

**UNIVERSITE MOULOU MAMMARI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCE ECONOMIQUES, COMMERCIAL ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES FINANCIERES ET COMPTABILITE**



**Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de master
Option : Audit et contrôle de gestion**

Thème

**Audit et amélioration du « *service au client* » dans
la culture du management public**

Cas : C.H.U de Tizi-Ouzou

Réalisé par :

MOKDADI Fateh

CHIKH Redouane

Dirigé par :

Mr ARHAB Samir

Devant le jury composé de :

Président : Mr GUERCHOUH Mouloud, (MCA, FSECSG / UMMTO).

Rapporteur : Mr ARHAB Samir, (MAA, FSECSG / UMMTO).

Examineur : Mr MADOUCHE Yacine, (MCB, FSECSG / UMMTO).

**7ème promotion
Année universitaire : 2020/2021**

Remerciements

Nos remerciements s'adressent à :

Nos très chers parents auxquels on doit beaucoup et nous ne rendrons
jamais assez.

L'ensemble des enseignants de la faculté des sciences économiques,
gestions, et commerciales de l'université MOULOUD MAMMARI de
Tizi-Ouzou.

Notre promoteur Mr ARHAB Samir, pour son entière disposition, et la
qualité d'encadrement, la rigueur scientifique et le soutien affectif dont
nous avons bénéficié.

Et enfin, tous ceux et celles qui ont contribué d'une façon ou autre, à la
réalisation de ce présent mémoire.

Dédicaces

On dédie ce mémoire à :

A nos chers parents.

A nos frères et à nos sœurs.

A toute la famille et les amis.

Liste des signes et abréviations

ABC : Activity Based Costing

AMF: Autorité des marchés financiers

AV : acuité visuelle

AVC : accident vasculaire cérébral

BRI : Banque des règlements internationaux

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

COSO: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

EPE: entreprise publique économique

GRAH : Groupe de recherche en audit hospitalier

IIA: Institute of Internal Auditors

INTOSAI : Organisation internationale des Institutions supérieures de contrôle des finances publiques

ISC : Institution supérieure de contrôle

ISO : Organisation internationale de normalisation

NMP: Nouveau management public

NPM: New public management

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

SAU : Surface agricole utilisée

Sommaire

Introduction Général	02
-----------------------------------	-----------

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

Introduction	06
Section 1 : Le management public	06
Section 2 : Le nouveau management public.....	07
Section 3 : L’audit et le nouveau management publique.....	13
Conclusion	15

Chapitre II : L’audit interne des organisations publiques

Introduction.....	18
Section 1 : les domaines de la sphère publique	18
Section 2 : l’audit interne applicable dans les établissements public	20
Section 3 : L’audit et l’amélioration continue de la qualité à l’hôpital	28
Conclusion	34

Chapitre III : L’organisation hospitalière

Introduction.....	36
Section 1 : Particularités de la gestion hospitalière.....	36
Section 2 : Cadre théorique de l’organisation hospitalière	46
Section 3 : Contexte organisationnel de l’hôpital	52
Conclusion	56

Chapitre IV: Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction :

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Introduction.....	58
Section 1 : Présentation de service Néphrologie de l’hôpital CHU TIZI-OUZOU	58
Section 2 : Méthodologie d’élaboration et de mise en œuvre du questionnaire.....	61
Section 3 : Evaluation de la qualité au sein de service	63
Conclusion	82
Conclusion générale.....	84

En quelques années, sous l'effet de la pression des législateurs et régulateurs, et de l'exigence des organisations, l'audit interne a profondément évolué, tout en se répandant dans tous les secteurs d'activité, et en particulier dans le secteur public. C'est ainsi que l'existence d'entités d'audit et de contrôle, dans les structures organisationnelles des départements ministériels, est devenue indispensable. Cette évolution s'est inscrite depuis 2002 dans les normes de la profession qui ont mis en avant le rôle majeur de l'audit interne dans l'évaluation des processus de management des risques, pour objectif, de promouvoir plus d'efficacité tout en préservant les sécurités. Il en résulte que l'audit interne n'est plus perçu comme une fonction financière, mais comme une activité s'intéressant à tous les processus et à toutes les fonctions d'une organisation

