur la totalité de la population. Pour réaliser efficacement cette étude de terrain dans les délais on a extrait un certain nombre d'individus précis appelé échantillon à travers la méthode d'échantillonnage non probabiliste selon les techniques non scientifiques, méthode dans laquelle le chercheur met au point une procédure subjective de sélection des individus².

Compte tenu de l'organisation hospitalière qu'est de type pyramidal, il nous a donc semblé important de prendre en considération les directeurs situés au sommet stratégique à

¹OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*, Tome 1, 2010.

²DAHAK, Abdennour., KARA, Rabah. *Op.cit.*,p.116-117.

savoir : le directeur de l'établissement, et les responsables situés au centre opérationnel notamment le médecin chef et enfin le chef de service informatique.

Parce que notre étude est qualitative, elle ne demande pas de grands échantillons¹, donc l'échantillon obtenu est de trois entretiens : Un entretien réalisé avec le DG du CHU de Tizi-Ouzou, un autre réalisé avec médecin chef du service cardiologie et un dernier réalisé avec chef du service informatique.

III-2 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.

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

Dans 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 consultatif².

III 2-1-1 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, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur, il exerce le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité, et nomme l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs³.

III 2-1-2 Le conseil d'administration

Ce conseil, il comprend le représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de

¹DAHAK, Abdenmour., KARA, Rabah. *Op.cit.*, p.124

²OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*, Tome 1, 2010.

³Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

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, de l'assemblée populaire de la commune siège du C.H.U, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil scientifique du C.H.U¹.

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 relèvent mais, en cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. En effet, les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci. Ce conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

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 programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements, le projet de tableau des effectifs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur. 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 membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion. Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le *quorum** n'est pas atteint, cependant celui ci est à nouveau convoqué dans les Dix jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage, des voix, celle du président est prépondérante. Les délibérations

¹*Ibid.*

**Quorum* : Nombre de membres qu'une assemblée doit réunir pour pouvoir valablement délibérer, nombre de votants nécessaires pour qu'une élection soit valable.

du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

III 2-1-3 Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toutes 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 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 formation¹. 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. Ce conseil élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. 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 CHU. Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre. Ce conseil ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quelque soit le nombre des membres présents.

Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique. Il comprend, outre le directeur général, président : le président du conseil scientifique ; trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique. Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U. ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement. Le comité consultatif se réunit une fois par mois².

III 2-1-4 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

¹Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

²Ibid.

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 juridiques¹.

- **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 ;

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 autre, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants :

- **Recrutement**

Le recrutement se fait en fonction des besoins des différents services administratifs et médicaux, permettant de pourvoir les postes vacants à la suite des départs à la retraite, de maladie, de congés...., ces besoins sont déterminés par le biais du plan annuel de gestion des ressources humaines qui est un tableau récapitulant la situation des effectifs du C.H.U, les besoins en personnel, les postes actuels et la répartition des postes budgétaires. Ce plan annuel détermine aussi le calendrier des recrutements. Ce plan est envoyé à la direction de santé et au ministère, chaque fin d'année, pour la validation et l'accord. Ce plan est très contraignant et ne permet plus une impose aux gestionnaires de respecter les pourcentages réservés à chaque mode de recrutement, cela donc ne permet pas de répondre aux besoins réels du CHU.

¹OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*, Tome 1, 2010.

Les proportions d'employés recrutées par voie interne et externe sont fixées par les statuts particuliers des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé. En effet, l'article 06 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier de ces derniers fixe la proportion de recrutement interne pour cette catégorie de personnel à 50% des postes vacants(annexe n°2). La proportion du recrutement externe est aussi de 50% qui se fait par un appel d'offre souvent lancé par le biais des canaux légaux que sont la presse et l'affichage dans les lieux publics avec un délai d'un mois.

- **Rémunération**

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

- **Promotion et sanction**

Le CHU de T-O organise plusieurs promotions tout corps confondus, soit par voie d'examen, test professionnel ou promotion au choix. Concours professionnel à la suite d'un stage, au choix après avis de la commission du personnel par voie d'inscription au tableau annuel d'avancement, ce choix est souvent porté sur des candidats remplissant des conditions d'ancienneté et de qualification. Par contre, la sanction est infligée aux employés à la suite des fautes professionnelles commises, en vue d'assurer et d'instaurer de la discipline au sein de l'institution. Les sanctions sont classées en trois degrés selon la gravité des fautes commises.

- **La formation**

La formation se divise en formation de base et la formation continue. D'après l'article 3 du décret exécutif n° 96-92 la formation continue est une obligation pour les établissements publics à caractère administratif(annexe n°3), a cette effet, chaque fin d'année, après l'envoi du ministère des principaux thèmes de formation pour le CHU de T-O, il y'a une nécessité de déterminer les besoins en formation, d'élaborer un plan de formation et de permettre la faisabilité de ces formations, en assurant le transport, et tous les moyens nécessaires. La formation a principalement pour finalité, la promotion du personnel, le perfectionnement et le recyclage, donc la formation spécialisée est destinée à l'occupation initiale d'un emploi public, ou à l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité, ainsi qu'à la préparation

aux concours et examens professionnels, le perfectionnement vise à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement, la mise à jour des compétences professionnelles du fonctionnaire et le recyclage, a pour objectif d'adaptation d'un emploi public compte tenu de l'évolution des méthodes et des techniques, ou des changements importants intervenus dans l'organisation, le fonctionnement et les missions du service.

- **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 d'hospitalisation dans la journée.

- **La Direction des moyens et matériels**

Elle comprend

- 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.
- 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.

- **La direction des activités médicales et paramédicales**

Elle comprend :

- 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.
- 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-thérapeutiques ; en effet , l'organigramme du CHU de T-O est presenter en annexe n°4.

III 2-2 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 notamment :

III 2-2-1 Le personnel médical

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes¹.

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'enseignent dont ils ont la charge. Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés a 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 docents, 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 (10) 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 (9) heures

¹OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*, Tome 1, 2010.

comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs; dans ce cas, ils sont dispensés des travaux dirigés ou pratiques.

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 médicale.

- Les docents sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs, les docents 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 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 (4) heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants.

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.

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.

- Les professeurs sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) 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 (4) 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 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 docents, 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 efficience du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires. En effet, 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.

- 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.

III 2-2-2 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.

- 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.

III 2-2-3 Le personnel administratif

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économe. 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'économe, 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 tout corps confondus de 2425 employés.

III 2-3 Organisation du CHU de T-O par service

Le CHU de T-O est organisé en service, ces services sont les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médico-techniques¹.

III 2-3-1 Services d'hospitalisation

Ce sont des services remplissant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins intensifs et dont l'état de santé demande un suivi thérapeutique en milieu hospitalier. L'admission dans les services hospitaliers s'effectue soit par le biais du service des urgences ou par le biais du malade lui-même sollicitant le service hospitalier.

Le CHU du T-O contient plusieurs services d'hospitalisation notamment :

- **Services chirurgicaux à savoir :** chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumo-phthisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrino-diabétologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Rhumatologie, Neurologie, Oncologie, Gynécologie, Chirurgie thoracique,
- **Les Services médicaux à savoir :** médecin interne, Cardiologie, Hématologie, Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie, Service de tri...

III 2-3-2 Service des urgences

Il est le service où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

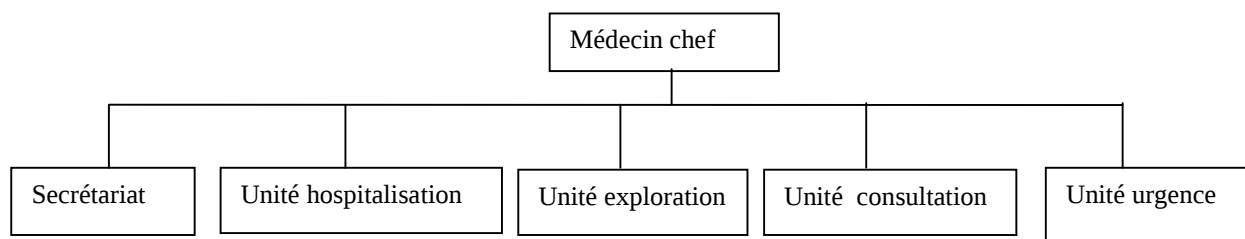
III 2-3-3 Services médico-techniques

Ces services sont représentés principalement par le service de radiologie, et le laboratoire d'analyses médicales, Imagerie Médicale, Pharmacie, Maintenance Bio- Médicale, Centre de Transfusion Sanguine et Service Informatique. La participation de ces services à l'activité de l'hôpital mais ne remplissent se concrétisent lors de la fourniture des résultats des divers examens que demandent les services d'hospitalisation en les aidant à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mises en œuvre.

D'une manière générale les services médicaux sont structurés de la manière suivante :

¹ Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

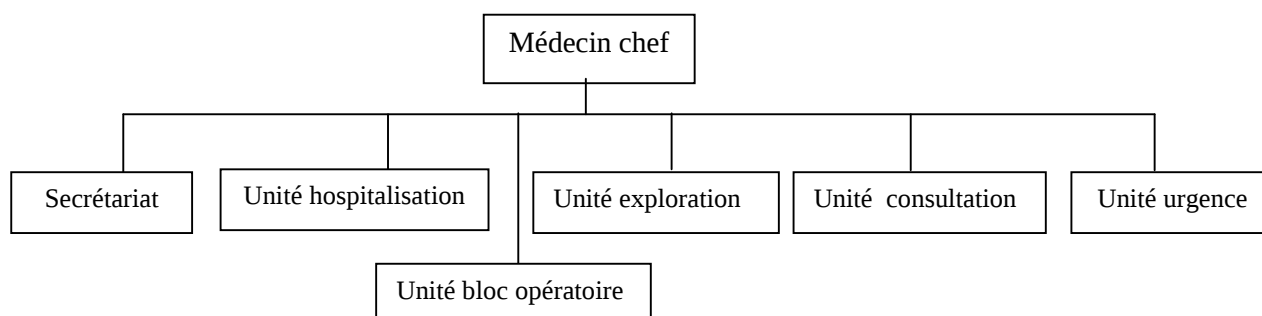
Figure n°19: Structure générale des services médicaux



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Par contre les services chirurgicaux sont structurés de la manière suivante :

Figure n°20: Structure générale des services chirurgicaux



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

III-3 Analyse et interprétation des résultats de l'étude

La présente section est consacrée à l'analyse des résultats de l'étude et à la confrontation des données avec la revue de la littérature, dans un but de répondre aux objectifs de notre étude.

III-3-1 le C.H.U de Tizi-Ouzou : organisation bureaucratique

Après avoir analysé le fonctionnement et l'organisation du C.H.U de Tizi-Ouzou, nous pouvons dire que ce dernier est une organisation bureaucratique du fait qu'il est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et soumis au contrôle de l'Etat, présidé par un directeur nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, administré par le conseil d'administration, secondé par un président du conseil scientifique composé de représentants du personnel médical et assisté par un comité consultatif. Il est composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres tels que les services d'hospitalisation, services médicaux, médicaux-techniques à l'exemple de la pharmacie, qui remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel. Au sein des services les

professionnelles de santé fonctionnent de manière autonome c.-à-d., gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, et avec les professionnels de santé extérieurs. Par ailleurs, la multiplicité d'acteurs et l'interdépendance des logiques médicales, administratives et soignantes, avec des objectifs contradictoires où les professionnels ont l'objectif d'assurer la qualité des soins aux patients, et de l'autre côté les administratifs qui répondent à un cadre réglementaire stricte, implique l'existence d'un pouvoir bicéphale à savoir le pouvoir médical et le pouvoir administratif. Donc les modalités d'exercice du pouvoir de décision sont définies par les textes, mais aussi par les pratiques des acteurs.

III-3-2 Les types de décision et les facteurs que les influençant au sein du C.H.U de T-O

Depuis la création du CHU de T-O, les décisions sont prises quotidiennement. Elles ne sont pas toutes de même nature ni de même importance. Ces décisions sont influencées par des facteurs qui les rendent complexes.

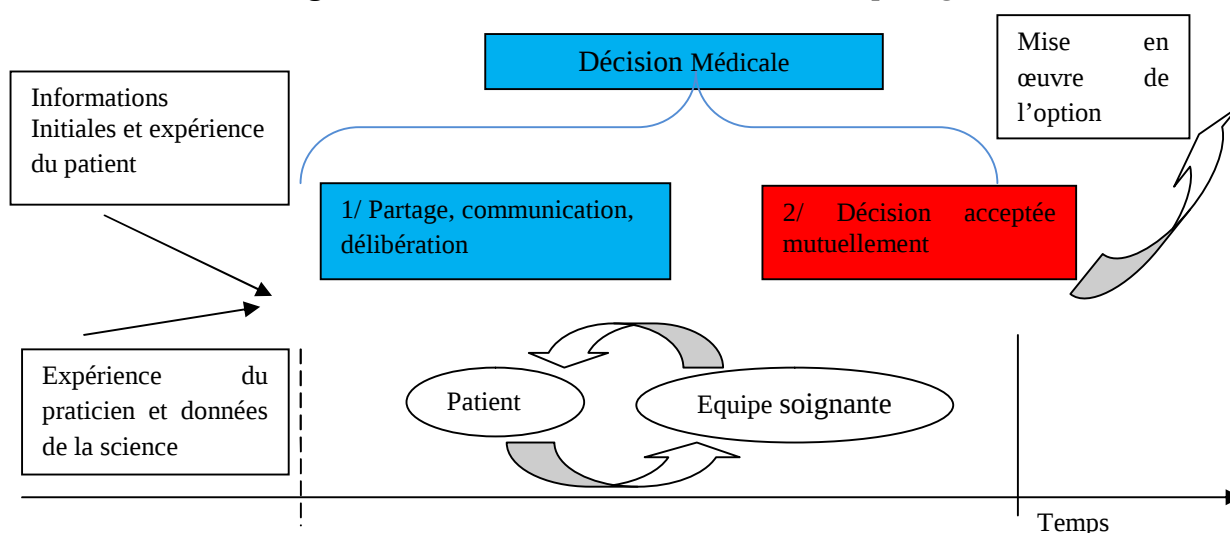
III-3-2-1 Les types de décision au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou

Au sein du CHU de T-O on distingue des décisions prises par les médecins, les infirmières, on les appelle aussi les décisions médicales et les décisions prises par les dirigeants des établissements qui sont les décisions administratives, et les décisions stratégiques. Pour mieux comprendre ces types et la relation qui existe entre les acteurs, nous nous sommes référés aux entretiens réalisés avec le Médecin chef de service cardiologie, et le Directeur générale du C.H.U en date du 27 et 28 juin 2016. La durée de chaque entretien s'est située entre 30min et 45 minutes.

- **La décision médicale :** Suite à la déclaration du médecin chef de service cardiologie, la décision médicale est prise au sein des services médicales et le processus de cette décision exige des médecins : un savoir scientifique, une compétence technique, une maîtrise relationnelle, une information du malade. Pour identifier la maladie il faut accumuler l'information nécessaire soit celui issu des études épidémiologiques, l'autre provenant des interactions avec le patient (interrogation, examens complémentaires, dossier médical). Lors de la phase de diagnostic, le médecin cherche la meilleure information possible pour ensuite rechercher des solutions. En effet, pour faire face à un problème incertain le médecin peut faire recours aux expériences passées, ou demande un avis d'un ou plusieurs confrères, pour sélectionner enfin le bon choix pour répondre aux besoins de patient et prendre la décision, mais toutes les décisions prises par le médecin, sont incertaines du fait de l'imprécision qui peut caractériser les données d'un examen incomplet suite au l'éloignement des plateaux techniques (imagerie et laboratoire), et de l'incertitude. Ce qui affirme que la première

caractéristique de la décision en santé tient à la part de l'incertitude. Le médecin prend sa décision dans un environnement où l'information incomplète et imparfaite ce qui réfère à la notion de rationalité limitée. Cependant, cette dernière prise de manière collégiale au sein du service, avec l'intervention de plusieurs acteurs prenant en considération, les avis de l'équipe soignante, mais également de celui de la famille, et de patient en premier lieu et en donnant lieu à un échange, un dialogue dans lequel chacun peut exposer ses arguments avec ceux des autres. Pour prendre enfin des décisions adéquates aux besoins des patients. Il faut souligner aussi que cette dernière est une décision individuelle au sein du CHU de Tizi-Ouzou. Pour mieux comprendre ce type de décision, son déroulement on a le schéma suivant :

Figure n°21 : Processus de décision médicale partagée



Source : Haute Autorité de Santé. *Patient et professionnels de santé : Décider ensemble : Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée*, Octobre 2013, p.2

- **La décision administrative :** Suite à la déclaration du DG, toute décision médicale a des conséquences économiques qui nécessitent des prises de décisions administratives puisque le médecin est l'ordonnateur de dépenses de santé. Ces décisions prises généralement par les dirigeants de l'établissement qui sont des décisions routinières à savoir des décisions de gestion, de recrutement, d'achat de matériels, de médicaments... pour assurer le bon fonctionnement de l'hôpital. Donc le dirigeant doit gérer les ressources d'une manière efficace afin de répondre aux besoins exprimés par les professionnels de santé pour prodiguer en contre partie les soins nécessaires aux patients. De ce fait, on peut dire que la relation qui existe entre les professionnels de santé et directeur est une relation de complémentarité, sachant que toutes les décisions administratives sont centralisées puisque ce dernier (le directeur), doit appliquer les

décisions imposées par la direction et par le ministère. Cette décision est prise individuellement au sein des services.

- **La décision stratégique**

Quant aux décisions stratégiques sont des décisions collectives qui nécessitent une utilisation des ressources humaines et financières importantes. En effet, le CHU de T-O à met en place un projet d'établissement qui a fixé plusieurs objectifs à atteindre pendant 5ans (2013-2017). Ainsi le projet d'établissement mis en place a mis en œuvre des options stratégiques et une démarche qualité répondant aux normes et exigences qualitatives garantissant la qualité de la prise en charge globale de la population en matière de diagnostic, d'exploration et de traitement. Ce dernier a été mis en place par une équipe multidisciplinaire exerçant au sein de l'institution en tenant compte des forces et faiblesses de l'établissement. En effet, l'élaboration de ce projet d'établissement a été réalisée grâce à un long travail de sensibilisation et d'information à l'attention de tous les professionnels de la santé en liaison avec le conseil scientifique. La Direction Générale a réussie à mettre en place une cellule de réflexion qui a abordé cinq thèmes majeurs correspondant aux grandes missions de l'établissement : soins et qualité, Recherche médicale et scientifique, Logistique et équipement, Ressources humaines et formation continue, Information sanitaire. Toutefois, ce projet d'établissement a permis à l'établissement de se projeter dans l'avenir d'inscrire le développement des activités spécifiques reflet des besoins de la population, et d'étudier les différents moyens à mettre en œuvre pour assurer le développement de l'établissement en lui donnant cohésion et cohérence. Il s'agit donc d'un enjeu d'avenir, et pour chacun d'une exigence contemporaine. L'objectif de ce dernier est de : Conforter la mission du C.H.U, développer les activités spécifiques reflète des besoins de la population et des transitions épidémiologiques, adapter le dispositif sanitaire actuel aux nouveaux modes de prise en charge notamment les alternatives à l'hospitalisation, prendre en compte les priorités de santé publique : définies par la politique de santé nationale (pathologies cancéreuses, pathologies cardio-vasculaires), offrir des prestations de qualité et pérenniser la démarche qualité initiée (accréditation). Toutefois, la réussite d'un projet d'établissement dépend en partie de la mise en place d'une gestion financière rigoureuse en tenant compte de la demande en soins, l'activité de chaque service et conformément au plan de développement qui a son tour obéît aux transitions épidémiologiques, à la réalisation des programmes nationaux de santé et au développement des activités. Le projet d'établissement à intégrer le programme de gestion financière basée sur : la planification budgétaire, le contrôle dans

l'exécution du budget et enfin l'analyse et le calcul des coûts qui constitue un instrument d'évaluation et du contrôle de gestion par excellence. En effet, la prise de décision stratégique se fait à la base d'un grand nombre d'information, et sur la base d'une communication formelle et informelle où chaque membre d'équipe expose leur point de vue, et ce par le biais d'une négociation. Lors de la prise de décision stratégique au sein du CHU de T-O les tâches sont bien définies comme le montre le tableau en Annexe n°5.

Tout ça nous amène à conclure que les décisions finales appartiennent au directeur, qui assure la gestion et la conduite générale mais son action est souvent soumise à plusieurs contraintes, et la multiplicité des acteurs hospitaliers, nous permet de dire que le modèle de prise de décision le plus approprié à l'hôpital est celui de modèle politique. Le processus de prise de décision est complexe suite à la complexité de l'organisation du CHU de T-O qui est caractérisée par des déferentes contraintes et dysfonctionnements.

III-3-2-Facteurs influençant la décision au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou

Le CHU de Tizi-Ouzou en effet, enfermé dans une chaîne de contraintes et dysfonctionnements qui rendent la prise de décision complexe et difficile à maîtriser quelque soit leur type. L'hôpital donc, doit faire face à un certain nombre de difficultés définies par Pascal comme : « *cloisonnement et segmentation trop forte des activités, hiérarchie trop lourde, manque de cohérence dans les paramètres de l'organisation hospitalière, démotivation des personnels, fonctions de production non optimales, problèmes de circulation de l'information* »¹.

L'ensemble de ces contraintes et dysfonctionnements sont présentés comme suit :

- **Contraintes et dysfonctionnements liés aux moyens humains**

Concernant les ressources humaines du CHU de Tizi-Ouzou des insuffisances ont été constatées à savoir : Absence d'un personnels d'encadrement (sous Directeurs, chefs de bureaux), manque de personnel qualifié, absence d'un logiciel pour la gestion des archives, absence d'une salle d'archives, lenteur dans la procédure administrative: fonction publique, contrôleur financier, refus de création de nouveaux postes budgétaires, seul la transformation des postes budgétaires existants est acceptée, centralisation de la gestion des carrières des corps de praticiens spécialistes de santé public et hospitalo-universitaires, docteurs et professeurs en matière de: disciplines,

¹MEBREK, Fateh. *Outils d'aide à la décision basés sur la simulation pour la logistique hospitalière, application à un nouvel hôpital*. Thèse du Doctorat, Modélisation et stimulation, CLERMONT-FERRAND : Université BLAISE PASCAL CLERMONT-FERRAND II, 2008, p.6.

absentéismes, le mauvais accueil des malades, les suivies de l'activité complémentaire, et de l'activité lucrative.

- **Contraintes et dysfonctionnements liés à l'organisation**

Concernant l'organisation de la structure du CHU de Tizi-Ouzou, ils ont constaté une exigüité de la structure, exigüité des espaces, absence de locaux et/ou locaux inadaptés, insuffisances et éloignement des plateaux techniques (imagerie et laboratoire) par rapport aux UMC engendrant des désagréments pour les patients et un retard dans la prise en charge. Quant à l'organisation de soins au sein de ce dernier ils ont constaté une hospitalisation abusive faute d'arguments scientifiques entraînant une surcharge des services d'hospitalisation, une durée moyenne de séjour est longue, inexistence de protocoles de soins médicaux et paramédicaux..., délais d'attente exagérés et accès difficile à l'exploration, une lenteur dans la prise en charge chirurgicale, non respect du tri ainsi que le circuit des déchets entraînent un amoncellement à côté de services d'hospitalisations, malgré les différentes actions menées pour y palier et ce par manque de volonté du personnel, absence de réactivité par insuffisance de culture d'éthique et de déontologie dans la relation soignant- soigné.

- **Contraintes liées aux ressources matérielles**

Concernant les moyens matériels et les équipements du Centre Hospitalo-universitaire de T-O, ils ont constaté que les équipements hors activité de soins (matériel de restauration, de blanchisserie, de garage, d'atelier, du transport), ne bénéficient d'aucun plan de maintenance et sont sous des responsabilités confondues entre plusieurs services, le matériel d'exploration est souvent en panne, matériaux utilisés non conformes (pose de résine inadaptée, soubassement non respectés...), insuffisance de l'entretien et de la maintenance de l'environnement de stérilisation et des équipements, plusieurs ruptures de stocks en produits sont enregistrées à différents niveaux, ces ruptures sont dues soit : à des lenteurs dans les procédures d'approvisionnement, à la surconsommation de certains produits d'hygiène et pharmaceutiques à la surconsommation de certains consommables et accessoires médicaux.

- **Contraintes liées à l'information**

Les contraintes liées à l'information se résument comme suit : relations inter service non formalisées, pas de vocation diagnostique par l'absence totale de

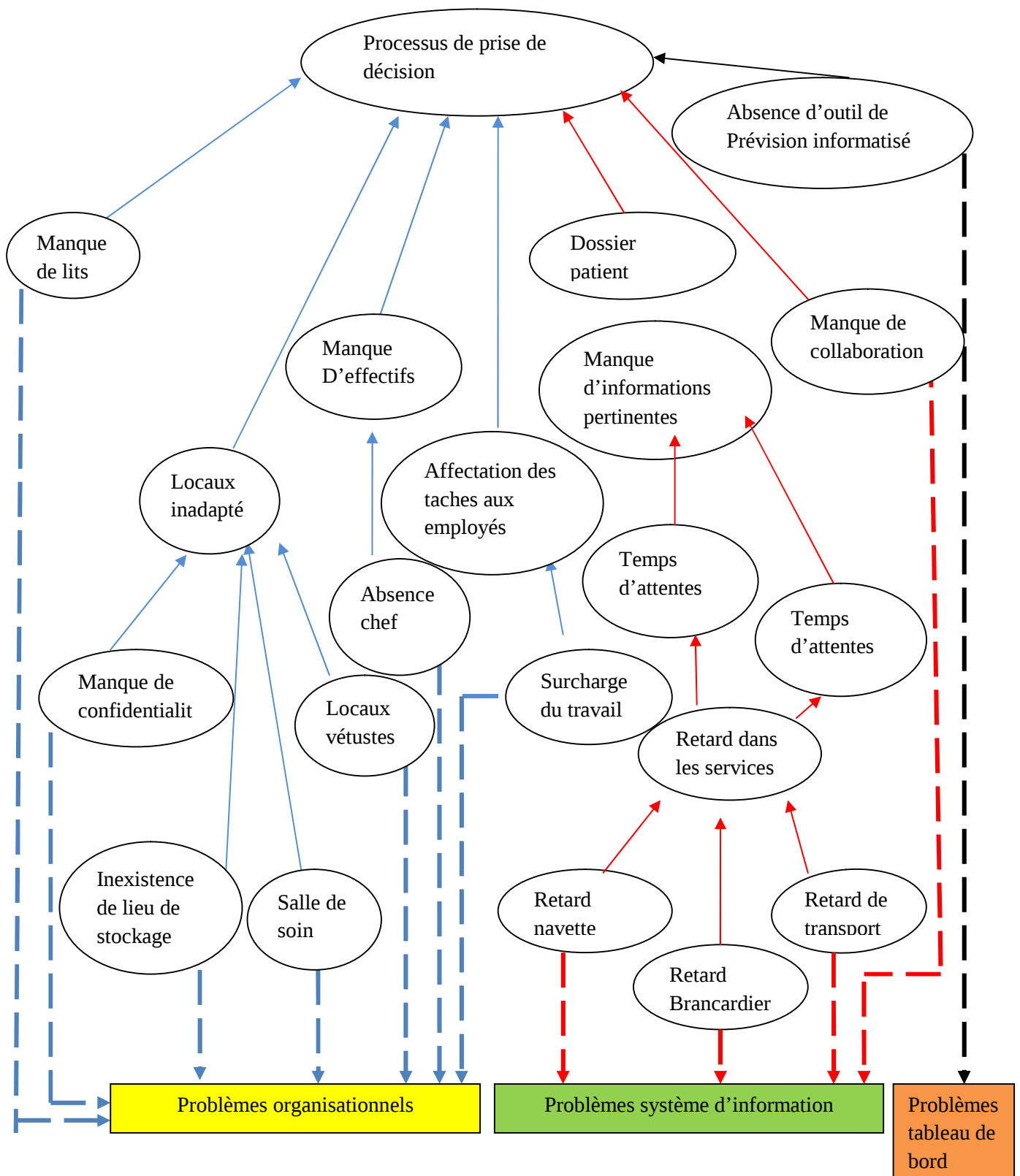
communication entre médecins demandeurs et radiologues, absence de guide d'information pour cadrer les visites, l'absence d'hierarchisation des tâches : conflits des rôles des différentes catégories médicales et paramédicales, l'insuffisance en transmission d'éléments d'information dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et manque d'harmonie du travail en équipe, le manque d'interaction et de coordination entre les partenaires médicaux, paramédicaux et administratifs, l'absence de coordination interdisciplinaire : négligence, inconscience, absence de continuité de la prestation médicale et paramédicale, l'irrégularité de réunions du conseil de service d'où l'absence d'évaluation, manque de communication entre les différents spécialistes, absence de réseau de contact entre le patient et le soignant, absence de cellule d'information spécifique, mauvaise répartition des réceptionnistes, absence de coordination entre le médecin traitant et le médecin du pavillon des urgences, absence de relation entre le médecin de famille et le médecin d'accueil au sein du CHU, l'information reçue par le patient n'est pas toujours comprise, le vocabulaire utilisé n'est pas toujours adapté au patient ; les documents écrits auxquels peut se référer le patient ne sont pas développés, transcription incomplète des données médico-administratives relatives aux malades (la fiche navette reste un document inexploitable vu le manque d'informations transcrites).

Ces contraintes et dysfonctionnements peuvent être classés comme suit :

- Problèmes organisationnels qui sont en relation directe avec le dimensionnement des ressources matérielles et humaines, l'affectation de ressources à des tâches, l'ordonnancement et la planification,
- problèmes de système d'information qu'il s'agit de pouvoir coordonner les tâches, la communication, les événements aléatoires (retard, pannes, absence,...),
- Problème de tableau de bord qu'il dépend des outils de prévision dédiés aux utilisateurs pour les aider à prendre des décisions.

Ces problèmes sont présentés comme suit :

Figure n°22: Contraintes et dysfonctionnements en milieu hospitalier



Source: MEBREK, Fateh. *Op.cit.*, p. 11.

Les personnes interviewées estiment que le système d'information hospitalier en tant qu'un volet de projet d'établissement qui est un instrument de pilotage peut améliorer le

processus de prise de décision, va assurer une meilleure coordination et coopération entre le personnel de l'établissement, une responsabilisation et une implication du personnel dans les projets de l'hôpital. En raison de toutes ces insuffisances et dysfonctionnements, le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou a une révision et mise à jour de ses modalités organisationnelles et fonctionnelles et adopter ainsi un nouveau mode de gestion basé sur une démarche participative axée sur la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé et ce dans le but d'élaborer un projet dont les objectifs s'articulent autour de différentes missions. L'effort consenti par la Direction Générale de l'établissement, était de susciter l'intérêt et l'adhésion des professionnels de la santé quant à l'élaboration d'un projet d'établissement où le système d'information hospitalier présente une partie importante de ce dernier. Toutefois, des résistances ont été observées de la part des professionnels de la santé et freiner ainsi la mise en place du SIH. Mais les évolutions sociales, économiques, géographiques, démographiques et épidémiologiques ont contraint l'établissement à accompagner les réformes hospitalières et à chercher des personnes ressources qui se sont constituées par la suite en comité de réflexion et autour duquel se sont regroupées toutes les catégories du personnel qui ont réussi enfin à mettre en place un projet d'établissement qui a fixé plusieurs objectifs à atteindre durant 05 ans¹.

III-3-3 Le rôle du SIH dans le PPD au sein du CHU de T-O

Suite à la déclaration du Chef de service informatique lors de l'entretien réalisé en date du 27/06/2016 d'une durée de 35 min, le projet d'établissement du Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou a été mis en place par une équipe multidisciplinaire exerçant au sein de l'institution en tenant compte des forces et faiblesses de l'établissement. Malgré les résistances de certains acteurs de la santé à ce projet, la Direction Générale a réussi à mettre en place une cellule de réflexion qui a abordé cinq thèmes majeurs correspondant aux grandes missions de l'établissement. Le système d'information hospitalier qui est un volet important de projet d'établissement représente l'ensemble des éléments participant à la production, la gestion, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein d'une organisation, d'un établissement de santé.

III-3-3-1 Le développement du SIH au sein du CHU de T-O :

La mise en place d'un SIH au sein du CHU de Tizi-Ouzou a été avant tout un processus organisationnel, dont l'élaboration a précédé toute tentative d'informatisation. Cette informatisation correspond à l'automatisation d'une partie plus ou moins grande du SIH.

¹ Exploitations des données du CHU de TO

Au CHU de Tizi-Ouzou comme à l'instar des autres structures de santé, le premier programme qui a été acquis et mis en place fut le programme de gestion de la paye.

En 1995, le programme Epipharm initié par la tutelle a été mis en place au niveau de la pharmacie centrale de l'unité Nedir, à l'unité Belloua et à la clinique d'accouchement Sbihi, en vue d'une gestion efficiente et rationnelle des produits pharmaceutiques. La mise en place de ce programme et son paramétrage (DCI de structure, DCI orsec, DCI à surveillance particulière, nomenclature commerciale, fournisseurs, dotations des médicaments, dotations stupéfiants, stock de sécurité, d'alerte...) s'est fait avec l'adhésion totale des utilisateurs. Le logiciel Epimat : ce programme a été remplacé rapidement par un autre programme de gestion des équipements de conception interne (Pour cause de nomenclature incomplète).

Puis en 2002, le logiciel Patient a été mis en place dans tous les Bureaux des Admissions sur tout le territoire national, ce programme a permis d'automatiser (Admission, transfert, fiche navette, recherche du débiteur, facturation, permission, sortie, résumé standard de sortie, renseignements, éditions, exploitations, statistiques). Au sein du CHU de Tizi-Ouzou le programme Patient a été exploité en mode réseau entre le BE les services Médicaux et l'administration, vu que la structure a bénéficié d'un réseau local en 2004, mais ce programme aurait pu connaître une continuité dans les Services de soins, afin de mettre en place le DEM, mais ce dernier a plus servi à asseoir le projet de la contractualisation, il a été associé au programme IDAS pour l'interrogation à distance (Depuis l'hôpital) du fichier unique des assurés sociaux basés au niveau de la direction générale de la CNAS (Benaknoun).

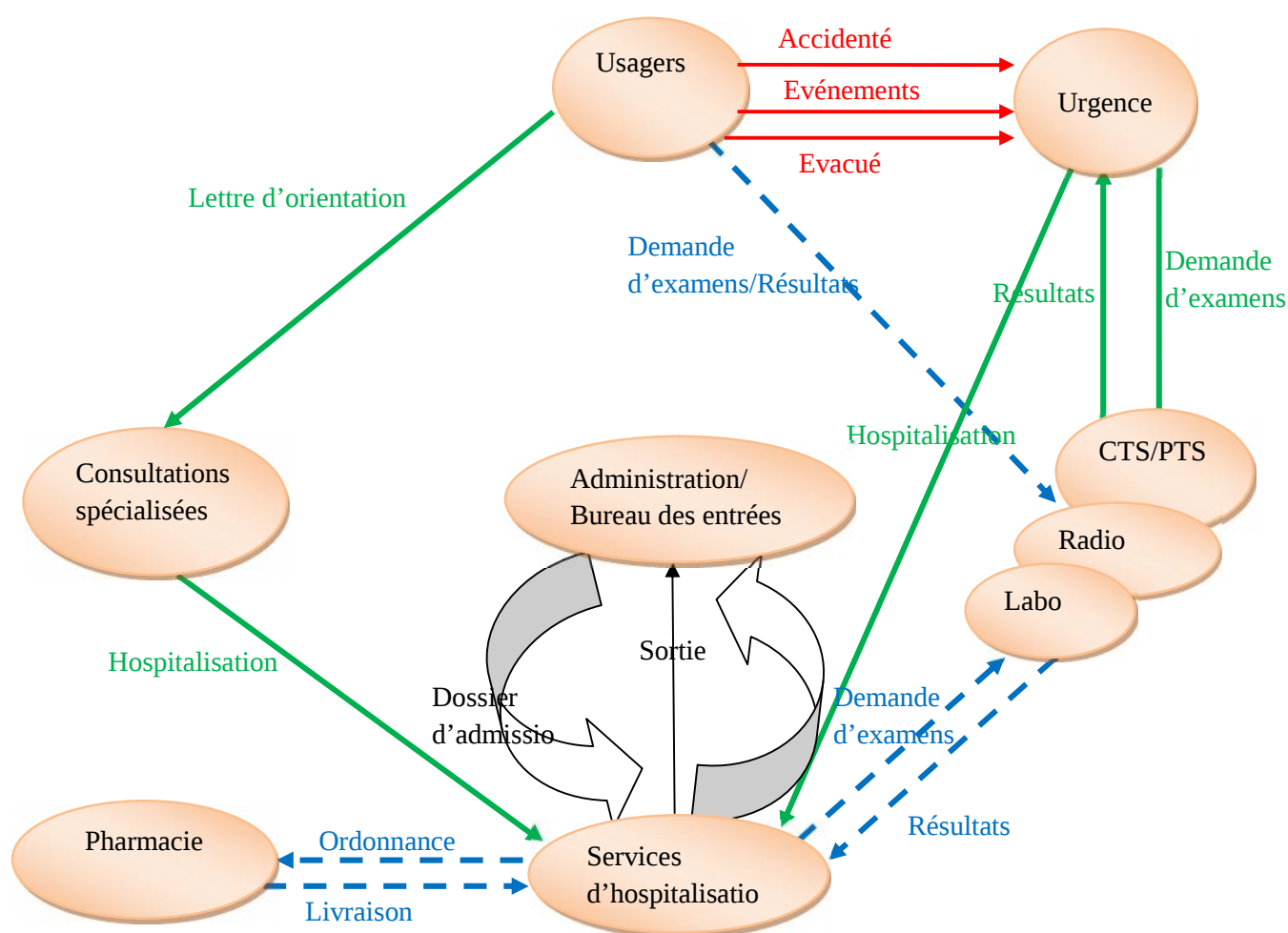
En 2006, l'initiative de remplacer le programme Epipharm par un autre programme a été prise par la direction du CHU. Ce programme a été conçu pour une exploitation en mode réseau entre la pharmacie les services de soins. Ce logiciel a été exploité en parallèle avec le logiciel Epipharm jusqu'à son remplacement par le logiciel 3coh en 2011. En 2008, mise en place d'un logiciel de gestion budgétaire.

En 2008-2009, installations d'une commission interne pour la mise en place du dossier électronique du malade (comité de pilotage). En 2010, mise en place du logiciel 3COH initié Par le MSPRH, afin de mettre en œuvre un système de comptabilité de gestion comprenant à la fois une comptabilité Générale, une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique. Outre la gestion comptable, ce logiciel assure la prise en charge de tous les systèmes de gestion de l'établissement : Achats et la relation fournisseur, gestion des stocks gestion des immobilisations, système de facturation, suivi budgétaire, comptabilité

générale, comptabilité analytique, états financiers, tableaux de bords. En 2013, mise en place Logiciel de Gestion des RHs : RH santé DZ est une plate-forme de gestion des ressources humaines dédiée au secteur de la santé en Algérie. Implémentée des différents processus de gestion des Rh et de formation. RH santé DZ est une plate-forme full web, le serveur applicatif et base de données sont hébergés au niveau du MSPRH, l'accès à la plate forme se fait via un simple navigateur internet. Suite à des directives émanant du Ministre de la santé quant à la nécessité de mettre en place un dossier médical partagé, la Direction du CHU a redynamisé la commission chargée du dossier Electronique du Malade et a procédé à l'élaboration de ce dernier en collaboration avec le fournisseur de logiciel ITTS.