Alors que l'on parlait de satisfaction des citoyens, une nouvelle philosophie est apparue. Aussi, la minimisation des coûts est devenue l'une des priorités des gouvernements successifs. Ce désir de diminution des dépenses s'explique notamment par une dette et un déficit publics trop importants. Cette nouvelle gestion publique est une application d'un courant de pensée apparu en Angleterre au début des années 1980 appelé le New Public Management (NPM).

Le management public se doit d'être adapté à la conjoncture et aux multiples évolutions sociales afin que l'Etat soit efficace et fournisse un service public adapté aux attentes des citoyens. Le NPM fait partie de ses adaptations du management public au contexte économique. Il ne fut cependant pas la première tentative de modernisation de la gestion publique.

Dans les années 1960, une réforme appelée Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) a été instaurée en France, afin de faire un meilleur usage des fonds publics. Cette réforme apparaît cependant comme un échec car trop complexe à mettre en application et incomprise par les acteurs.

Dans les années 1980, divers événements rendent impératif une nouvelle réforme de la gestion publique, ce dans divers pays du monde tels que, entre autres, le Royaume-Uni, la Nouvelle Zélande, le Japon, le Canada et la France. Cependant, les événements à l'origine d'une telle modernisation restent multiples et spécifiques à chaque pays. C'est pour cela que la définition du NPM ne peut être la même pour chaque pays dans lequel il a été appliqué. De plus, l'urgence et la diversité de ces événements ont eu une influence sur la rapidité de mise en place du NPM dans ces différents pays.

En effet, l'audit interne est devenu un élément actif de la nouvelle ère de comptabilité et de contrôle. La façon dont les entités du secteur public assurent un contrôle interne et sont tenues de rendre compte a évolué : une meilleure transparence et une plus grande responsabilisation sont à présent exigées de la part de ces organisations, qui dépensent l'argent

des investisseurs et des contribuables. Cette tendance a eu un impact significatif sur la façon dont la direction assure la mise en œuvre et la surveillance du contrôle interne ainsi que le rapportage.

Actuellement, il n'y a pas de mécanisme pour évaluer la satisfaction des patients dans les hôpitaux publics en Algérie. Ainsi, la mise en œuvre d'une étude de satisfaction pourrait aider à mettre en lumière la perception des patients hospitalisés sur la qualité du service à l'hôpital, dans le but de formuler des recommandations à partir des points de vue des patients. Cette étude permettra d'identifier les attentes des patients-clients, l'ampleur et les causes profondes de cette perception négative, de définir les priorités et d'orienter les actions en étant réactif aux besoins des malades et améliorer ainsi la qualité.

La méthodologie adoptée est, en premier lieu, une analyse bibliographique sur le thème des études de satisfaction des patients et en second lieu, une exploitation des enseignements et des pratiques concernant les enquêtes de satisfaction.

L'exigence des patients, les contrôles budgétaires serrés, la réglementation et les réformes du secteur de la santé ont augmenté la pression sur les « fournisseurs » de soins de santé pour suivre la satisfaction des patients dans l'évaluation et l'élaboration des services de santé. Il a été démontré que la satisfaction du « client » est fondamentale en tant que mesure de la qualité des soins, car elle donne des informations sur le succès du « fournisseur » à satisfaire les attentes des « Clients ».

Les mesures de la satisfaction des patients identifient les domaines potentiels d'amélioration pour optimiser les dépenses de santé. Ainsi, les informations sur la satisfaction des patients sont indispensables à l'évaluation de la qualité pour la conception et la gestion des systèmes de santé. L'objectif des soins médicaux est non seulement d'améliorer l'état de santé du patient mais aussi de répondre à ses attentes et d'assurer sa satisfaction. Des travaux ont montré que la satisfaction des patients était liée à l'observance, à la continuité des soins, au résultat thérapeutique et, dans certains cas, au pronostic clinique.