Il faut savoir que l'informatisation des unités de soins est beaucoup plus complexe que l'informatisation des services administratifs. Car la demande médicale est variée d'un service à l'autre et même à l'intérieur d'un même service. Circuit de l'information au sein du CHU de TO est présenté dans la figure suivante :

Figure n°23: Le circuit de l'information au sein du CHU de TO



Source : Exploitations des données du CHU de T.O

Au sein du CHU de T.O le bureau des entrées représente le principal pivot du système d'information puisque il assure une évaluation périodique des actions de soins, le traitement et le suivi des données. Il est en relation étroite avec les services internes et externes (DSP, CNAS, MSPRH...) à son sein, le Logiciel Patient nous permet d'atteindre largement ces objectifs en raison de la richesse de son noyau (Nomenclatures,...), ainsi que les informations et les documents qu'il fournit, il permet : L'identification rigoureuse du statut social de la population, l'évaluation 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, mise en place d'un système de facturation et contractualisation. Malgré ses objectifs, ce programme présente des incompatibilités avec d'autres systèmes d'exploitation. Il s'agit d'un logiciel peu flexible, très peu paramétrable (importation de données, génèrent des anomalies,...).Le lien entre le programme patient et le programme de pharmacie n'existe pas ; d'où l'impossibilité de mettre à jour la nomenclature des médicaments et les nouveaux prix. Le dossier malade (médical) proprement dit n'a pas été pris en considération par le logiciel patient. Incompatibilité entre le système d'exploitation et le matériel actuel.

Logiciel 3COH, est exploité en réseau dans un centre de calcul par le personnel des différentes structures concernées. Les fichiers disponibles sont¹ : La nomenclature nationale des médicaments (DCI), la nomenclature des produits pharmaceutiques (spécialité), la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP 2006), la classification internationale des maladies (CIM 10), les services d'hospitalisation, les spécialités, les catégories socio professionnelles, les groupes sanguins, les maladies chroniques, les maladies du programme national, les établissements de santé (structure), les communes et wilayate (géographique), les organismes de sécurité sociale, les modes d'entrées, les modes de sortie, les taux de remboursement, les paramètres de facturation, les institutions bancaires, les payes.

III-3-3-2 SIH : Outil de décision au sein du CHU de Tizi-Ouzou

Le système d'information hospitalier représente la mémoire du C.H.U de Tizi-Ouzou, il constitue un outil d'aide à la décision qui permet aux décideurs de sélectionner la bonne information pour prendre les décisions, il est l'intermédiaire entre le système opérant et le système de pilotage. Il assure communication et la coordination entre tous les services cliniques et administratifs pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Cette dernière peut être observée sous deux aspects : l'un vertical et l'autre horizontal. La communication verticale

¹ Exploitation des données du CHU de T-O

répond aux besoins fonctionnels et au principe de la hiérarchie. La communication horizontale vise à répondre aux principes de coordination entre services. Il contribue au décloisonnement de l'organisation hospitalière par la gestion des échanges d'informations et la constitution de bases de données communes, donc il est un outil de communication et de travail collaboratif entre les acteurs.

Le système d'information comme outil de stratégie et de décision, il permet de collecter, traiter, stocker et diffuser l'information, d'évaluer les pratiques, des prescriptions, de la sécurité des soins, de savoir qui a fait quoi à savoir les acteurs, les patients, où et quand, comment et pourquoi pour prendre les décisions et élaborer une stratégie en gestion.

III-3-3-3 Les problèmes rencontrés pour le développement du SIH au sein du CHU du T-O

Au sein du CHU de Tizi-Ouzou comme toute autre organisation sanitaire, le développement du SIH à rencontrer plusieurs problèmes sur les plans matériel, technique, humain et organisationnel.

- **Sur le plan organisationnel** : il y a un manque de communication interne, un système cloisonné, organisé sous forme de deux grandes entités : une entité médicale et une autre administrative. Entre les deux, la communication n'est pas souvent instaurée. Le fonctionnement interne de l'hôpital est par ailleurs complexifié par la diversité et la multiplicité des informations. Ces informations sont utilisées par de nombreux acteurs ; elles doivent donc pouvoir circuler et être facilement accessibles tout en respectant leur sécurité et leur confidentialité. Ceci suppose de définir une gestion des droits d'accès très fine et très rigoureuse. Enfin, la cohérence des informations n'est pas totalement assurée.
- **Sur le plan technique** : sur le plan technique et matériel, le nombre d'ordinateurs et de matériel informatique associé est très insuffisant.
- **Sur le plan matériel** : la mise en place d'un SIH nécessite l'achat et la maintenance d'un matériel coûteux, dont la disponibilité doit être assurée 24 heures sur 24 ainsi que prévoir des procédures de fonctionnement dégradé en cas de panne du système informatique.
- **Sur le plan humain** : la prise en compte des ressources humaines est l'une des conditions les plus importantes de succès d'un SIH. Sur le plan humain, il y a un manque de personnel qualifié et le personnel soignant et administratif est non formé à l'utilisation de ce type d'outils.

Conclusion

A travers l'analyse et l'interprétation des données du terrain nous avons constaté qu'il existe trois types de décisions au sein du CHU de Tizi-Ouzou, médicales, administratives et stratégiques. Ces dernières sont prises dans un environnement où l'information est incomplète dû à la confrontation du CHU de T-O à plusieurs problèmes et dysfonctionnements, ce qui complique le processus de prise de décision à son sein. En effet, c'est en raison de ces contraintes et dysfonctionnement que ce dernier a révisé ses modalités organisationnelles et fonctionnelles et adopté ainsi un nouveau mode de gestion à travers la mise en place du projet d'établissement hospitalier comme un nouvel instrument de pilotage.

Le système d'information hospitalier qui représente une partie importante du projet d'établissement, constitue la mémoire de l'hôpital, il assure la communication et la coordination entre les acteurs hospitaliers pour faciliter la prise de décision. A cet effet, il est considéré comme un outil d'aide à la décision mais, son rôle est limité dû à la complexité de l'organisation hospitalière, et au manque de moyens humains et matériels.

A decorative graphic of a scroll, rendered in light gray with black outlines. It features a vertical strip on the left side and a horizontal strip at the top, both with rounded ends. The scroll is partially unrolled, revealing a white rectangular area in the center where the text is located.

Conclusion Générale

Conclusion générale

« Les gagnants seront ceux qui restructurent la manière dont l'information circule dans leur entreprise ».

De Bill Gates

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'apport du système d'information hospitalier (SIH) à l'amélioration de la prise de décision pour le CHU de Tizi-Ouzou.

Les questions de recherches auxquelles nous avons tenté de répondre sont les suivantes : Quelle est la nature de l'organisation du CHU de T-O ? Quels sont les types de décision et les facteurs influençant ces dernières au sein du C.H.U de T-O ? Quel est le rôle du SIH en matière de prise de décisions au sein de CHU de T.O et quelles sont les contraintes qui lui sont liées?

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponse à ces questions nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté l'hôpital comme une organisation à part, présenté le processus de prise de décision et les facteurs de contingences, le système d'information hospitalier puis le rôle de ce dernier dans le processus de prise de décision.

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais des entretiens non directifs réalisés avec le directeur général, le médecin chef du service cardiologie et le chef du service informatique au sein du CHU de T-O. Cette étude nous a permis, de déterminer les types de décision, de mieux comprendre et d'expliquer les raisons de la complexité de processus de prise de décision et la contribution du SIH dans l'amélioration de ce dernier au sein du CHU de T-O.

Nous retenons ces quelques conclusions :

- le CHU de T-O est une organisation bureaucratique du fait qu'il est :
 - un établissement public a caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, est présidé par un directeur qui est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, administré par le conseil d'administration, secondé par un président du conseil scientifique composé de représentants du personnel médical et assisté par un comité consultatif ;
 - caractérisé par une diversité d'activités exercées au sein des services cloisonnés à savoir les services d'hospitalisation, service des urgences, services médico-techniques, et administratifs ;

Conclusion générale

- Il est caractérisé par la coexistence de différentes catégories de personnel médical, personnel soignant et personnel administratifs ayant des objectifs contradictoires ;
 - l'organisation et fonctionnement du CHU de T-O ce fait à la base d'un organigramme établi par la tutelle ;
 - Il est régi par une multiplicité des textes réglementaires stricts qui entrave son fonctionnement.
- La décision globale du CHU de Tizi-Ouzou est partagé entre le corps médical et administratif de fait de l'existence de deux hiérarchies administrative et médicale.
 - A son sein, nous distinguons des décisions médicales, administratives et stratégiques. Les décisions médicales prises par les médecins, les infirmières, prises individuellement au sein des services où la liberté thérapeutique trouve ses meilleures expressions. Les décisions administratives qui sont des décisions routinières prises par les dirigeants individuellement au sein des services, mais ces dernières sont caractérisés par une forte centralisation suite à l'intervention de la tutelle qui implique des retards et des lenteurs qui répercutent sur leur fonctionnement. Quant aux décisions stratégiques sont des décisions collectives (collégiales) prises par une équipe par le biais d'une négociation entre ces membres. Ce type de décision nécessite une utilisation des ressources humaines et financières importantes.

La décision au sein du CHU de T-O est prise dans un environnement où l'information est incomplète du fait que ce dernier est enfermé dans une chaîne de contraintes et dysfonctionnements notamment celles qui sont liés aux moyens humains et matérielles, à l'organisation et à l'information. Toutes ces dernières rendent le processus de prise de décision complexe et difficile à maîtriser.

Suite à ces contraintes et dysfonctionnements, le CHU de Tizi-Ouzou à une révision et mise à jour de ses modalités organisationnelles et fonctionnelles et adopter ainsi un nouveau mode de gestion, basé sur une démarche participative axée sur la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé. Son but est d'élaborer un projet dont les objectifs s'articulent autour de différentes missions, et ce en rapport avec le projet de la réforme hospitalier engagé par le gouvernement parmi ses priorités d'action, dans l'objectif d'améliorer et de moderniser la gestion et le management des hôpitaux, à travers la mise en place d'outils et d'instruments de pilotage, notamment le système d'information hospitalier et ce à travers la mise en place

Conclusion générale

d'un programme d'appui au secteur de la santé en collaboration avec l'union européenne, pour impulser un dynamisme nouveau dans le management de l'hôpital.

Le système d'information hospitalier qui est l'ensemble des éléments participant à la production, la gestion, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein d'une organisation, d'un établissement de santé, considéré comme un outil indispensable, sa mise en place ne signifie pas la transposition des pratiques actuelles dans un environnement technologique. Il doit plutôt contribuer à changer les habitudes et améliorer les processus internes. De ce fait il est un outil incontournable de management hospitalier, il permet la collecte, le stockage, le traitement et diffusions de l'information, il constitue un outil de coopération entre les acteurs hospitaliers, a cet effet, il est outil d'aide à la décision qui assiste les décideurs tout au long du processus de prise de décision.

Nous pouvons conclure que le SIH contribue à l'amélioration du processus de prise de décision au sein du CHU de T-O, mais son rôle est limité en raison de plusieurs facteurs tel que la complexité de l'organisation hospitalière et de son cloisonnage; la multiplicité des acteurs intervenants avec des objectifs contradictoires, et aussi le manque de moyens humain et matériel.

On peut conclure à partir de notre analyse que, les méthodes actuelles de conception du système d'information ne sont pas adaptées au domaine médical.

Les établissements de santé font face à des problèmes majeurs spécifiques à leur milieu en raison de leur organisation et de la complexité de leur environnement. Il faut donc une nouvelle approche prenant en compte les enjeux de l'interopérabilité des systèmes d'information hospitaliers, basée sur le concept de l'urbanisation et des architectures orientées services. Cette approche cherche à mieux cartographier l'architecture du système d'information des établissements de santé et de les concevoir plus simplement et plus fidèlement.

Le déroulement de cette étude n'a pas été sans rencontre d'entraves, dont nous citons :

- difficultés par rapport à l'indisponibilité des personnes interviewées. Du ce fait, nous avons même eu des entretiens inachevés.
- Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et mettent en évidence les points les plus marquants du dispositif vus par les trois personnes interviewées, avec les limites et la subjectivité du discours propre à chacun. Ensuite, nous utiliserons avec prudence

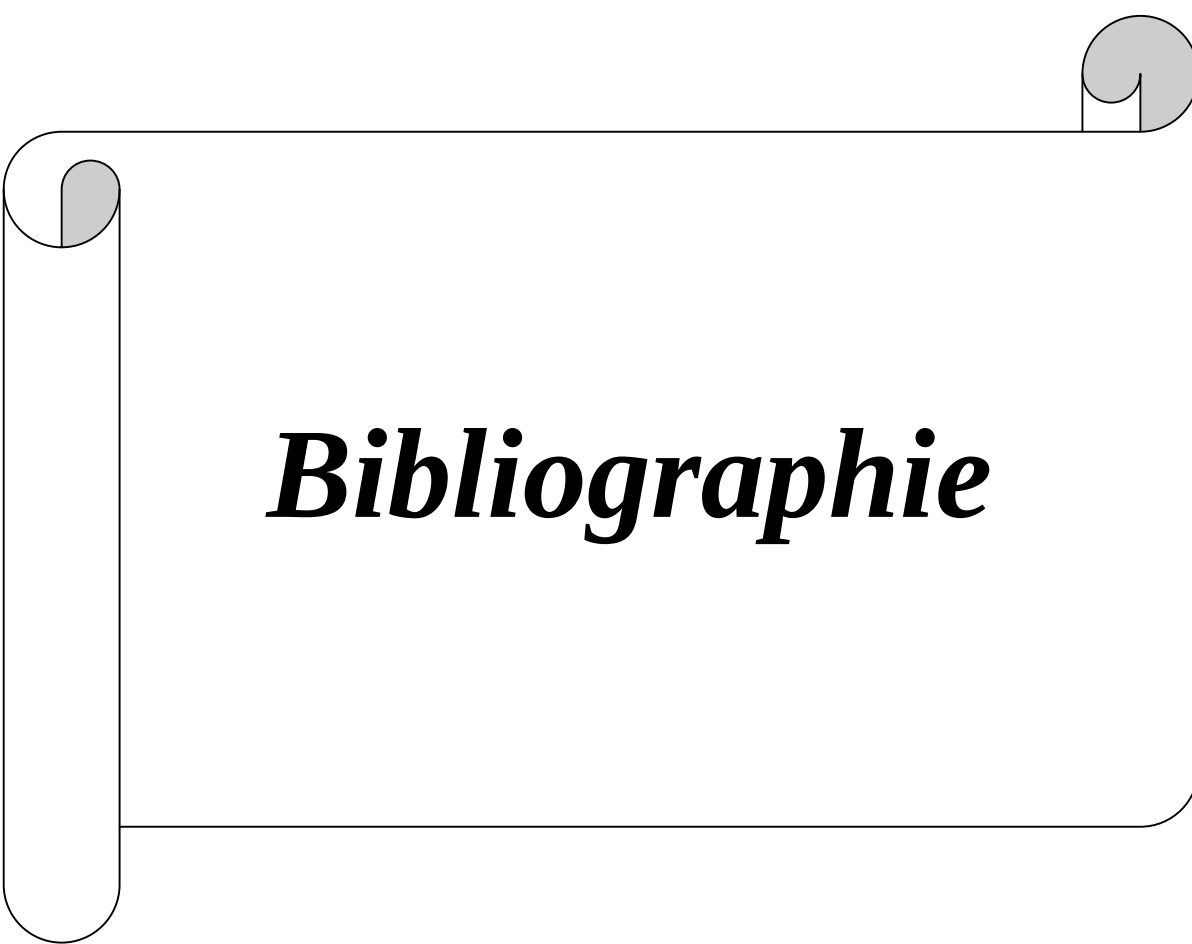
Conclusion générale

le contenu des entretiens non directifs auprès des personnes interviewées, car il s'agissait d'échanges sans utilisation de supports d'entretiens.

- Le manque des textes réglementaires sur le management des établissements publics de santé en Algérie et sur le système d'information hospitalier.
- le manque d'études, sur système d'information et décision dans les établissements de santé en Algérie.

Enfin, il est nécessaire de souligner que l'étude que nous avons effectuée n'est qu'un traitement préliminaire du sujet. D'autres études encore plus approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, car il met en avant des ressources qui peuvent être utilisées pour des études plus ciblées. Toutefois, notre souhait est que cette étude donnera naissance à une vague de recherches ultérieures qui se porteront sur :

- Le SIH comme un outil d'aide à la décision au sein d'une clinique privée en Algérie ;
- Le rôle du SIH dans le processus de prise de décision stratégique ;
- Les systèmes d'aide à la décision médicale ;
- Les apports du système d'information hospitalier dans les hôpitaux publics en Algérie ;
- Une étude comparative entre le système d'information dans les établissements publics de santé et cliniques privées ;
- L'évaluation du système d'information hospitalier des établissements publics de santé en Algérie.



Bibliographie

I- SOURCES ET REFERENCES EN FRANCAIS

A- OUVRAGES

- 1- ABBAD, Jean. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger Levrault, 2001.
- 2- AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique[en ligne]*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987. Format PDF. Disponible sur : http://classiques.ugac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisation/metho_sc_soc_organisation.pdf (consulté le 28/10/2015).
- 3- ALECIAN, Serge., FOUCHER, Dominique. *Le management dans le service public*. 2^{ème} éd. Paris : Editions d'organisation, 2002.
- 4- AUGER, Pascale. *Manager des situations complexes. Quelles compétences développer pour l'entreprise de demain ?* Paris : Dunod, 2008.
- 5- BELLUT, Serge. *Les processus de la décision : Démarches, méthodes et outils*. Edition Afnor, 2002.
- 6- BELLUT, Serge. *Aider à décider*. Edition Afnor, 2010.
- 7- CHIAMBARETTO, Guy. *Quels outils méthodologiques pour l'étude du système d'information hospitalier. Ministère de solidarité, de la santé, de la protection sociale*. Edition E.N.S.P, collection mémoire et thèse.
- 8- CLEMENT, Jean-Marie. *Les pouvoirs à l'hôpital*. 2^{ème} éd. Paris : Berger Levrault, 1993.
- 9- CREMADEZ, Michel., GRATEAU, François. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} éd. Paris : InterEdition, 1992.
- 10- CROZIER, Michel., FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Edition Seuil, 1977.
- 11- DAHAK, Abdenmour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
- 12- DEGOULET, Patrice. *Les Système d'information hospitalier[en ligne]*. In : VENOT, Alain., BURGUN, Anito., QUANTIN, Catherine. *Informatique médicale, e-santé*,

- fondements et applications*. Paris : Springer-Verlag, 2013, p. 307-330. Format PDF. Disponible sur : <http://www.rfc-consulting-sis.fr/documents...> (consulté le 30/05/2015).
- 13- FIOL, Michel., SOLE, Andreu. *Quelles relations entre science de l'organisation et management ? Penser la contribution de H.A. Simon***[en ligne]**. In : TARONDEAU Jean-Claude. *Les constructeurs du management de la conduite des hommes à la stratégie d'entreprise*. Paris: Lavoisier FNEGE, Juillet 2004.129-148. Format PDF. Disponible sur : <http://www.hec.fr/./CR797FIOL SOLE.pdf> (consulté le 26/05/2016)
- 14- GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*. 4^{ème} éd. Paris: I.N.S.E.P, 2011.
- 15- GILLET, Michelle., GILLET, Patrick. *Management des systèmes d'information, manuel et applications***[en ligne]**. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2013. Format PDF. Disponible sur <http://.www.medias.dunod.com/./Feuilletage.pdf> (consulté le 13/05/2016)
- 16- INGHAM, Marc., PHILIPPE, De Woot., KOENIG, Gérard. *Management Stratégique et Compétitivité*. Paris: De Boeck-Wesmael, 1995.
- 17- KENNEDY, Carol. *Toutes les théories du management*. Paris: Edition Maxima, 1991.
- 18- KERVASDOUE, Jean. *L'hôpital, « Que sais-je ? »*. 1^{ère} éd. Paris : PUF, 2004.
- 19- LAUDON, Kenneth., LAUDON, Jane., FIMBEL, Eric., et al. *Management des systèmes d'information*. France : Éditions Pearson, 2010.
- 20- LENDREVIE, Jaques., LEVY, Julien., LINDON, Denis. *Mercator*. 7^e éd. France : Edition Dalloz, 2003.
- 21- MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamiques des organisations*. Paris : Edition d'organisation, 1982.
- 22- MINTZBERG, Henry. *Le Management voyage au centre des organisations*. Paris : Edition d'organisation, 1990.
- 23- MORIN, Edgar. *Comprendre la complexité des organisations de soins*. France : Editions Aspeps, 1997.
- 24- MORLEY, Chantal., BIA-FIGUEIREDO, Marie., GILLETTE, Yves. *Processus métier et système d'information*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2011.
- 25- MUCCHIELLI, Alex. *Information et communication interne : étude des communications. Pour de nouveaux audits*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2005.

- 26- O'BRIEN, James. *Les systèmes d'information de gestion. La perspective du gestionnaire utilisateur*. Saint-Laurent, Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc. 1995.
- 27- PLANE, Jean-Michel. *Théorie et management des organisations*. 3^{ème} éd. Paris: Dunod, 2012.
- 28- POUVOURVILLE, Gérard. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. France : Edition de Santé, 2009.
- 29- REIX, Robert. *Systèmes d'information et management des organisations*. 6^{ème} Éd. Vuibert, 2011,
- 30- SFEZ, Lucien. *La décision*. Paris: édition PUF, 1988.

31- VON BERTALANFFY, Ludwig. *Théorie générale des systèmes*. Paris : Dunod, 1968.

B- REVUES ET PERIODIQUES

- 32- CECCHI, Catherine. *La place de l'information dans la décision en santé publique***[en ligne]**. *Revue Santé publique*, 2008, vol. 20, n°4, p. 387-394. Format PDF. Disponible sur : <http://www.crain.info/revue-sante-publique-2008-4-page-387.htm> (consulté le 26/12/2015).
- 33- CHARREAUX, Gérard. *La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise***[en ligne]**. *Cahier du FARGO*, Juillet 2010, n°1100705, p. 1-15. Format PDF. Disponible sur: <http://www.leg.u-bourgogne.fr/1100705.pdf> (consulté le 07/04/2016).
- 34- CLAVERANNE, Jean-.Pierre., PASCAL, Christophe. *Complémentarité et réseaux : de la métaphore à la pratique***[en ligne]**. *Le courrier de l'évaluation en santé*, Avril 2003, n°23, p. 1-10. Format PDF. Disponible sur: <http://www.hal-univ-lyon3.archives-ouvertes.fr/hal-00873830> (consulté le 07/04/2016).
- 35- COULON, Robert. *Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion. Health managers, care management and management control***[en ligne]**. *Cahier du FARGO*, Juin 2011, n° 1110604, p. 1-15. Format PDF. Disponible sur : <http://www.leg.u-bourgogne.fr/wp/1110604.pdf> (consulté le 14/03/2016).
- 36- CREMIEUX, François. *Silence, on bouge !***[en ligne]**. *Revue Esprit*, janvier 2007, n°1, p. 6-13. Format PDF. Disponible sur ; <http://www.crain.info/revue-esprit-2007-page-6.htm> (consulté le 18/03/2016).

- 37- CROZET, Paul., KAANICHE, Asma., LIENARD, Jean. *Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines***[en ligne]**. *Revue Politiques et management public*, 2008, Vol. 26, n°2, p. 31-51. Format PDF. Disponible sur : <http://www.pmp.revues.org/1366> (Consulté le 13/04/2016).
- 38- DEPAUW, Jeremy. *La gestion de l'information des organisations analyse de définitions et conceptualisation***[en ligne]**. *Cahiers de la documentation-Bladen voor documentatie*, 2006, n°4, p. 23-29. Format PDF. Disponible sur : http://www.abd-bvd.be/./2006-4_DePauw.pdf (consulté le 15/06/2016).
- 39- DUMOND, Jean –Paul. *Les conflits du pouvoir à l'hôpital***[en ligne]**. *Les tribunes de la santé*, 2003, n°1, p. 71-81. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-santé-2003-1-page-71.htm> (Consulté le 11/04/2016).
- 40- HAOUET, Chaker. *Informatique décisionnelle et management de la performance de l'entreprise***[en ligne]**. *Chier de recherche*, 2008, n°1, p. 1-32. Format PDF. Disponible sur: <http://www.univ-orleans.fr/./2008-1.pdf> (consulté le 14/05/2016).
- 41- INTHAVONG, Karen. *Du projet de soins infirmiers au projet de soins médico-soignant. Une vision plurielle***[en ligne]**. *Revue Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°91, p. 29-60. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-4-page-29.htm> (Consulté le 15/04/2016).
- 42- MOISDON, Jean-Claude. *Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? Clinical governance and organization of the processes of care: a missing link***[en ligne]**. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2008, vol. 39, n°3, p. 175-181. Format PDF. Disponible sur: <http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/...> (Consulté le 17/07/2016).
- 43- MOITTIE, Olivier. *Participation et action hospitalière : l'exemple des établissements hospitaliers publics de Seine-Maritime*. Publication de la faculté de droit et de sciences politiques et économiques d'Amiens, n°6- la participation dans l'administration française 1975. Disponible sur : <http://www.upicardie.fr/./moittie.pdf> (consulté le 11/04/2016).
- 44- NOBRE, Thierry. *Pour une lecture en hypertexte des organisations pour la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital***[en ligne]**. *Finance contrôle*

- stratégie*, décembre 2006, vol. 09, n°04, p. 143-168. Format PDF. Disponible sur : <http://www.leg.ubourgogne.fr/rev/094168.pdf> (consulté le 08/04/2016).
- 45- PAQUET, Philippe. *De l'information a la connaissance***[en ligne]**. *Chier de recherche*, 2006, n°1, p. 1-23. Format PDF. Disponible sur : <http://www.univ-orleans.fr/log/Doc-Rech/Textes-PDF/2006-1.pdf> (Consulté le 14/05/2016).
- 46- STEUDLER, François. *Hôpital, profession médicale et politique hospitalière***[en ligne]**. *Revue française de sociologie*, 1973, Vol. 14, n°1, p. 13-40. Format PDF. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2156 (consulté le 30/3/16).
- 47- STEUDLER, François. *Le management hospitalier de demain : Approche sociologique***[en ligne]**. *Revue hospitalière de France*, Mars – Avril, 2004, n°497, p. 43-52. Format PDF. Disponible sur : <http://www.fultext.bdsp.ehesp.fr/./43-52.pdf> (consulté le 30/3/2016).
- 48- TABUTEAU, Didier, *La décision en santé***[en ligne]**. *Revue Santé Publique*, 2008, Vol. 20, n°4, p. 297-312. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-4-page-297.htm> (consulté le 20/05/2016).
- 49- TORDEURS, David., ZDANOWICZ, Nicolas, REYNAERT, Christine. *De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche auto-poïétique***[en ligne]**. *Cahiers de psychologie clinique*, 2007, n°28, p. 33-47 Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-33.htm> (Consulté le 20/03/2016).
- 50- TORDEURS, David., ZDANOWICZ, Nicolas., REYNAERT, Christine. *De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche auto-poïétique***[en ligne]**. *Cahiers de psychologie clinique*, 2007, n°28, p. 33-47. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-33.htm> (consulté le 30/3/16).

C- DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES ET MANUELS

- 51- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/./9080>

D- COLLOQUE ET SEMINAIRE

- 52- ALVAREZ, Fabienne. *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels***[en ligne]**. In : Actes du 21^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Angers, 2000. Format PDF. Disponible sur : <https://halshs.archivesouvertes.fr/halshs-00587417> (consulté le 18/03/2016).
- 53- CHEKKAR, Rahma., LABARDIN, Pierre. *De l'information comptable à la connaissance financière : des années 1670 à nos jours. Comptabilité et connaissances***[en ligne]**. In : Actes du 26^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), Lille, May 2005, p. 1-17. Format PDF Disponible sur : <http://www.halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00581154> (consulté le 19/06/2016).
- 54- GARLATTI, Serge. *Multimédia et systèmes interactifs d'aide à la décision en situation complexe***[en ligne]**. In: 43th meeting of the european working group: Multicriteria Aid for Decisions, Brest, 1996, p. 1-24. Format PDF. Disponible sur <http://www.portail.telecom-bretagne.eu/publi/p...> (consulté le 10/06/2016).
- 55- GEORGE, Alain., MANNARINI, Michel. *L'hôpital, un système organisé de territoires et de processus orienté performance et contrôle***[en ligne]**. In : Actes du 34^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC): Comptabilité sans Frontières, The French Connection, Canada, May 2013, p. 1-23. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00996789> (consulté le 5/06/016).
- 56- KOSREMELLI ASMAR, Michèle., WACHEUX, Frédéric. *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire***[en ligne]**. In : Actes de la Conférence Internationale en Management, 2007, Beyrouth, Liban, p. 57-75. Format PDF. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357> (consulté le 25/05/2016).
- 57- NOBRE, Thierry. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements***[en ligne]**. In : Actes du 20^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC), France, May 1999, p. 1-18. Format PDF. Disponible sur : <https://halshs.archivesouvertes.fr/halshs-00587813> (consulté le 07/03/2016).
- 58- NOBRE, Thierry., HAOUET, Imène. *Quelle démarche pour l'introduction d'un outil de pilotage stratégique à l'hôpital ? Le cas d'un Balanced scorecard dans un CHU francophone*. Ecole de Management Strasbourg. 2011, p. 1-21. Format PDF.

Disponible sur: <http://www.med-eu.org/./HAOUAT-NOBRE.pdf> (consulté le 08/04/2016).

- 59- NOBRE, Thierry., SIGNOLET, Lionel. *Le système d'information de gestion hospitalier : Quelles caractéristiques privilégier pour favoriser le développement des outils en contrôle de gestion?***[en ligne]**. In : Actes du 20^{ème} congrès de l'Association Francophone de Comptabilité (AFC) : La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, Strasbourg, May 2009, p. 1-19. Format PDF. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00459405> (consulté le 06/06/2016).
- 60- QARMICHE, N., AMZIAN, Kamelia., BERRAHO, Mohamed., et al. *Les problèmes de mise en œuvre d'un SIH***[en ligne]**. In : Actes de Séminaire SIM'07, MAROC : Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de Fès, le 02 juin 2007, p. 1-7. Format PDF. Disponible sur : <http://www.researchgate.net/publication/26...> (consulté le 03/07/2015).
- 61- SCHINDLER, Aude. *Le pilotage de la performance par les valeurs à travers une approche systémique : le cas du centre de recherche intégré MIRCen (CEA)***[en ligne]**. In : Actes de la XVI^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Montréal, 2007, p. 1-28. Format PDF. Disponible sur : <http://www.halshs.archives-ouvertes.fr/hal-001...> (consulté le 11/06/2016).
- 62- SCHMIT, Cécile., VAS, Alain., D'HOORE, William. *Initier le changement au sein d'organisations complexes : alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles***[en ligne]**. In : Actes de la XVII^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS), Nice, 2008, p. 1-28. Format PDF. Disponible sur : <http://www.strategie-aims.com/./download> (consulter le 18/03/2016).
- 63- MORIN, Edgar. *Complexité restreinte, complexité générale***[en ligne]**. In : Actes du Colloque Intelligence de la complexité: épistémologie et pragmatique, Cerisy-La-Salle, 26 juin 2005, p. 1-27. Format PDF. Disponible sur : <http://www.learndev.org/./EdgarMorin-FR.pdf> (consulter le 21/08/2016).

E- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

1- Thèse de doctorat

- 64- AUBERT, François, Jérôme. *La décision a l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin***[en ligne]**. Thèse de Doctorat. Science politique, BORDEAUX : Université de BORDEAUX, 2014, p. 273. Format PDF. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127536> (consulté le 18/04/2016).
- 65- BAAZIZ, Abdelkader. *Contribution de la réduction des risques liés aux décisions stratégiques dans les nouveaux environnements concurrentiels incertains : cas des entreprises publiques algériennes***[en ligne]**. Thèse de Doctorat, Sciences de l'Information et de la Communication, France : Université D'AIX-MARSEILLE, 2015, p. 421. Format PDF. Disponible sur <http://www.hal.archives-ouvertes.fr/tel-01141390> (Consulté le 23/07/2016).
- 66- BAELEN, Michel. *Le management stratégique hospitalier: Contribution à la modélisation du cas de l'Hôpital Universitaire***[en ligne]**. Thèse de doctorat, Sciences de gestion, LILLE 1 : Université des sciences et technologies de LILLE, 1996, p. 402. Format PDF. Disponible sur <http://www.ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupver...> (Consulté le 06/5/2016).
- 67- BÉRARD, Céline. *Le processus de décision dans les systèmes complexes : une analyse d'une intervention systémique***[en ligne]**. Thèse de Doctorat, sciences de gestion, PARIS : Université de Paris-Dauphine, 2009, p. 612. Format PDF. Disponible sur : <https://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/6539> (consulté le 21/04/2016).
- 68- BERTRAND, Delecroix. *La mesure de la valeur de l'information en intelligence économique, Application à la mise en place de solutions pour accroître la plus-value d'information élaborée dans le contexte d'un intranet***[en ligne]**. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Information et de la communication, PARIS : Université de MARNE-LA-VALLEE, 2005, p. 182. Format PDF. Disponible sur http://www.bdc.aege.fr/public/La_mesure_de_la (Consulter le 12.05.2016).
- 69- DROUARD, Stéphane. *Emergence et robustesse dans les projets de changement, Approche des secteurs santé et entreprise* **[en ligne]**. Thèse Doctorat, Génie des systèmes industriels, NANCY : Ecole Nationale en Génie des Systèmes Industriels 2006, p. 202. Format PDF. Disponible sur : <http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/INPL> (Consulté le 27/05/2016).

- 70- EL SARRAJ, Lama. *Exploitation d'un entrepôt de données guidée par des ontologies : Application au management hospitalier***[en ligne]**. Thèse de Doctorat, Informatique, MARSEILLE : Université D'AIX-MARSEILLE, 2014, p. 196. Format PDF. Disponible sur <http://www.Isis.org/enpinasseb/Theses/Thes...> (Consulté le 27/05/2016).
- 71- EMILIE, Guiral. *Les systèmes d'information hospitaliers : histoire, enjeux et difficultés rencontres, devenir et lien avec la médecine de ville***[en ligne]**. Thèse Doctorat en Pharmacie, TOULOUSE : Université TOULOUSE III PAUL SABATIER, 2014, p. 116. Format PDF. Disponible sur : <http://www.thesesante.ups-tlse.fr/554/1/2014TO...> (Consulté le 02/06/2016).
- 72- GIRARD, Diane. *Le souci d'autrui dans la prise de décision des gestionnaires***[en ligne]**. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D, en Administration, MONTREAL : HEC MONTREAL, 2013, p. 522. Format PDF. Disponible sur : <http://www.biblos.hes.ca/./2013NO26.pdf> (consulté le 31/05/2016).
- 73- KOSREMELLI ASMAR, Michèle. *Collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban***[en ligne]**. Thèse du Doctorat, Science de gestion, PARIS : Université Paris Dauphine, Ecole Doctorale de Gestion Management et Organisation, 2011, p. 511. Format PDF. Disponible sur : <http://www.basepub.dauphine.fr/bitstream/handl...> (consulté le 25/05/2016).
- 74- MEBREK, Fateh. *Outils d'aide à la décision basés sur la simulation pour la logistique hospitalière, application à un nouvel hôpital***[en ligne]**. Thèse du Doctorat, Modélisation et stimulation, CLERMONT-FERRAND : Université BLAISE PASCAL CLERMONT-FERRAND II, 2008, p. 186. Format PDF .Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/tel-00731433/> (Consulté le 25/03/2016).
- 75- POMEY, Marie-Pascale. *La préparation à l'accréditation : Un outil de changement organisationnel ?***[en ligne]**. Thèse de doctorat Ph.D, Santé Publique, PARIS VII : Université de MONTREAL, 2002, p. 600. Disponible sur : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirt...> (consulté le 20/07/2016).
- 76- RAKOTONDRAIVAO, Auguste. *Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé. Application au réseau régional de cancérologie Oncolor* **[en ligne]**, Thèse Du Doctorat, Génie des Systèmes Industriels, LORRAINE : Institut National Polytechnique de Lorraine, juin 2006, p. 219. Format

- PDF. Disponible sur : <http://www.docnum.univ-lorraine.fr/notice/view> (consulté le 08/04/2016).
- 77- RAVAT, Franck. *Modèles et outils pour la conception et la manipulation de systèmes d'aide à la décision***[en ligne]**. Thèse de Doctorat, Informatique, FRANCE : Université des Sciences Sociales, Toulouse I, 2007, p. 188. Format PDF. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/./document> (consulté le 17/06/2016).
- 78- SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de Doctorat, Sciences Economiques, TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, FSEGC, 2009, p. 278.
- 79- URLI, Didier, *L'allocation budgétaire dans une bureaucratie professionnelle publique : Une nouvelle méthode d'apprentissage dans la conception du cadre référentiel***[en ligne]**. Thèse de doctorat, Science de gestion, LILLE 1 : Université des sciences techniques DE LILLE-FLANDRES –ARTOIS, 1995, p. 391. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ori.univ-lille1.fr/notice/view/univ> (consulté le 01/04/2016).
- 80- VINOT, Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : De la formalisation du concept à son instrumentalisation***[en ligne]**. Thèse de doctorat, sciences de gestion, LYON 3 : Université JEAN-MOULIN, LYON 3, 1999, p. 447. Format PDF. Disponible sur : <http://www.tel.archives-ouvertes.fr/./document> (consulté le 04/04/2016).

2- Mémoire de Magister

- 81- BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew* **[en ligne]**. Mémoire de Magister en management, ORAN: Université D'ORAN, FSEGC, 2012, p. 170. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.univ-oran1.dz/./TH3729.pdf> (consulté le 23/05/2016).
- 82- BOUAMRANE, Souad Fatima Zohra. *Système d'Information Hospitalier : Admission et Planification des blocs opératoires***[en ligne]**. Mémoire de Magister, Informatique, ORAN : Université d'Oran, faculté des sciences, 2010, p. 105. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.univ-oran1.dz/./TH3172.pdf> (consulté le 11/05/2016).
- 83- MAHARRAR, Amina. *La mise en place d'un système d'information formalisé dans les entreprises algériennes***[en ligne]**. Mémoire de Magister, Science de Gestion, TLEMCEM : Université Abou Bekr Belkaid de Tlemcen, FSECSG, 2014, p. 108.

Format PDF. Disponible sur : <http://www.dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/11...>
(consulté le 23/07/2016).

3- Mémoire de Master

- 84- CATHERINE, Grasseler. *Le système d'information hospitalier entre culture et usages, les enjeux de la formation des professionnels de santé***[en ligne]**. Mémoire de Master professionnel, Sciences de l'Education, MARSEILLE : Université de provence Aix-Marseille I, 2011, p. 123. Format PDF. Disponible sur : <http://www.formaticsante.fr/images/stories/doc...> (consulté le 05/07/2016).
- 85- EL KARTA, Boubaker. *Gouvernance hospitalière : Cas du centre hospitalier régional Souss-Massa-Draa (CHR-SMD)* **[en ligne]**. Mémoire de Master en administration sanitaire et sante publique, Management des Organisations Sanitaires, MAROC : École Nationale de Santé Publique, 2013, p. 40. Format PDF. Disponible sur : <http://www.bdsp.chesp.fr>Accueil>basedocumentaire> (consulté le 11/03/2016).
- 86- MAZADE, Alexis. *Les reformes hospitalières à l'épreuve de la pratique. Contribution à une théorie sociologique du changement par la loi***[en ligne]**. Mémoire de Master, académique, Sociologie des Institutions politiques, PRIS: université Panthéon-Sorbonne, Paris 1, 2013, p. 229. Format PDF .Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967771> . (Consulté le 25/03/2016).
- 87- VALLEJO, Jimmy. *La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégique ?***[en ligne]**. Mémoire de Master, Dynamique des organisations, Travail, et Ressources Humaines, MARSEILLE : Université AIX-MARSEILLE, Faculté d'économie et de gestion, 2013, p. 86. Format PDF. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00933484> (consulté le 14/3/2016).