❖ **Problématique**

Les objectifs de performance, de planification stratégique, d'écoute des usagers, du management participatif et d'évaluation sont des enjeux essentiels du NMP.

Comment l'audit participe à l'amélioration de la qualité du management public pour un excellent service aux clients ?

Pour répondre à cette question, on va enrichir notre recherche par les questions suivantes :

- Le management public est- il un mode de résolution des problèmes managériaux dans les établissements public ?
- Jusqu'à quel point, et dans quelles conditions l'audit assure la bonne gouvernance dans les établissements publics ?
- L'audit est-il appliqué dans les établissements publics algériens ?

❖ Hypothèses

Pour aborder cette problématique, nous allons examiner les hypothèses suivantes :

- L'application d'un audit a un grand avantage en termes d'amélioration de service aux clients.
- Les spécificités des établissements publics algériens constituent des freins à l'application d'un audit.
- Les objectifs de ce mémoire sont
- Identifier les déterminants de la satisfaction des patients hospitalisés
- Elaborer un questionnaire de satisfaction qui permettrait d'évaluer la perception des patients hospitalisés de la qualité à l'hôpital.

❖ Limites

Parmi les difficultés rencontrées au cours de notre étude :

- Le manque des ouvrages sur le nouveau management public.
- L'absence de service d'audit interne au sein de l'établissement public de notre base de stage.

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

Introduction

Le management des organisations publiques représente aujourd'hui un concept à la fois incontournable et terriblement méconnu.

Dans ce chapitre et dans une première section nous allons mettre l'accent sur les concepts de base liée au management public. Dans la deuxième section on va s'intéresser au nouveau management public et les mesures d'application du NMP dans les organisations publiques. Enfin dans la troisième section on va essayer de montrer la relation entre l'audit et management des organisations publiques, autrement dit, la substance de l'audit dans le secteur public.

Section 1 : Le management public

L'introduction des méthodes modernes de management dans les entreprises Algériennes basées sur la prospective, l'anticipation des changements et la conception des stratégies fondées sur une vision du futur est aujourd'hui indispensable. La performance et la compétitivité des entreprises Algériennes dépend actuellement non seulement de leur capacité d'adaptation aux évolutions rapides au niveau de l'environnement externe mais aussi du passage de la réflexion managériale prospective à l'action collective prévue dans le temps.¹¹

1. Le concept du management public

L'origine même du terme management ne fait pas consensus. Ainsi, pour certains, le terme « management » serait d'origine anglo-saxonne, ce qui inciterait à le prononcer avec une pointe d'accent anglais. Pour d'autres, le mot « management » est, au départ, un mot français qui vient de « ménagement » et qui signifie gestion des contradictions. Ainsi, le mot 3 management aurait probablement la même racine latine que ménagement, mot français du XVI siècle, dérivé de ménager et qui signifie disposer, régler avec soin et adresse (Petit Robert, 1976) (Thiéart, 1999). Le ménagement, nous dit le Littré, c'est à la fois l'art de conduire et le respect de la mesure qu'on doit avoir en toute chose.²²

Le management public est la mise en œuvre de méthodes et de techniques visant à développer le pilotage de la décision publique. Il représente un champ d'études, d'expériences et de références pour l'amélioration de la performance des organisations publiques. Il contribue à la modernisation et la relégitimation de ces organisations après plusieurs décennies de remise en question de leur efficacité, voire de leur existence, par les approches néo-libérales.³

¹ Rôle du management moderne dans le développement des PME Algériennes Dr. OuassilaHamdaou

² ZAMPICCOLI L., « Le management public : approches conceptuelles et enjeux de pilotage », Gestion et Management Publics, vol.9, Mai 2011 page 2

³ Consulté sur le site https://fr.wikipedia.org/wiki/Management_public

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

2. Caractéristiques du management public⁴

Crozier (1985, 1987) avait mis en évidence trois caractéristiques du management public tel qu'il est pratiqué dans les organisations publiques :