4- Autres Mémoires

- 88- BEAUCHAMPS, Béatrice. *Du malaise identitaire à la reconnaissance, contribution du directeur des soins à la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé***[en ligne]**. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES: ENSP, de RENNES, 2002, p. 77. Format PDF. Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/memoires/200...> (consulté le 26/03/2016).
- 89- BODIN, Eric. *Les outils de pilotage un levier managérial pour le directeur des soins***[en ligne]**. Mémoire EHESP, PARIS : Université DIDEROT PARIS 7, décembre 2014, p. 51. Format PDF Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/./bodin.pdf> (consulté le 12/05/2016).

- 90- BRÈS, Luc. *L'organisation : un essai de définition***[en ligne]**. Mémoire de maîtrise en administration, QUEBEC : Université LAVAL, Faculté des sciences de l'administration, 2007, p. 151. Format PDF. Disponible sur : <http://www.irec.net/./720.pdf> (consulté le 04/09/2016).
- 91- CIPICIANI, Isabelle. *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : L'engagement du directeur des soins***[en ligne]**. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES : ENSP, de RENNES, p. 59. Format PDF. Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/memoires/200...> consulté le 31/03/2016).
- 92- GASTE, Marie-Claude. *Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins : mythe ou réalité ?* **[en ligne]**. Mémoire ENSP de Directeur des Soins, France : Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), Rennes, 2004, p. 71. Format PDF. Disponible sur: <http://www.metaserv.org/club/memoire%2520e...> (consulté le 24/05/2016).
- 93- GUERARD, Stéphane. *Les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision dans les régions régionales de la santé et des services sociaux* **[en ligne]**. Mémoire Maîtrise (M.Sc.), Science de gestion, MONTREAL : Ecole des hautes études commerciales de Montréal (HEC), 2003, p. 278. Format PDF. Disponible sur: http://www.irec.net/upload/File/memoires_et_theses/468.pdf (Consulté le 15/05/2016).
- 94- HAKKAR, Kamel. *Evaluation d'un système d'information : pour un instrument de pilotage. Le cas du service « Evaluation des Procèdes du CRIT Rhone-Poulenc Decines »***[en ligne]**. Mémoire de DEA, Science de l'information et de communication, LYON III : Université Jean Moulin, Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques, 1996, P. 139. Format PDF. Disponible sur : <http://www.enssib.fr/bibliotheque-numeriqu...> (consulté le 09 /06/2016).
- 95- JUILLARD-FOURNIER, Nadine. *L'hôpital organisé en pôles d'activités perspectives et enjeux pour les directeurs des soins***[en ligne]**. Mémoire ENSP de Directeur des Soins, France : Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), Rennes, 2002, p. 105. Format PDF Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/memoires/200...> (consulté le 25/05/2016).
- 96- KABRE, Elie. *L'utilisation de l'information sanitaire comme un outil managérial des services hospitaliers : cas du centre hospitalier Régional de Lomé commune au*

*Togo***[en ligne]**. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'études supérieures, management des institutions sanitaires, COTE D'IVOIRE : Ecole nationale d'administration Abidjan COTE D'IVOIRE, 2006, P. 77. Disponible sur <http://www.memoireonline.com> (Consulté le 06/05/16).

97- ROUET, Joëlle. *Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces***[en ligne]**. Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES : ENSP, de RENNES, 2006, p. 58. Format PDF. Disponible sur : <http://www.documentation.ehesp.fr/./route.pdf> (consulté le 28/05/2016).

F- RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

98- BRIGITTE, Guyot. *Management de l'information dans les organisations : éléments de méthode***[en ligne]**. Institut National des services et techniques de la documentation, 2012. Format PDF. Disponible sur : <http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic00665257> (consulté le 06/06/2016).

99- GUEGUEN, Gaël. *Cours n°1 La décision stratégique***[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sciencesdegestion.com/elearning...> (consulté 28/07/2016).

100- Haute Autorité de Santé (HAS). *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé***[en ligne]**. Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles, Paris, janvier 2005. Format PDF. Disponible sur : <http://www.nosobase.chu-lyon.fr/recommandation...> (consulté 26/02/2016).

101- Haute Autorité de Santé (HAS). *Patient et professionnels de santé : Décider ensemble : Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée***[en ligne]**, Octobre 2013. Format PDF. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/167...> (consulté le 31/07/2016).

102- MBIDA, Réal Romuald. *Cours Gestion des organisations***[en ligne]**. Master en Administration des Entreprises. Université Senghor Alexandrie (Egypte), 2009/2010, p. 1-97. Format PDF. Disponible sur : <http://www.foad-mooc.auf.org/IMG/pdf/Cours...> (consulté le 01/08/2016).

103- 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***[en ligne]**. juin, 2011. Format PDF. Disponible sur : <http://www.pass-ue.dz> (consulté le 19/08/2014).

- 104- OBERSON, Bertrand. *Cours n°04 Sociologie des organisations*[en ligne]. Université Fribourg Suisse., 2009. Format PDF. Disponible sur : http://www.cmmonweb.unifir.ch/./18255_150640.pdf (consulté 30/05/2016).
- 105- OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*[en ligne], Tome 1, 2010. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sante.dz/dsp22/files/Reuceil%25...> (consulté 13/11/2015).
- 106- RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. Cned - Université Lyon 2 -- Université de Rouen, p. 1-67. Format PDF. Disponible sur : http://www.dpu.org/./books_1762_0.pdf (consulté le 06/09/2016).
- 107- ROY, Pierre. *Cours d'analyse des organisations : Les composantes internes d'une organisation*. Université d'Oujda, 2011. Format PDF. Disponible sur : http://www.foad-mooc.auf.org/IMG/pdf/M1_3.pdf (consulté le 06/09/2016).
- 108- STACCINI, Pascal. *Cours Système d'information hospitalier(S.I.H)*[en ligne]. Université Nice-Sophia Antipolis, 2006-2007. Disponible sur : <http://www.sante.dz/dsp22/files/Reuceil%25...> (consulté 19/07/2015)
- 109- VINARD, Pierre. *Cours management : Les grands principes du management*[en ligne]. Groupe économie et gestion. Format PDF. Disponible sur : <http://www.cours-gratuit.com/cours-management...> (consulté le 02/04/2015).

G- TEXTES REGLEMENTAIRES

- 110- *Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique*[en ligne]. Journal officiel, 15/05/1991, n°22, p. 596-604, <http://www.snpspp.org/./STATUT-91.pdf> (consulté le 13/07/16).
- 111- *Décret exécutif n° 96-92 du 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires*. Journal officiel, 06/03/1996, n° 16, <http://www.mtp.gov.dz/GUIDE%2520JURIDIQUE/...> (consulté le 30/07/16).
- 112- *Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires*[en ligne]. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27, <http://www.chu-tlemcen.dz/ressources/fichi...> (consulté le 13/07/16).

- 113- Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics **[en ligne]**, p. 2-7. Disponible sur <http://www.atih.santé.fr/./circu275.html> (consulté le 06/05/2016).

H- SITES INTERNET

- 114- Innovation academy. Decision processes. Disponible sur: <http://www.aoug8.com/vb/attachments/4413/>. (consulté le 27/05/2016).
- 115- <http://www.cadredesanté.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-et-gestion-des-conflits.html> (consulté le 08/09/2016).
- 116- www.sante.dz/reforme-hospitaliere/r... (consulté le 05/03/2016).

II- SOURCES ET REFERENCES EN ANGLAIS

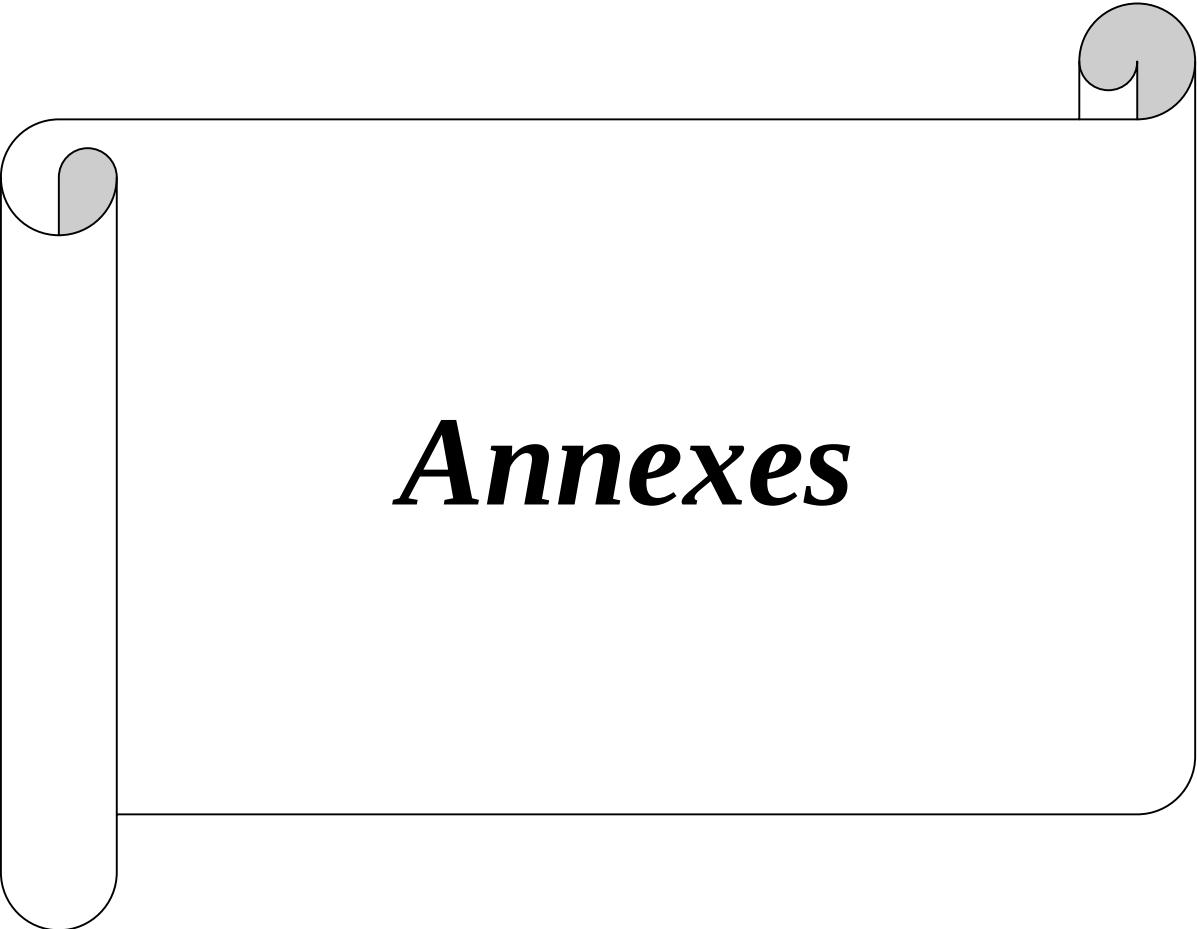
A- REVUES ET PERIODIQUES

- 117- ASEMI, Asefeh., SAFARI, Ali., ASMI ZAVAREH, Adeleh. *The Role of Management Information System (MIS) and Decision Support System (DSS) for Manager's Decision Making Process***[en ligne]**. *International Journal of Business and Management*, July 2011, Vol. 06, n°7, p. 164-173. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ccsenet.org/./7938S> (consulté le 20/05/2016).
- 118- AVERWEG, Udo Richard. *Historical Overview of Decision Systems (DSS)***[en ligne]**. eThekwini Municipality and University of Kwazulu-Natal, South Africa, 2009, p. 1753. Format PDF. Disponible sur: <http://www.irma-international.org/./13813> (consulté le 15/06/2016).
- 119- BERISHA-NAMANI, Mihane. *The role of information systems in management decision making-an theoretical approach***[en ligne]**. *Manager journal*, 2010, n°12, P. 109-116. Format PDF. Disponible sur: http://www.manager.faa.ro/download/561_1211.pdf (Consulté le 15/06/2016).
- 120- COHEN, Michael., JAMES, March., JOHAN, Olsen. *A Garbage Can Model of organizational Choice***[en ligne]**. *Administrative Science Quarterly*, 1972, vol. 17, n°1, p. 1-25. Format PDF. Disponible sur: <http://www.Links.jstor.org/sici?sici=0001-8392%28197203%2917%3C1%3AAGMOO%3E2.0.CO%3B2-9> (consulté le 20/07/2016).

- 121- EILON, Samuel. *What is a Decision?***[en ligne]**. *Management science*, December 1969, Vol. 16, n°4, p. 172-189. Format PDF. Disponible sur: <http://www.pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1...> (consulté le 26/05/2005).
- 122- EISENHARDT, Kathleen., ZBARACKI, Mark, *Strategic decision making***[en ligne]**. *Strategic Management Journal*, December 1992, Vol.13, p. 17-37. Format PDF. Disponible sur : <http://www.Links.jstor.org/sici?sici=0143-2095%28199224%2913%3C17%3ASDM%3E2.0.CO%3B2-I> (consulté le 20/07/2016).
- 123- HARRISON, Frank. *A process perspective on strategic decision making* **[en ligne]**. *Management Décision*, Vol.34 Iss 1, p. 46 -53. Format PDF. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1108/00251749610106972> (consulté le 18/05/2016).
- 124- LEITZELMAN, Mylène., DOU, Henri. *Typology of Information systems. Essai de typologie des systèmes d'informations***[en ligne]**. *International Journal of information for decision making*, April 1998, n°2, P. 55-73. Format PDF. Disponible sur : <http://www.isdm.univ-tln.fr/PDF/isdm2/isdm2a15...> (consulté le 15/06/2016).
- 125- MINTZBERG, Henry., RASINGHANI, Duru., THEARET, Andre. *The structure of unstructured decision processes***[en ligne]**. *Administration Science Quarterly*, 1976, Vol. 21, n°2, p. 246-275. Format PDF. Disponible sur: http://www.media.corporate-ir.net/media_files/... (Consulté le 22/07/2016).
- 126- NONAKA, Ikujiro., TOYAMA, Ryoko., KONNO, Noboru. *SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation***[en ligne]**. *Long range Planning*, 2000, n°33, p. 5-34. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ai.wu.ac.at/Kaiser/literatur/nonaka...> (Consulté le 19/06/2016).

B- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

- 127- MAISAM, W, AL-Shinewi. *The Impact of Managers Efficiency on Quality of Strategic Decision- making under Crises Management ,An Empirical Study in a Sample of Private Hospitals in Baghdad/ Iraq***[en ligne]**. Master in E-Business. Middle East University, 2012, p.136. Format PDF. Disponible sur <http://www.meu.edu.jo/ar/images/document/a...> (consulté le 26/05/2016).

A stylized graphic of a scroll. It features a light gray rectangular area with rounded corners, outlined in black. On the left side, a vertical strip is rolled up, and on the right side, a small portion of the scroll is visible at the top right corner.

Annexes

Listes des annexes

Annexe n°1 : Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires.

Annexe n°2 : le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique

Annexe n°3 : Décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires. p.4. J.O.R.A. N° 16 DU 06/03/1996

Annexe n°4 : L'organigramme du CHU de Tizi-Ouzou

Annexe n°5: Projets des services du CHU de Tizi-Ouzou

Annexe n° 1 : Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo- Universitaires

10 Chaâbane 1418 10 décembre 1997	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 81	21
35. — Wilaya de Boumerdès :	46. — Wilaya d'Aïn Témouchent :	
Boumerdès-Thenia Bordj-Menaïel Dellys	Aïn Témouchent Hammam Bou Hadjar Beni Saf	
36. — Wilaya d'El Tarf :	47. — Wilaya de Ghardaïa :	
El Tarf El Kala Drean Bouhadjar	Ghardaïa Metlili El Meniaa Guerrara *	
37. — Wilaya de Tindouf :	48. — Wilaya de Relizane :	
Tindouf	Relizane Oued Rhiau Mazouna	
38. — Wilaya de Tissemsilt :	★	
Tissemsilt Theniet El-Had Bordj Bou-Naama	Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.	
39. — Wilaya d'El Oued :	Le Chef du Gouvernement,	
El Oued El Meghaïer	Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);	
40. — Wilaya de Khenchela :	Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;	
Khenchela Chechar Kaïs	Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son article 43;	
41. — Wilaya de Souk Ahras :	Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;	
Souk Ahras Sedrata	Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, relative à la Cour des comptes;	
42. — Wilaya de Tipaza :	Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996;	
Tipaza Gouraya Koléa Cherchell	Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du grand Alger;	
43. — Wilaya de Mila :	Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales;	
Mila Chelghoum Laïd Ferdjioua	Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ;	
44. — Wilaya d'Aïn Defla :		
Aïn Defla Miliana Khemis Miliana El Attaf		
45. — Wilaya de Naama :		
Naama Aïn Sefra		

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983 fixant le statut-type des instituts nationaux d'enseignement supérieur (INESSM) ;

Vu le décret n° 83-544 du 24 septembre 1983 portant statut-type des universités ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié et complété, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-312 du 7 septembre 1991 fixant les conditions de mise en jeu de la responsabilité des comptables publics, des procédures d'apurement des débits et des modalités de souscription d'assurance couvrant la responsabilité civile des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-05 du 4 janvier 1992 fixant les modalités d'affectation des revenus provenant de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leurs missions principales ;

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées, notamment son article 3 ;

Vu le décret exécutif n° 93-301 du 24 Joumada Ethania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant, à titre transitoire les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la Cour des comptes ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Décète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de fixer la liste et les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ci-après dénommés par abréviation "CHU".

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 2. — Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il 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.

Art. 3. — Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

Art. 4. — Dans le cadre des missions prévues à l'article 3 ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

1) En matière de santé :

— d'assurer 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 de la population ;

— d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

— de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;

— de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire telles que fixées à l'article 5 du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé.

2) En matière de formation :

— d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

— de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

3) En matière de recherche :

— d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de la santé ;

— d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de la santé.

Art. 5. — La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 du présent décret porte sur l'ensemble des actes relatifs à :

— l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques du C.H.U.,

— la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants.

Elle porte également sur l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation et à la recherche en sciences médicales.

Art. 6. — Le décret de création du centre hospitalo-universitaire en fixe le siège ainsi que la consistance physique.

Toute modification de la consistance physique intervient dans les mêmes formes.

Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'enceinte de la structure siège du C.H.U., les structures de santé sont dotées de moyens matériels, financiers et humains individualisés en rapport avec leur mission.

Art. 7. — Pour accomplir ses missions de formation et de recherche en sciences de la santé, le centre hospitalo-universitaire peut passer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des conventions avec les établissements de santé ou tout autre organisme et ce, après avis du conseil scientifique de l'établissement.

Art. 8. — La création d'un centre hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre des principes directeurs de la planification sanitaire et de la formation en sciences médicales.

Art. 9. — La création d'un centre hospitalo-universitaire est subordonnée à :

— la disponibilité de ressources matérielles et d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, notamment de haut niveau, de formation graduée et post-graduée et de recherche ;

— l'existence d'infrastructures et d'équipements scientifiques, pédagogiques et techniques aptes à recevoir les enseignants et les étudiants.

Art. 10. — Le C.H.U. et l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales assurent conjointement la prise en charge des frais de formation en sciences médicales, selon des modalités arrêtées par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition des directeurs des établissements concernés.

Art. 11. — Le C.H.U. comprend des services et des unités.

La définition des services et unités hospitalo-universitaires est déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La création et la suppression des services et unités hospitalo-universitaires sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé des finances, sur proposition des directeurs du C.H.U. et de l'établissement d'enseignement supérieur concernés, après avis du conseil scientifique du C.H.U.

La définition du service et de l'unité de santé publique est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La création et la suppression des services et unités de santé publique sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des finances sur proposition du directeur du C.H.U., après avis du conseil scientifique.

TITRE II

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Art. 12. — Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil scientifique".

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif.

Chapitre I

Le Conseil d'administration

Art. 13. — Le conseil d'administration comprend :

* le représentant du ministre chargé de la santé, président;

* un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

* un représentant de l'administration des finances ;

* un représentant des assurances économiques ;

* un représentant des organismes de sécurité sociale ;

* un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire ;

* un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U. ;

* un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs ;

* un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;

* un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;

* un représentant des associations d'usagers ;

* un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;

* un représentant du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

Art. 14. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 15. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 16. — Le conseil d'administration délibère sur :

- * le plan de développement à court et moyen terme ;
- * le projet de budget de l'établissement ;
- * les comptes prévisionnels ;
- * le compte administratif ;
- * les projets d'investissements ;
- * les projets d'organigramme des services ;
- * les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- * les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- * les conventions prévues à l'article 7 ci-dessus ;
- * le projet de tableau des effectifs ;
- * le règlement intérieur de l'établissement ;
- * les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- * l'acceptation ou le refus des dons et legs.

Art. 17. — Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial côté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 18. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix (10) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 19. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée dans ce délai.

Chapitre II

Le directeur général

Art. 20. — Le directeur général du C.H.U. est nommé par décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Art. 21. — Le directeur général du C.H.U. est assisté d'un secrétaire général, de directeurs et, le cas échéant, de directeurs d'unités.

Le secrétaire général, les directeurs et les directeurs d'unités sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur du centre hospitalo-universitaire.

Un arrêté pris conjointement par les ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique déterminera l'organigramme du C.H.U. selon l'importance de ses activités.

Art. 22. — Le directeur général est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre :

— il représente le centre hospitalo-universitaire en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

— il exerce le pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels du C.H.U., à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

— il est ordonnateur des dépenses du C.H.U. ;

— il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U. ;

— il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur du C.H.U. ;

- il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;
- il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse au ministre chargé de la santé, après approbation du conseil d'administration ;
- il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;
- il délègue, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

Chapitre III Le conseil scientifique

Art. 23. — Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

- l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- les programmes de santé et de population ;
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- la création ou la suppression de structures médicales ;
- les conventions de formation et de recherche en sciences médicales.

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la répartition 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 soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 24. — Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) années, renouvelable. Outre le président, le conseil scientifique comprend :

- les chefs de services, le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant et s'il y a lieu, les responsables d'unités de recherche ;
- deux (2) à trois (3) membres désignés par le directeur général du CHU parmi la communauté scientifique de l'établissement ;

— un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois (3) ans ;

— un paramédical désigné par le directeur général dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Art. 25. — Le conseil scientifique se réunit sur convocation de son président, ou du directeur général du centre hospitalo-universitaire, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du centre hospitalo-universitaire.

En cas d'absence du président, la réunion est présidée par le doyen des membres du conseil scientifique.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad-hoc*.

Art. 26. — Le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quel que soit le nombre des présents.

Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur.

Chapitre IV Le comité consultatif

Art. 27. — Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique.

Art. 28. — le comité consultatif comprend, outre le directeur général, président :

- le président du conseil scientifique ;
- trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique.

Art. 29. — Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U. ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement.

Art. 30. — Le comité consultatif se réunit une fois par mois.

TITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES

Art. 31. — La nomenclature budgétaire du centre hospitalo-universitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 32. — Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent :

- * les subventions de l'état, au titre de sa participation aux actions de soins, de prévention, de recherche médicale, de formation et de la prise en charge des démunis non assurés sociaux ;
- * les subventions des collectivités locales ;
- * les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- * les dotations exceptionnelles ;
- * les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- * les recettes diverses ;
- * les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;
- * les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent :

- * les dépenses de fonctionnement ;
- * les dépenses d'équipement ;
- * toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

Art. 33. — Le projet de budget est préparé par le directeur général du centre hospitalo-universitaire et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 34. — La qualité d'ordonnateur secondaire peut être conférée aux responsables des structures composant le centre hospitalo-universitaire par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'établissement.

Art. 35. — L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires et met à leur disposition des fonds pour la couverture des dépenses.

Art. 36. — L'ordonnateur principal et l'ordonnateur secondaire peuvent, sous leur responsabilité respective, déléguer leur signature.

Art. 37. — L'ordonnateur tient une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

La comptabilité des recettes retrace les créances constatées et liquidées, les ordres de recettes et les recouvrements.

La comptabilité des ordonnancements retrace le montant des crédits ouverts ou délégués, les ordonnances admises et les soldes disponibles.

Art. 38. — Les ordonnateurs secondaires sont tenus d'établir et d'adresser à l'ordonnateur principal des situations mensuelles des mandats de paiement admis en dépenses.

Art. 39. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 40. — Les comptes du centre hospitalo-universitaire sont tenus conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 41. — Le comptable agréé tient, en outre, une comptabilité générale, une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres et une comptabilité analytique devant permettre notamment, la maîtrise des différents coûts.

Art. 42. — La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

Art. 43. — Le comptable public du centre hospitalo-universitaire est le comptable principal.

Le comptable public de toute structure composant le centre hospitalo-universitaire est le comptable secondaire.

Art. 44. — Le comptable secondaire est agréé ou nommé par le ministre chargé des finances.

Art. 45. — L'exercice financier est ouvert le 1er janvier et clos le 31 décembre de l'année.

Les mandatement et paiements peuvent être effectués jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES.

Art. 46. — La liste et la consistance physique des C.H.U. sont fixées en annexe du présent décret.

Art. 47. — Sont abrogées les dispositions du décret n° 86-25 du 11 février 1986, susvisé.

Art. 48. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997.

Ahmed OUYAHIA.

ANNEXE
LISTE DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

DENOMINATION	SIEGE	CONSISTANCE PHYSIQUE
CHU Mustapha	Hôpital Mustapha	Hôpital Mustapha Centre de santé "Léon Bernard" Unité de chirurgie infantile
CHU Beni-Messous	Hôpital de Beni-Messous	Hôpital de Béni-Messous
CHU Hussein-Dey	Hôpital Parnet	Hôpital Parnet Urgences centrales de Tripoli Laboratoire de Cytologie Unité "Boujema Moghni"
CHU Constantine	Hôpital Ben Badis	Hôpital Ben-Badis Hôpital de jour de Khroub Unité de chirurgie dentaire sise rue Si Abdellah (Casbah)
CHU Oran	Hôpital d'Oran	Hôpital d'Oran et unité d'urgences médico-chirurgicales Clinique Filaoucène Clinique Hamou Boutlelis Clinique Nouar Fadela Clinique Amilcar Cabral Clinique d'endocrinologie-Diabetologie Clinique dentaire
CHU Annaba	Hôpital Ibn Rochd	Hôpital Ibn Rochd Hôpital Ibn Sina Hôpital Dorban Clinique d'ophtalmologie Clinique de pédiatrie Clinique dentaire "EIYSA" Clinique "Saoula Abdelkader"
CHU Blida	Hôpital Frantz Fanon	Hôpital Frantz Fanon Clinique Mitidja Clinique Ben-Boulaïd Clinique Zabana
CHU Tizi-Ouzou	Hôpital Nedir Mohamed	Hôpital Nedir Mohamed Hôpital de Sidi-Belloua
CHU Batna	Hôpital de Batna	Hôpital Batna (Hôpital A)
CHU Sétif	Hôpital de Sétif	Hôpital de Sétif Clinique d'ORL et d'ophtalmologie Complexe mère et enfant
CHU Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi-Bel-Abbès Maternité urbaine
CHU Tlemcen	Hôpital de Tlemcen	Hôpital de Tlemcen
CHU Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued Clinique "Gharafa"

Annexe 2 : le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.

596

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 22

15 mai 1991

SOMMAIRE (Suite)

Décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991 portant statut particulier des psychologues, p. 650.

Décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, p. 655.

Décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991 instituant une indemnité de sujétion spéciale au profit de certains fonctionnaires de santé publique, p. 656.

Décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 fixant les taux de l'indemnité de qualification institué au profit des praticiens médicaux généralistes de santé publique, p. 656.

DECRETS

Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.

Le Chef du Gouvernement,

Sur rapport du ministre de la santé,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

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

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 82-491 du 18 décembre 1982, portant statut particulier des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant à titre transitoire, les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et les textes d'application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret n° 90-260 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-216 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret n° 90-261 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-218 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de chirurgien dentiste.

Décrète :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre I

Champ d'application

Article 1^{er}. — En application de l'article 4 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes généralistes et spécialistes de santé publique et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

Art. 2. — Les praticiens médicaux de santé publique régis par le présent statut sont en position d'activité dans les secteurs sanitaires, les C.H.U., les établissements hospitaliers spécialisés relevant du ministère de la santé.

Ils peuvent être mis, en position d'activité, par arrêté conjoint du ministre de santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné dans les établissements ayant des activités similaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa précédent et ne relevant pas du ministère de la santé.

A titre exceptionnel, ils peuvent en position d'activité au niveau de l'administration centrale.

Art. 3. — Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, susvisé.

Il sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

Art. 4. — Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur les praticiens médicaux de santé bénéficient :

a) du transport pour les personnels astreints à un travail de nuit ou à une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré, sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

b) de prestations en matière de cantine dans les structures de santé.

La restauration est gratuite pour le personnel de garde,

c) de l'habillement : le port de la tenue est obligatoire pour les praticiens médicaux de santé publique durant l'exercice de leurs fonctions,

d) d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions.

A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées particulièrement, lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

Art. 5. — Les praticiens médicaux de santé publique quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints, dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues,

- à une disponibilité permanente,
- aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement.

Chapitre II

Recrutement — période d'essai

Art. 6. — Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 35 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétente.

Toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement interne ne dépasse le plafond de 50 % des postes à pourvoir.

Art. 7. — Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent décret sont nommés en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Toutefois, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique recrutés conformément aux dispositions du présent décret, sont nommés et titularisés dès leur installation, par arrêté du ministre de la santé.

Art. 8. — En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai de (9) neuf mois renouvelable une fois, le cas échéant.

La confirmation des praticiens médicaux de santé publique est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

Chapitre III

Avancement — formation — promotion

Art. 9. — Les rythmes d'avancement applicables aux praticiens médicaux de santé publique sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emploi présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancements selon les durées minimales et moyennes, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Art. 10. — L'organisme employeur est tenu :

— d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux de santé publique en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion,

— d'assurer l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

Les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 11. — Dans le cadre de la participation aux manifestations scientifiques, les praticiens médicaux de santé publique bénéficient d'absences spéciales payées.

Art. 12. — Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les praticiens médicaux de santé publique confirmés remplissant à partir de la date de leur recrutement la

condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement telle que prévue par l'article 76 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Chapitre IV

Dispositions générales d'intégration

Art. 13. — Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

Art. 14. — Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte.

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

Art. 15. — Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent décret sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante dès qu'ils ont accompli la période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil.

Art. 16. — A titre transitoire et pendant une période de 5 ans, à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisé, est appréciée cumulativement au titre ou grade d'origine et du grade d'intégration.

Art. 17. — Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont notifiées aux intéressés.

TITRE II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MEDECINS, PHARMACIENS ET CHIRURGIENS DENTISTES, GENERALISTES ET SPECIALISTES DE SANTE PUBLIQUE

Chapitre I

Corps des praticiens médicaux généralistes

Art. 18. — Le corps des médecins généralistes de santé publique, le corps des pharmaciens généralistes de santé publique et le corps des chirurgiens dentistes généralistes de santé publique sont organisés en un grade unique, respectivement de médecins généralistes de santé publique, de chirurgiens dentistes généralistes de santé publique et de pharmaciens généralistes de santé publique.

Section 1

Définition des tâches

Art. 19. — 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.

Art. 20. — 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.

Art. 21. — Les chirurgiens dentistes généralistes de santé publique assurent, notamment, les tâches suivantes :

- prévention,
- diagnostics et soins,
- prothèses,
- éducation sanitaire bucco-dentaire,
- expertises bucco-dentaires,
- gestion sanitaire.

Ils participent à la formation des personnels de santé.

Section 2

Conditions de recrutement

Art. 22. — Les médecins généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de docteur en médecine ou d'un titre reconnu équivalent.

Art. 23. — Les pharmaciens généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de pharmacien ou d'un titre reconnu équivalent.

Art. 24. — Les chirurgiens dentistes généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours, sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de chirurgien dentiste ou d'un titre reconnu équivalent.

Section 3

Dispositions transitoires d'intégration

Art. 25. — Sont intégrés dans le grade des médecins généralistes de santé publique, les médecins généralistes titulaires et stagiaires.

Art. 26. — Sont intégrés dans le grade des pharmaciens généralistes de santé publique, les pharmaciens généralistes titulaires et stagiaires.

Art. 27. — Sont intégrés dans le grade des chirurgiens dentistes de santé publique, les chirurgiens dentistes titulaires et stagiaires.

Chapitre II

Evolution de carrière

Section 1

Organisation de carrière et régime indemnitaire

Art. 28. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'une indemnité liée à l'évolution de carrière et à celle de leurs qualifications.

Art. 29. — Cette indemnité dite de qualification vise à stimuler la promotion des qualifications et des compétences des praticiens médicaux généralistes de santé publique et de satisfaire les besoins prioritaires du secteur de la santé publique.

Art. 30. — L'indemnité de qualification est servie aux praticiens médicaux généralistes de santé publique en tenant compte de quatre (4) niveaux suivants :

— le premier niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du premier niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux généralistes chefs ;

— le deuxième niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes justifiant du titre de praticiens médicaux généralistes chefs ayant trois (3) années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du deuxième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux principaux ;

— le troisième niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes ayant le titre de praticiens médicaux principaux justifiant de quatre (4) années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du troisième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux majors ;

— le quatrième niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes ayant le titre de praticiens médicaux majors justifiant de six (6) années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du quatrième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux supérieurs de santé publique.

Art. 31. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient, aux 4 niveaux de qualification définis ci-dessus, d'une réduction d'ancienneté, selon les modalités ci-après :

— d'une année pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de trois (3) mois,

— de 18 mois pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de six (6) mois,

— de 3 années pour ceux ayant suivi une formation complémentaire d'une année,

Sont assimilés à une formation de 3 mois, les rapports d'activité et les mémoires sanctionnés dans les conditions fixées à l'article 35 ci-dessous.

Art. 32. — Les taux de l'indemnité de qualification sont fixés par décret.

Art. 33. — Ne peuvent bénéficier des formations complémentaires prévues à l'article 31 ci-dessus, que les praticiens médicaux généralistes de santé publique ayant exercé durant 3 années au moins en cette qualité.

Art. 34. — Les conditions d'accès à la formation complémentaire spécialisée, les modalités de son organisation ainsi que les domaines et les filières prioritaires de formation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 35. — Les modalités de sanction des formations complémentaires spécialisées sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des universités.

Section 2

Dispositions transitoires

Art. 36. — Ouvrent droit au 2ème niveau de l'indemnité de qualification, les praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant de 3 années d'ancienneté en cette qualité et ayant occupé l'emploi de médecin chef ou de pharmacien chef ou de chirurgien dentiste chef.

Ils prennent l'appellation correspondante au 2ème niveau de l'indemnité de qualification.

Art. 37. — Ouvrent droit aux différents niveaux de l'indemnité de qualification et prennent l'appellation correspondante, les praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant du nombre d'années requis tels que fixés à l'article 30 du présent décret.

Chapitre III

Les postes supérieurs des praticiens généralistes

Art. 38. — En application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs des praticiens médicaux de santé publique est fixée comme suit :

- médecin responsable d'unité de base,
- médecin coordinateur,
- médecin inspecteur,
- pharmacien coordinateur,
- pharmacien inspecteur,
- chirurgien dentiste coordinateur,
- chirurgien dentiste inspecteur.

Section 1

Définition des tâches

Art. 39. — Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, le médecin responsable d'unité de base est chargé d'assurer la responsabilité technico-administrative du fonctionnement d'une unité de base.

On entend par unité de base, un centre de santé, ou une polyclinique ou toute unité de soins assurant la même activité qu'un centre de santé comportant un minimum de quatre médecins généralistes.

Art. 40. — Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, les médecins coordinateurs sont chargés d'animer, de coordonner et de diriger l'activité des praticiens médicaux généralistes affectés dans un ensemble de structures de santé de base placées sous leur responsabilité.

Art. 41. — Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, les médecins inspecteurs sont chargés de missions d'inspection, d'évaluation et d'expertise portant sur l'activité et le fonctionnement des structures et établissements sanitaires.

Ils assurent le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation relative à l'exercice des professions médicales.

Ils sont chargés, en outre, d'étudier et de proposer toute mesure tendant à améliorer la qualité des prestations et le rendement des structures et établissements de santé.

Art. 42. — Outre les tâches prévues à l'article 20 du présent décret, les pharmaciens coordinateurs assurent la responsabilité technique de l'une des structures suivantes :

- pharmacie d'un établissement hospitalier spécialisé, d'un secteur sanitaire ou d'un C.H.U. ;
- laboratoire d'hygiène et de contrôle de wilaya ;
- laboratoire dépendant de l'un des établissements suscités comportant un minimum de huit (8) agents.

Art. 43. — Les pharmaciens inspecteurs assurent des missions d'inspection et d'enquête portant sur le fonctionnement et la gestion des pharmacies et laboratoires ainsi que le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation relatives aux produits pharmaceutiques et à la pharmacie.

Art. 44. — Outre les tâches prévues à l'article 21 du présent décret, les chirurgiens dentistes coordinateurs sont chargés d'assurer la responsabilité d'une unité de soins dentaires comprenant un minimum de six (6) chirurgiens dentistes généralistes.

Ils assurent la coordination des activités des chirurgiens dentistes placés sous leur responsabilité.

Art. 45. — Outre les tâches prévues à l'article 21 du présent décret, les chirurgiens dentistes inspecteurs sont chargés d'assurer des missions d'inspection, d'enquête et d'évaluation portant sur la qualité des prestations de soins, le fonctionnement et la gestion des structures de soins dentaires ainsi que le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en vigueur relatives à l'activité dont ils ont la charge.

Section 2

Conditions de nomination

Art. 46. — Les médecins responsables d'unités de base sont nommés parmi les médecins généralistes de santé publique ayant le titre de médecin généraliste chef et inscrit sur une liste d'aptitude.

Art. 47. — Les médecins coordinateurs sont nommés parmi les médecins généralistes ayant le titre de médecins généralistes principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

Art. 48. — Les médecins inspecteurs sont nommés parmi :

- les médecins généralistes ayant le titre de médecins généralistes majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité,
- les médecins généralistes ayant le titre de médecins généralistes supérieurs, titulaires.

Art. 49. — Les chirurgiens dentistes coordinateurs sont nommés parmi les chirurgiens dentistes ayant le titre de chirurgiens dentistes principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

Art. 50. — Les chirurgiens dentistes inspecteurs sont nommés parmi :

- les chirurgiens dentistes ayant le titre de chirurgiens dentistes majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité,
- les chirurgiens dentistes ayant le titre de chirurgiens dentistes supérieurs, titulaires.

Art. 51. — Les pharmaciens coordinateurs sont nommés parmi les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

Art. 52. — Les pharmaciens inspecteurs sont nommés parmi :

- les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité,
- les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens supérieurs, titulaires.

Chapitre IV

Corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique

Art. 53. — Le corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique comprend les grades suivants :

- le grade de praticien spécialiste de 1^{er} degré,
- le grade de praticien spécialiste de 2^{ème} degré,
- le grade de praticien spécialiste de 3^{ème} degré.

Section 1

Définition des tâches

Art. 54. — Les praticiens spécialistes du 1^{er}, du 2^{ème} et du 3^{ème} degré assurent, dans les structures sanitaires, suivant leurs spécialités et leurs domaines de compétence 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, pharmacologiques et bucco-dentaires.

— ils participent à la formation des personnels de santé.

Section 2

Conditions de recrutement

Art. 55. — Outre les conditions d'exercice prévues aux articles 197 et 198 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée, les praticiens spécialistes du 1^{er} degré sont recrutés, sur titre, parmi :

- les candidats titulaires du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ou d'un titre reconnu équivalent ;
- les maîtres assistants.