- Leur activité étant généralement fondée sur l'institution juridique du monopole d'une fonction, les administrations publiques sont protégées de leur environnement ; - Fournissant essentiellement à la société des services complexes, gérant des relations humaines beaucoup plus que des biens matériels, leurs difficultés d'adaptation sont ressenties de façon plus grave, particulièrement par les administrés, ce qui provoque, dans un premier temps, un besoin de protection que la situation de monopole rend possible;
- L'explosion des communications ainsi que le passage d'une société de production à une société de services, bouleversent l'équilibre des protections traditionnelles.

Par conséquent, les administrations et les gouvernements rêvent de ce fait de méthodes scientifiques qui permettraient de fonder un nouvel équilibre, et de le justifier. Les définitions données de management public reposent sur les fonctions de la gestion, ce qui présente un caractère réductionniste mettant davantage l'accent sur les techniques gestionnaires plus que sur les processus. Le management pratiqué dans les organisations publiques consiste à s'appuyer le principe de contingence structurelle conduisant à rejeter les perspectives uniques, et standards, et à s'adapter à la diversité des situations.

Section 2 : Le nouveau management public

Dans cette section nous allons mettre l'accent sur des notions de base concernant le nouveau management public, tout en commençant par ses fondements et son développement, puis nous allons citer ses avantages et enfin ses limites et les dysfonctionnements.

1. Les concepts du nouveau management public

Définition

Il n'existe pas de définition unique du Nouveau Management Public (NPM), mais le point commun des réformes regroupées sous ce terme est le passage d'une logique « traditionnelle » de l'administration publique, à une nouvelle logique de management fondée sur les méthodes employées dans le secteur privé.⁵

Selon Pollitt, « beaucoup d'auteurs offrent des définitions, mais peu d'entre elles sont

⁴ Élisabeth Gardère, « Institution communicante et nouveau management public », Communication et organisation, n° 41, 2012, p30.

⁵ Kamar Damaj, « la transformation des organisations publiques au Liban et son impact sur leurs performances, en lien avec la satisfaction des usagers », thèse pour l'obtention du doctorat en science de gestion, école doctorale ABBE GREGOIRE, Liban, 2 juillet 2013, p249.

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

identiques », ajoutant plus récemment que le NMP change constamment d'apparences pour se fondre dans les contextes locaux et qu'« une telle capacité d'adaptation est possible parce que le NMP n'est pas un ensemble cohérent d'idées et d'outils ». ⁶

Pour Bèzes « le NMP est constitué d'un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues des savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglosaxons) et de systématisations produites par des organismes comme l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) ».

Le NPM est donc un nouveau système de gouvernance, qui suit une approche néoclassique de l'Etat. L'économie doit donc être régulée, selon les règles du marché, et non pas par l'Etat. Endécoule une application des méthodes du management privé, qui rendent les entreprises efficaces sur le marché, au secteur public. Globalement, le NPM n'est que l'application des techniques managériales du privé au secteur public. ⁷

1.1 Les fondements et les avantages du NMP⁸

1.1.1 Les fondements et le développement du NMP

D'un point de vue théorique, le NMP est un concept qui puise ses fondements dans de nombreux courants de pensée (courant néoclassique, théorie des organisations, théorie de l'agence, théorie des droits de propriété, etc.) et qui par bien des aspects rejoint l'idéologie du Public Choice reposant sur l'individualisme méthodologique (c'est-à-dire sur l'idée selon laquelle les intérêts d'une organisation publique doivent avant tout être analysés au travers des individus qui la compose et des stratégies qui leurs sont associées), le recours aux privatisations et une plus grande souplesse et décentralisation des unités administratives.