Art. 56. — Les praticiens spécialistes du 2^{ème} degré sont recrutés par voie de concours parmi :

- les praticiens spécialistes du 1^{er} degré justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ;
- les maîtres assistants justifiant de quatre (4) années d'exercice effectif en qualité de spécialistes.

Art. 57. — Les praticiens spécialistes du 3^{ème} degré sont recrutés, par voie de concours parmi :

- les praticiens du 2^{ème} degré justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ;
- les docents justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité.

Section 3

Dispositions transitoires d'intégration

Art. 58. — Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes du 1^{er} degré, les praticiens spécialistes du 1^{er} degré.

Art. 59. — Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes du 2^{ème} degré, les praticiens spécialistes du 2^{ème} degré.

Art. 60. — Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes du 3^{ème} degré les praticiens spécialistes du 3^{ème} degré.

Chapitre V

Les postes supérieurs

Art. 61. En application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs des praticiens médicaux de santé publique est fixée comme suit :

- praticien spécialiste chef d'unité,
- praticien spécialiste chef de service,
- médecin du travail inspecteur.

Section 1

Définition des tâches

Art. 62. — Outre les activités prévues à l'article 54 du présent décret, le praticien spécialiste chef d'unité assure la responsabilité technico-administrative de l'unité.

Art. 63. — Outre les tâches prévues à l'article 54 du présent décret, le praticien spécialiste chef de service assure la responsabilité technico-administrative du service.

Art. 64. — Les services et unités composant les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé conformément aux dispositions de l'article 6 du décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 et de l'article 7 du décret n° 81-243 du 5 septembre 1981, portant création et organisation respectivement, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.

Art. 65. — Le médecin du travail inspecteur est chargé du contrôle et de l'inspection portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine du travail. Il est chargé également d'orienter, de coordonner et d'évaluer l'action des médecins du travail et ce, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

Section 2

Conditions de nomination

Art. 66. — Les praticiens spécialistes chefs d'unité sont nommés parmi :

- les praticiens spécialistes du 1^{er} degré au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

Art. 67. — Les praticiens spécialistes chefs de service sont nommés parmi :

- les praticiens spécialistes du 2^{ème} degré au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

Art. 68. — Les médecins du travail inspecteurs sont nommés parmi :

- les médecins spécialistes du 1^{er} degré en médecine du travail au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

TITRE III

CLASSIFICATION

Art. 69. — Le poste supérieur de praticien médical spécialiste chef de service est classé dans les conditions fixées par décret n° 86-179 du 5 août 1986 susvisé conformément au tableau ci-dessous :

POSTE SUPERIEUR	CLASSEMENT			
	Catégorie	Section	Niveau Hiérarchique	Indice
Praticien médical spécialiste, chef de service	A	3	N	920

Art. 70. — En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail et emplois spécifiques aux corps des praticiens médicaux de santé publique est fixé conformément au tableau ci-après :

CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX DE SANTE PUBLIQUE

CORPS	GRADES	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Praticiens médicaux généralistes	Médecins généralistes	17	1	534
	Pharmaciens généralistes	16	1	482
	Chirurgiens dentistes généralistes	16	1	482
Praticiens spécialistes du 1 ^{er} degré	Médecins spécialistes du 1 ^{er} degré	19	3	686
	Pharmaciens généralistes du 1 ^{er} degré	19	3	686
	Chirurgiens dentistes spécialistes du 1 ^{er} degré	19	3	686
Praticiens spécialistes du 2 ^{ème} degré	Médecins spécialistes du 2 ^{ème} degré	20	1	730
	Pharmaciens spécialistes du 2 ^{ème} degré	20	1	730
	Chirurgiens dentistes spécialistes du 2 ^{ème} degré	20	1	730
Praticiens spécialistes du 3 ^{ème} degré	Médecins spécialistes du 3 ^{ème} degré	20	5	794
	Pharmaciens spécialistes du 3 ^{ème} degré	20	5	794
	Chirurgiens dentistes spécialistes du 3 ^{ème} degré	20	5	794

**POSTES SUPERIEURS DES PRATICIENS MEDICAUX
GENERALISTES ET SPECIALISTES**

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Médecin responsable d'unité de base	17	5	581
Médecin coordinateur	18	5	645
Médecin inspecteur	19	2	672
Pharmacien coordinateur	17	5	581
Pharmacien inspecteur	18	2	606
Chirurgien dentiste coordinateur	17	5	581
Chirurgien dentiste inspecteur	18	2	606
Médecin spécialiste chef d'unité	20	3	762
Pharmacien spécialiste chef d'unité	20	3	762
Chirurgien dentiste spécialiste chef d'unité	20	3	762
Médecin spécialiste de travail inspecteur	20	3	762

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES

Art. 71. — Sont abrogées les dispositions contraires à celles du présent décret, notamment les articles 2 à 43 du décret n° 82-491 du 18 décembre 1982 susvisé.

Art. 72. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1^{er} janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

Mouloud HAMROUCHE.

Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret n° 68-326 du 30 mai 1968 portant statut particulier des techniciens paramédicaux ;

Vu le décret n° 68-327 du 30 mai 1968, portant statut particulier des agents paramédicaux spécialisés ;

Vu le décret n° 68-328 du 30 mai 1968, portant statut particulier des agents paramédicaux ;

Vu le décret n° 68-329 du 30 mai 1968, portant statut particulier des aides paramédicaux ;

Vu le décret n° 80-111 du 12 avril 1980, portant statut particulier des professeurs d'enseignement paramédical ;

Vu le décret n° 80-112 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens supérieurs de la santé ;

Vu le décret n° 80-113 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens de la santé ;

Vu le décret n° 80-114 du 12 avril 1980, portant statut particulier des agents techniques de la santé ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985, fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant, à titre transitoire, les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Annexe 3 : Décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires. p.4. J.O.R.A. N° 16 DU 06/03/1996

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution et notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu l'ordonnance n°71-78 du 3 décembre 1971 fixant les conditions d'attribution des bourses, présalaires et traitement de stages et notamment son titre 3;

Vu la loi n°91-05 du 16 janvier 1991, modifiée et complétée portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe;

Vu le décret n°66-145 du 2 juin 1966 relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires, modifié et complété;

Vu le décret n°66-146 du 2 juin 1966 relatif à l'accès aux emplois publics et au reclassement des membres de l'ALN/OCFLN et l'ensemble des textes l'ayant modifié et complété;

Vu le décret n°69-52 du 12 mai 1969 édictant des mesures destinées à favoriser la formation et le perfectionnement des fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements et organismes publics;

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques, notamment son article 52;

Vu le décret n°87-209 du 8 septembre 1987 portant organisation de la planification et de la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger;

Vu le décret présidentiel n°95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n°96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n°90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas, des communes, ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant;

Vu le décret exécutif n°90-170 du 2 juin 1990 fixant les conditions d'attribution des bourses et le montant des bourses;

Vu le décret exécutif n°92-09 du 9 janvier 1992 relatif aux modalités d'homologation des formations et d'évaluation des acquis professionnels;

Vu le décret exécutif n°94-61 du 25 Chaâbane 1414 correspondant au 7 mars 1994 portant application de l'article 36 de la loi n°91-16 du 14 septembre 1991 relative au moudjahid et au chahid;

Vu le décret exécutif n°95-28 du 10 Chaâbane 1415 correspondant au 12 janvier 1995 fixant les avantages particuliers attribués aux personnels qualifiés de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics exerçant dans les wilayas d'Adrar - Tamanrasset - Tindouf et Illizi;

Vu le décret exécutif n°95-123 du 2 Dhou El-Kaada 1415 correspondant au 29 avril 1995 fixant les attributions du directeur général de la fonction publique;

Décrète:

Article 1er. - Le présent décret a pour objet de définir les conditions, règles et modalités relatives aux actions de formation spécialisée préparant à l'accès aux emplois publics ainsi qu'au perfectionnement et recyclage des fonctionnaires relevant des institutions et administrations publiques.

Art. 2. - Les actions prévues à l'article 1er ci-dessus permettent en ce qui concerne respectivement:

1. - La formation spécialisée:

- l'occupation initiale d'un emploi public,
- l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité,
- la préparation aux concours et examens professionnels.

2. - Le perfectionnement:

- l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement et la mise à jour des connaissances ou des aptitudes de base du fonctionnaire.

3. - Le recyclage:

- l'adaptation à un nouvel emploi, compte - tenu soit de l'évolution des méthodes et des techniques, soit de changements importants dans l'organisation, le fonctionnement ou les missions du service.

Art. 3. - Les institutions et administrations publiques sont tenues d'établir un plan sectoriel annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage.

Dans ce cadre, l'autorité chargée de la fonction publique assure la planification et la coordination des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage préparant à l'accès aux emplois publics ou à l'adaptation aux postes de travail, et ce, en fonction des objectifs et des besoins prioritaires du personnel des institutions et administrations publiques, compte - tenu de l'évolution corrélative des qualifications administratives, techniques et des dotations budgétaires dégagées à cet effet.

Art. 4. - Le plan de formation, de perfectionnement et de recyclage prévu à l'article 3 ci-dessus doit s'inscrire dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

Le plan visé à l'alinéa 1 ci-dessus a pour objet d'arrêter les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage concernant le secteur d'activité considéré sur un ou plusieurs exercices budgétaires et notamment les actions relatives:

- à la formation spécialisée,
- au perfectionnement,
- au recyclage.

Il doit définir en outre:

- le nombre de postes à pourvoir,
- le nombre de fonctionnement ou agents publics concernés,
- les postes de qualifications concernés,
- le ou (les) établissement(s) de formation devant assurer les actions prévues ci-dessus.

Art. 5. - Le plan sectoriel annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage est adopté conjointement par l'institution ou l'administration concernée et l'autorité chargée de la fonction publique.

Le plan annuel ou pluriannuel est complété ou modifié selon les mêmes formes et procédures.

Art. 6. - A l'issue de chaque année budgétaire, les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique procèdent à une évaluation précise de l'exécution du plan annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage de l'institution ou de l'administration publique concernée.

Art. 7. - Il est institué, au niveau de chaque institution et administration publique, une commission chargée de la sélection des fonctionnaires appelés à suivre un cycle de formation, de perfectionnement et de recyclage.

Dans ce cadre, la commission arrête une liste d'aptitude conforme aux conditions réglementaires et statutaires et définit des critères de sélection en rapport avec les qualifications professionnelles et l'évaluation professionnelle des fonctionnaires concernés.

Elle se compose comme suit:

- l'autorité investie du pouvoir de nomination, président,
- un membre élu de la commission des personnels, compétente à l'égard du corps ou grade concerné par la formation, membre,
- le responsable de la gestion des personnels et le responsable chargé de la formation, le cas échéant, membre.

La commission peut faire appel à toute personne qualifiée dont la consultation est jugée utile.

Art. 8. - La liste des candidats admis à participer aux cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage doit faire l'objet d'une publicité par voie d'affichage au niveau de l'institution ou de l'administration publique concernée, au moins un (1) mois avant la date du début du cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage.

Art. 9. - Les candidats non retenus pour participer à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont informés par l'administration concernée des motifs de rejet de leur candidature et peuvent, le cas échéant, introduire un recours dans un délai d'au moins dix

(10) jours avant la date prévue pour le déroulement des cycles auprès d'une commission ad - hoc composée:

- de l'autorité chargée de la fonction publique, président,
- du représentant de l'administration concernée, membre,
- d'un représentant élu de la commission des personnels du corps ou grade considéré, membre.

La commission étudie également tout autre recours se rapportant à l'inscription aux cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage, statue sur le bien-fondé du recours en question, et prend les dispositions qui s'imposent avant la date de déroulement des cycles.

Art. 10. - L'organisation des cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage donnant accès aux emplois publics des institutions et administrations publiques est fixée:

- par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique, pour les emplois relevant des corps communs aux institutions et administrations publiques,
- par arrêté conjoint du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique pour les emplois relevant des corps spécifiques aux différentes institutions et administrations publiques.

Art. 11. - Les arrêtés visés à l'article 10 ci-dessus doivent préciser notamment:

- le ou les grade(s) pour le ou lesquels est ouvert le cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage,
- le nombre de places offertes conformément au plan de gestion annuel des ressources humaines adopté au titre de l'exercice budgétaire considéré,
- les conditions statutaires d'admission aux différents cycles,
- la nature des bonifications dont peuvent bénéficier certains candidats en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur,
- les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions,
- la durée des cycles, les lieux et la date de leur déroulement ainsi que la forme alternée ou continue du cycle,
- la nature, le nombre, la durée, les coefficients et les notes éliminatoires des épreuves prévues aux programmes des cycles,
- le volume horaire (global ou par matière enseignée),
- les modalités de contrôle du déroulement des cycles précités et de leur suivi.

Art. 12. - L'arrêté prévu à l'article 11 ci-dessus est publié au moins trois (3) mois avant la date du début du cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage, par tout moyen approprié en direction des candidats.

Art. 13. - Les programmes des cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont arrêtés:

- par l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps communs aux institutions et administrations publiques,
- conjointement par le ministère concerné et l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps spécifiques au secteur concerné.

Art. 14. - Les actions de formation, de perfectionnement ou de recyclage des fonctionnaires peuvent, selon les corps et grades, être réalisées sous forme alternée ou continue selon les cycles suivants:

- cycles de courte durée lorsque la durée est inférieure ou égale à six (6) mois,
- cycles de moyenne durée lorsque la durée est supérieure à six (6) mois et égale ou inférieure à une (1) année,
- cycles de longue durée lorsque la durée est supérieure à une (1) année et égale ou inférieure à trois (3) années.

Art. 15. - Les candidats externes admis à un cycle de formation spécialisée bénéficient de la bourse d'études dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Art. 16. - L'effectif maximum de fonctionnaires admis à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage ne peut excéder 15% de l'effectif réel du corps ou grade considéré.

Art. 17. - Les fonctionnaires admis à participer à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage bénéficient dans leur organisme d'origine:

- dans la limite de deux (2) années du salaire de base, de l'indemnité d'expérience professionnelle et des indemnités attachées à leur grade d'origine à l'exception des primes variables liées au rendement et aux performances,
- au cours de la troisième (3) année, du salaire de base et de l'indemnité d'expérience professionnelle attachés à leur grade d'origine.

Art. 18. - Les actions de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont assurées par:

- les établissements publics de formation supérieure, pour les grades équivalents au moins à administrateur,
- les établissements publics de formation spécialisée ou professionnelle ou tout autre établissement assurant une formation homologuée conformément à la réglementation en vigueur pour les autres corps ou grades.

Art. 19. - Les candidats admis à participer aux cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont soumis au règlement intérieur de l'établissement de formation.

Art. 20. - L'établissement ayant assuré un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage délivre:

- une attestation de formation pour les candidats ayant suivi ce cycle,
- une attestation de stage pour les candidats ayant suivi un cycle de perfectionnement ou de recyclage.

Art. 21. - Les fonctionnaires ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée ouvrant l'accès à un emploi public sont nommés en qualité de stagiaires dans ce corps ou grade.

En cas d'échec, les intéressés sont réintégrés dans leur corps ou grade d'origine.

Art. 22. - Les candidats externes ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée sont nommés en qualité de stagiaires et sont affectés selon les besoins du service et en fonction de leur ordre de mérite.

Art. 23. - Tout bénéficiaire d'une formation spécialisée ayant interrompue son cycle de formation ou ayant fait l'objet d'une mesure d'exclusion ou n'ayant pas rejoint son poste d'affectation à l'issue de la formation dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de la notification de la décision d'affectation ou ayant quitté l'administration avant l'expiration de la période fixée à l'article 26 ci-dessous, est tenue de reverser l'intégralité des frais occasionnés par la formation.

Art. 24. - Le fonctionnement ne peut bénéficier que d'un seul cycle de formation spécialisée au cours de sa carrière professionnelle.

Il ne peut, en outre, prétendre à plus d'un cycle de perfectionnement ou de recyclage dans son corps ou grade d'appartenance.

Art. 25. - Les fonctionnaires ayant subi un échec à l'examen final d'un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage ne peuvent être admis à participer à un nouveau cycle qu'après deux (2) années. Toutefois, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut, sur proposition du jury de l'examen final, accorder une dérogation à cette condition au profit du fonctionnaire concerné, compte - tenu de son évaluation pédagogique pendant le déroulement du cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage.

Art. 26. - Tout candidat ayant suivi un cycle de formation spécialisée destinant à l'occupation initiale d'un emploi public est astreint à servir l'administration pendant:

- deux (2) ans, au moins, lorsque la durée de la formation est inférieure à une (1) année,
- trois (3) ans, par année de formation, sans que ladite période ne soit supérieure à sept (7) ans.

Art. 27. - Les fonctionnaires ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée, de perfectionnement ou de recyclage bénéficient de l'un des avantages suivants:

1. - Pour les cycles de formation spécialisée:

- promotion de corps ou de grade dans les conditions prévues par le statut particulier régissant ce corps ou grade.

2. - Pour les cycles de perfectionnement et de recyclage:

* En ce qui concerne les cycles de courte durée:

- une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix,
- une réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée du cycle, sans que cette durée ne soit inférieure à un (1) mois,
- une proposition à une promotion par voie de qualification professionnelle.

* En ce qui concerne les cycles de moyenne durée:

- l'octroi d'un échelon supplémentaire,
- une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix,
- une proposition à une promotion par voie de qualification professionnelle,
- une réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée du cycle, sans que cette durée ne soit inférieure à un (1) mois.

Art. 28. - Dans le cas où le cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage des fonctionnaires ne s'inscrit pas dans les attributions principales de l'établissement public d'accueil, les frais y afférents

sont à la charge de l'institution ou de l'administration publique concernée.

Art. 29. - Des instructions conjointes du ministre chargé du budget et de l'autorité chargée de la fonction publique préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

Art. 30. - Les dispositions du titre 3 de l'ordonnance n°71-78 du 3 décembre 1971 et celles du décret n°69-52 du 12 mai 1969 susvisés sont abrogées.

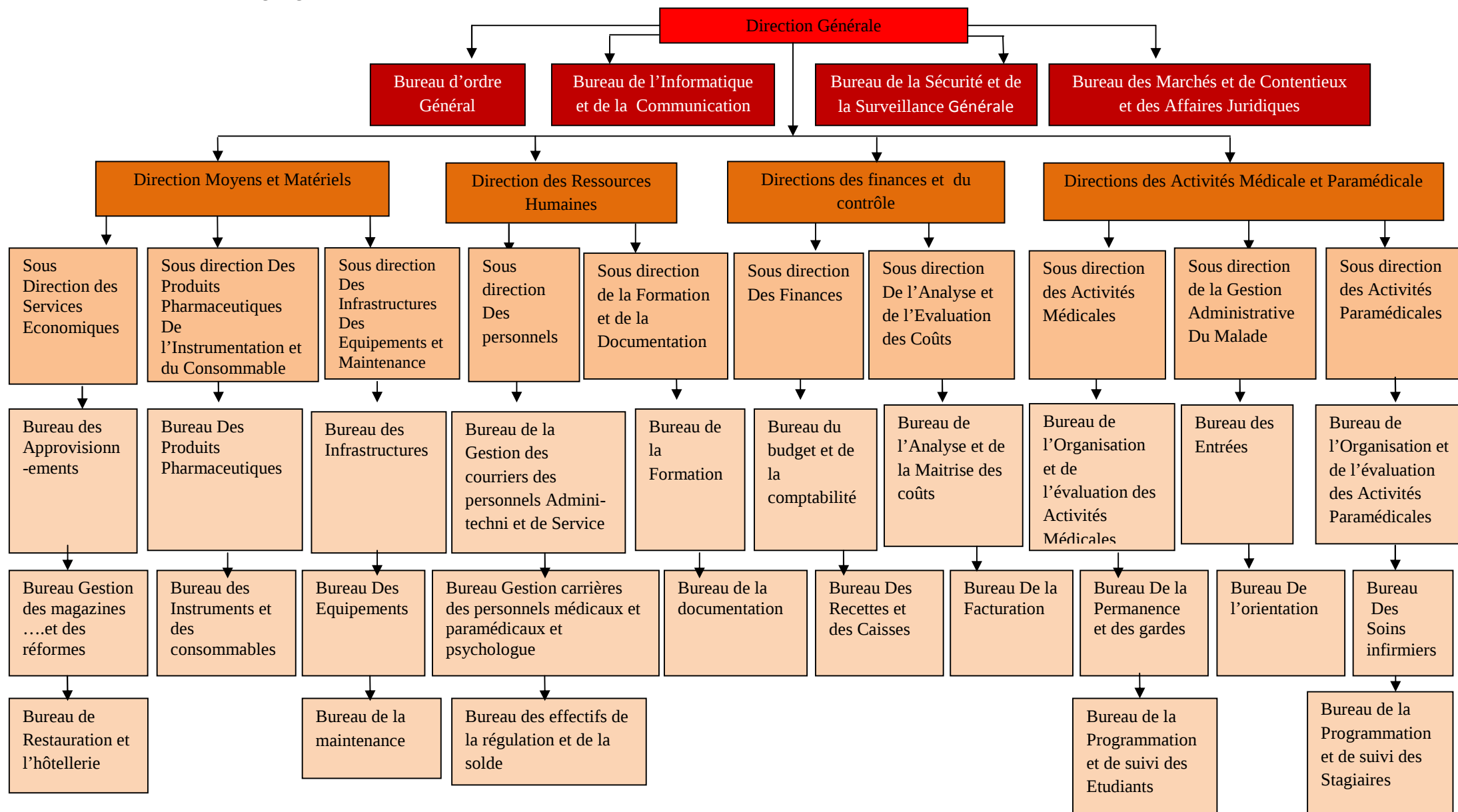
Art. 31. - La formation et le perfectionnement à l'étranger demeurent régis par les dispositions du décret n°87-209 du 8 septembre 1987 susvisé.

Art. 32. - Le présent décret sera publié au Journal Officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996.

Ahmed OUYAHIA.

Annexe n°4 : L'organigramme du CHU de Tizi-Ouzou



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Annexe n° 5: Projets des services du CHU de Tizi-Ouzou

5-1 Services exploration

Services	Moyens humains	Projections
CTS	-04 Généralistes	-Création d'une banque de sang -Développer une unité thérapeutique transfusionnelle (6 à 8 lits) (transfusion et plasmaphérèse) -Extension de la formation de base pour les internes et les résidents
Laboratoire Hémobiologie	-01 Professeur -04 MA -03ASP -09 Résidents -02 ingénieurs en biologie -13 techniciens supérieurs en laboratoire -02 prés emplois	-Développer l'immunologie des thromboses -Unité de cytologie et de biochimie (immuno-fixation sérique et urinaire – immuno-phénotypage) -Automatisation de l'immuno-hématologie -Immunochimie ; auto-immunité ; neuro-immunologie ; immuno-allergologie ; immunologie cellulaire ; immunogénétique et typage HLA
Laboratoire Anapathologie	-04 MA -01 ASP -06 Résidents	Exploration par immuno fluorescence des cancers du sein, des maladies rénales et dermatologiques.
Laboratoire Cytogénétique	-01 MA -01 MG	-Court terme : cytogénétique anyotype -Moyen terme : développer la cytopathologie. -Long terme : biologie moléculaire, procréation médicalement assisté (PMA). 03 unités : Unité cytologie – cytogénétique ; Unité bio-reproduction (PMA)
Laboratoire central unité Belloua	-04 MA -03 ASP -06 laborantins -04 biologistes -02 ATS -01 vacataire -01 CDD	-Création de 02 unités : hémobiologie – immunologie. -Développer les activités : biochimie, hémobiologie, microbiologie, parasitologie, immunologie.
Laboratoire microbiologie Unité Nedir	-02 MA -03 ASP -03 Résidents	érection des unités bactériologie et parasitologie en services incluant différentes unités : -Unité bactériologie -Unité HH -Unité sérologie -Unité biologie moléculaire (PCR) -Unité parasito-coprologie fonctionnelle -Unité mycologie -Unité sérologie parasitaire et mycologique
Laboratoire biochimie	-03 MA biochimie -01 MA toxicologie -08 spécialistes -14 Résidents	-Normaliser la structure. -Création d'un laboratoire d'urgence. -Création d'un laboratoire de toxicologie.
Laboratoire de toxicologie	-01 MA toxicologie -02 assistants -01 MA en chimie analytique	Création d'un laboratoire de 03 unités : -Unité toxicologie médicale. -Unité toxicologie médico-légale. -Unité toxicologie professionnelle et environnementale.

5-2 Services chirurgicaux

Services	Moyens humains	Projections
Urologie	-05 MA -04 ASP -02 spécialistes réanimateurs -02 MG -08 résidents -01 SMC -01 SM du bloc -17 PM SP -03 PM brevetés -02 secrétaires -13 agents d'entretien	-Lithotritie extra corporelle -Laser -Prise en charge de la vessie neurogène -Prise en charge des troubles sexuels + stérilité -Transplantation d'organes prélevés sur cadavres
CCI	-01 professeur -05 MA -02 généralistes -20 résidents	-Scinder les activités en unités : -Unité Urologie pédiatrique ; - Unité Orthopédie traumatologique ; - Unité de chirurgie septique ; - Unité anesthésie – réa ; -Unité urgences pédiatriques
Neurochirurgie	-01 professeur -04 MA -07 ASP -02 généralistes -15 résidents	-Création de 02 unités : Neurochirurgie fonctionnelle Neurochirurgie pédiatrique -Développer les techniques de la chirurgie du rachis cervical
ORL	-01 professeur -04 MA -02 ASP -04 généralistes -17 résidents	Création d'unités : -Unité d'exploration fonctionnelle et de rééducation en otologie -Unités de psycho-orthophonie -Unité bloc opératoire à développer : otologie ; chirurgie de la base du crane ; implantologie -Délocaliser la consultation d'urgence des consultations ordinaires
Ophthalmologie	-02 MA -02 ASP -09 résidents -14 PM -01 secrétaire -01 anesthésiste -07 agents d'entretien	-Développer la chirurgie du pôle postérieur -Prise en charge du glaucome et cécités cornéennes -Lancer des consultations sur spécialisées ; chirurgie réfractive et des tumeurs orbitaires
Urgences Chirurgicales	-04 MA -65 infirmiers -40 corps communs	-Unité de sepsis -Unité des brûlés -Bureau de tri et d'orientation
Chirurgie Orthopédique	-01 Professeur -06 MA -07 spécialistes SP -35 résidents	-Création d'un service de chirurgie osseuse septique -Doter le service d'un plateau technique en vue de promouvoir la chirurgie du rachis (navigateur, plateau radiologique spécifique)
Gynécologie	-04 MA -01 spécialiste SP -01 MG -32 résidents	-Lancement de l'activité de l'unité PMA (procréation médicalement assistée) -Relancer le comité de bioéthique -Lancement de la chirurgie plastique et reconstruction mammaire -Création d'une consultation spécialisée de diagnostic prénatal
Anesthésie Réanimation	-11 MA -10 spécialistes SP -25 résidents	-Création d'une unité de neuro-réanimation mixte du service de neurochirurgie -Améliorer l'existant

5-3 -1 Services médicaux

Services	Moyens humains	Projections
Pneumo- phtisiologie	-01 professeur -07 MA -05 ASP -05 M G -20 résidents	- Création de Laboratoire pour TBC -Développer l'endoscopie bronchique et les explorations fonctionnelles respiratoires (gaz de sang, saturomètre, pléthysmographe) -Développer l'allergologie, - l'apnée du sommeil -la thoracoscopie (exploration de la plèvre)
Rhumatologie	-03 MA -04 M G	-Rhumatologie interventionnelle -Hospitalisation du jour pour cure de chimiothérapie
Oncologie	-01 professeur -03 MA -03 M G -20 résidents	-Création de l'hospitalisation du jour (30 lits) -Création d'un secteur d'isolement pour les aplasies -Création d'une unité de dépistage du cancer du sein -Améliorer la consultation (psychologie) -Centre d'archivage
Dermatologie	-02 MA -04 M G	-Amélioration de l'existant -Développer la chirurgie dermatologique -Améliorer l'activité de dépistage du cancer cutané -Cryothérapie -Réactiver l'activité photothérapie
Médecine Interne	-01 professeur -01 docent -05 MA -03 ASP -22 résidents -01 SMC -16 spécialistes en IDR -02 inf. brevetés -01 secrétaire -12 agents d'entretien -Equipe du HAD	-Création de manométrie œsophagienne + vidéo-capsule -Développement de l'endoscopie interventionnelle -Création de biothérapie des maladies inflammatoires -Création d'un centre de MNT (apnées du sommeil- polysomnographe) -Traitement endo-vasculaire des varices (sclérothérapie) -Biothérapie des maladies systémiques - développer l'unité HAD
Néphrologie	-01 professeur -03 MA -01 ASP -03 généralistes -28 résidents	-Création d'une unité de transplantation rénale (développer la greffe à partir de cadavre) - création d'un centre d'auto dialyse en ville - développer l'hôpital du jour
Cardiologie	-01 professeur -03 MA -06 ASP -01 généraliste -22 résidents -02 SM -20 infirmiers	-A court terme : 01 échographie de stress 01 écho doppler cardiaque couleur 01 appareil de test d'inclinaison -A moyen terme : Extension du service vers les locaux du laboratoire avec création d'une nouvelle unité d'hospitalisation de 20 lits et d'une salle dédiée à l'électrophysiologie Unité de réadaptation cardiaque superficie de 150 m ² -Développement des activités existantes (diagnostique et thérapeutique)
Hématologie	-01 professeur -10 MA -05 ASP et 25 résidents	Autogreffe de moelle
Pédiatrie	-01 professeur -01 docent -05 MA et 07 ASP -07 généralistes -43 résidents	- Création de l'unité d'exploration : digestive – PH-mètrie – exploration respiratoire (endoscope + EFR) – tests cutanés (allergologie) - Création d'une unité pour l'hospitalisation du jour - Test de la sueur (mucoviscidose)

5-3-2 Services médicaux

Services	Moyens humains	Projections
Maladies Infectieuses	-01 docent -06 MA -06 ASP -02 généralistes -15 résidents -09 IDE -04 AS -01 inf. Principal -01 SMC -02 SM d'unités	-Création d'un CDR pour le VIH + plateau technique -Hôpital du jour pour les infections opportunistes -Création d'un CDV
Réanimation Médicale		-Extension du service -Création d'une unité pédiatrique
Psychiatrie	-01 professeur -01 docent -02 MA -03 ASP -19 résidents	-Création de : -Unité de toxicomanie pour tentatives de suicides -Unité de gériatrie psychiatrique -Unité de psychothérapie -Développer les techniques thérapeutiques
Urgences Médicales	-23 MG -02 ASP en MI -01 SM -02 chefs d'équipe -20 infirmiers -03 ATS -18 corps communs	- Création d'une salle de déchoquage et une salle d'attente-départ au niveau de l'intermédiaire - Création d'une salle pour drainage pleural (pour les pneumologues de garde).
Unité d'endoscopie	-02 MA -03 assistants -01 SM -01 IDE -01 IB -01 secrétaire -02 agents	Création d'un service de gastro-entérologie avec lits d'hospitalisation à vocation de soins et de formation
Endocrinologie	-01 professeur -02 MA -05 ASP -04 généralistes	Création d'une unité pied diabétique et relancer l'activité d'endocrinologie (nanisme, stérilité, ...)
Neurologie	-02 MA -05 ASP -04 généralistes	Création d'une unité de neuro-vasculaire (prise en charge de la thrombose vasculaire)
Médecine Physique et Réadaptation	-04 MA -05 ASP -01 généraliste	-Création d'unités : -Unité spinale -Unité neuro-rééducation -Unité enfants -Unité rééducation polyvalente - Développer l'activité de rééducation externe (ergothérapie, laboratoire d'étude marche, laboratoire d'iso cinétisme, salle de balnéothérapie)

5-4 Services médico-techniques

Services	Moyens humains	Projections
Médecine du Travail	-19 médecins -08 résidents -02 psychologues du travail -07 paramédicaux -03 agents d'administration -05 agents polyvalents	Améliorer les activités existantes
SEMEP	-01 professeur -03 MA -01 ASP -09 Médecins résidents -01 M.G -01 SM Chef -02 SM -01 technicien biologiste -01 technicien en assainissement -01 secrétaire médicale -01 secrétaire dactylographe -01 agent d'administration -01 agent de saisie pré emploi -01 agent d'entretien	-Création d'un centre de vaccination -Création d'une unité du registre des tumeurs (informatisation sanitaire) -Création d'une unité bio-statistique
Médecine Légale	-02 MA -04 Résidents	-Unité de consultation -Unité de thanatologie en dehors de la morgue -Unité d'hospitalisation pour prisonniers -Labo de toxico-biologie
SAMU	-14 Généralistes	-Développer le SAMU 15 -Création d'un SMUR
Pharmacie	-14 Pharmaciens	-Améliorer la stratégie d'achat et d'approvisionnement. Restructuration et extension des aires de stockage. -Unité de reconstitution des produits cytotoxiques.
Radiologie	03 MA 03 ASP 03 résidents	Affectation de radiologues au sein d'un service déjà équipé.

Source : Exploitation des données de la direction générale du CHU de T-O

A decorative border resembling a scroll, with a light gray fill and a black outline. It features three rolled-up corners: the top-right corner is at the top right, the bottom-left corner is at the bottom left, and the top-left corner is at the top left. The text is centered within the scroll's frame.

Table des matières

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Sommaire	
Introduction générale	A
Chapitre1 : Hôpital : une organisation à part	1
Introduction	2
I-1L'hôpital une organisation bureaucratique	3
I-1-1 Le concept d'organisation	3
I-1-1-1 Sens du mot organisation	3
I-1-1-2 Les caractéristiques d'une organisation	4
I-1-1-3 Les composants d'une organisation	5
I-1-2 L'hôpital : Un modèle de bureaucratie professionnelle	6
I-1-2-1 Les caractéristiques de la bureaucratie professionnelle	6
I-1-2-2 Description de la bureaucratie professionnelle	8
I-1-2-3 Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle	10
I-1-3 Caractéristiques et spécificités de l'organisation hospitalière	11
I-1-3-1 Les caractéristiques de l'organisation hospitalière	11
I-1-3-2 Particularités de l'organisation hospitalière	13
I-2 La complexité et l'exercice du pouvoir à l'hôpital	14
I-2-1 La complexité en milieu hospitalier	14
I-2-1-1 Une vue d'ensemble sur la complexité en milieu hospitalier	14
I-2-2-2 Les dimensions de complexité hospitalière	19
I-2-2-3 Les niveaux de la complexité à l'hôpital	20
I-2-2 L'exercice du pouvoir en milieu hospitalier	21
I-2-2-1 Le pouvoir au sein d'une organisation	21
I-2-2-2 L'hôpital un pouvoir bicéphale	22
I-2-2-3 L'ambiguïté des relations et les problèmes de responsabilité	24
I-2-3 Le manager face à la complexité en milieu hospitalier	25

Table des matières

I-3 Du management au management hospitalier.....	27
I-3-1 Le management	27
I-3-2 Le management hospitalier	29
I-3-2-1 Les principaux travaux en management de santé	30
I-3-2-2 Définitions et spécificité du management hospitalier	32
I-3-3 Les fonctions du management hospitalier :	33
1-3-3-1 Prévoir	33
I-3-3-2 Evaluer	35
I-3-3-3 Gérer	37
I-3-3-4 Décider	37
Conclusion	39
Chapitre2 : Le processus de prise de décision et le système d'information à l'hôpital ..	40
Introduction	41
II- 1 Le processus de prise de décision en milieu hospitalier	42
II-1-1 La décision en milieu hospitalier	42
II-1-1-1 Définitions de décision	42
II-1-1-2 Les caractéristiques de décision en santé	44
II-1-1-3 Les types de décision.....	46
II-1-2 Le processus de prise de décision.....	47
II-1-2-1 Définitions et caractéristiques du processus de prise de décision en milieu hospitalier	47
II-1-2-2 Les étapes du processus de prise de décision en milieu hospitalier ...	48
II-1-2-3 L'information matière première dans le processus de prise de décision	52
II-1-3 Les facteurs de contingence en milieu hospitalier	53
II-1-3-1 Le pouvoir	53
II-1-3-2 L'environnement	53
II-2 Le système d'information en milieu hospitalier	56
II-2-1 Le système d'information en organisation	56
II-2-1-1 Le système.....	56
II-2-1-2 L'information	57
II-2-1-2 Définitions du SI	58

Table des matières

II-2-2 Le système d'Information Hospitalier (SIH).....	59
II-2-2-1 Historique du SIH	59
II-2-2-2 Définitions du SIH	60
II-2-2-3 Les Composantes d'un SIH.....	61
II-2-3 Les approches d'analyse du système d'information hospitalier	63
II-2-3-1 Les composantes de l'environnement de SIH	63
II-2-3-2 Les principaux objectifs du SIH	64
II-2-3-3 Analyse fonctionnelle et structurelle du SIH	64
II-3 Le rôle du SIH dans le processus de prise de décision	66
II-3-1 Le besoin en information en milieu hospitalier	67
II-3-1-1 Le besoin en information des parties prenantes internes	67
II-3-1-2 Le besoin en information des parties prenantes externes	67
II-3-2 Le Système d'information hospitalier : Outil d'aide à la décision	68
II-3-2-1 La relation entre information et décision	68
II-3-2-2 Système d'aide à la décision	69
II-3-2-3 Les fonctions du SIH en tant qu'outil d'aide à la décision	71
II-3-3 La réforme hospitalière en Algérie	75
II-3-3-1 La mise en place du PASS	75
II-3-3-2 Objectifs du PASS	76
II-3-3-3 Les activités du PASS	77
Conclusion	78
Chapitre 3 : La contribution du dans l'amélioration du processus de prise de décision	
 au sein du CHU de Tizi-Ouzou	80
Introduction	81
III-1 Présentation du cadre Méthodologique de l'étude	82
III-1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de l'étude	82
III-1-1-1 Rappel de la problématique	82
III-1-1-2 Rappel des objectifs	83
III-1-2 Méthodologie de recherche	84
III-1-2-1 Le choix de l'outil	84
III-1-3 Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude	85
III-1-3-1 Caractéristiques de la population d'étude	85
III-1-3-2 Echantillon d'étude	91

Table des matières

III-2 Le fonctionnement et organisation du CHU de T-O	92
III-2-1 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou	92
III-2-1-1 Direction de l'établissement	92
III-2-1-2 Le conseil d'administration	92
III-2-1-3 Le conseil scientifique	94
III-2-1-4 Directions de l'organisation administrative	94
III-2-2 Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou	98
III-2-2-1 Le personnel médical	98
III-2-2-2 Le personnel paramédical	101
III-2-2-3 Le personnel administratif	101
III-2-3 Organisation du CHU de T-O par service	101
III-2-3-1 Services d'hospitalisation	102
III-2-3-2 Service des urgences	103
III-2-3-3 Services médico-techniques	102
III-3 Analyse et interprétation des résultats	103
III-3-1 Le CHU de T-O une organisation bureaucratique	103
III-3-2 Les types de décision et les facteurs qu'ils influencent au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou	104
III-3-2-1 Les types de décision au sein du CHU de T-O	104
III-3-2-2 Les facteurs influençant la décision au sein du CHU de T-O ...	107
III-3-3 Le rôle du SIH au sein du CHU de T-O	111
III-3-3-1 Le développement du SIH au sein du CHU de T-O	111
III-3-3-2 SIH : Outil de décision au sein du CHU de Tizi-Ouzou	114
III-3-3-3 Les problèmes rencontrés pour le développement du SIH	115
Conclusion	116
Conclusion générale	118
Bibliographie	123
Annexes	
Table des matières	