L'idée principale du NMP est que les méthodes de management du secteur privé, supérieures à celles du secteur public, peuvent lui être transposées. Le secteur public est jugé inefficace, excessivement bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur son propre développement (effet Léviathan), non innovant et ayant une hiérarchie trop centralisée. Dès lors, pour le perfectionner il est nécessaire d'accroître les marges de manœuvre des gestionnaires pour leur permettre de mieux répondre, au moindre coût, aux attentes des citoyens. Ces derniers sont désormais assimilés à des clients (logique consumériste) tandis que les administrateurs deviennent de véritables managers. Cette conception du secteur public – et plus

⁶ Ibid., p249.

⁷ Élisabeth Gardère, « Institution communicante et nouveau management public », Communication et organisation, n°41, 2012, p30.

⁸ Amar Anne, Berthier Ludovic, « Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007. P2

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

particulièrement de l'administration, reposant sur les 3 E « Économie, Efficacité, Efficience » (Urio, 1998) – est à l'opposé de celle de Weber pour lequel la « bureaucratie », véritable idéal type, est la condition même de l'efficacité par sa dimension rationaliste. Le tableau suivant indique, dans les grandes lignes, les principales différences entre une administration de type wébérienne et une administration basée sur le NMP

Tableau n°1 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats satisfaire le client
Organisation	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, spécialisation, parcellisation,	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la Responsabilité et à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

Source : Amar Anne, Berthier Ludovic, « Le nouveau management public : avantages et limites »,
Revue du Recemap, Décembre 2007. P03

Le NMP permet enfin d'introduire des effets incitatifs via la rémunération des agents et d'accentuer la responsabilité des structures en généralisant l'évaluation et la reddition des comptes. Plus précisément et de manière concrète, de nombreuses actions s'inscrivent dans le champ du NMP. Nous pouvons les regrouper par fonction.

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

Tableau n°2 : Les différentes actions s’inscrivant dans le champ du NMP

Fonction stratégique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion par résultat ▪ Mise en place d’une planification stratégique ▪ Privatisation d’entreprises publiques, externalisation (faire-faire) ▪ Mise en place partenariats public/privé ▪ Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre) ▪ Déconcentration et /ou décentralisation Utilisation des nouvelles technologies de l’information et de la communication en interne (l’intranet permet de décloisonner les services) ▪ Généralisation de l’évaluation (culture de la performance) ▪ Simplification des formalités administratives
Fonction finance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rééducation des déficits ▪ Budgétisation par programme ▪ Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple la mise en place d’une comptabilité analytique pour comparer les résultats aux provisions)
Fonction marketing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de marketing public (consultations, enquêtes, sondages, observations, etc.) ▪ Utilisation des nouvelles technologies de l’information et de communication en externe (pour une meilleure communication)
Fonction ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des effectifs ▪ Responsabilisation et motivation des fonctionnaires (individualisation des rémunérations, primes au rendement, etc.) ▪ Développement de la participation

Source : d’après Laufer et Burlaud, 1980 ; Hood, 1991 ; Pollitt et Bouckaert, 2000 ; Gruening, 2001

1.1.2 Les avantages du NMP

Les avantages liés à la mise en place du NPM sont multiples. Nous ne donnerons ici que certains avantages significatifs :

- L’application du NMP a un grand avantage en termes de finances publiques. Selon Alain-Gérard Cohen, le NMP permet de rationaliser les dépenses publiques suite à l’introduction d’un système financier de contrôle et de gestion dans les organisations publiques. Cette rationalisation fut à l’origine d’une nouvelle et d’une meilleure affectation des recettes publiques.⁹

⁹ Cohen Alain Gérard, « La Nouvelle Gestion Publique : concepts, outils, structures, bonnes et mauvaises pratiques

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

- Le NPM augmente l'autonomie donnée aux managers. Anne AMAR et Ludovic BERTHIER parlent d'une « meilleure implication des managers », due autant à ce regain de pouvoir qu'à la reconnaissance du travail qui en découle. Cette autonomie participe grandement à la motivation des acteurs des organisations publiques. Ainsi, Anne Amar et Ludovic Berthier (2007) précisent, que l'application des principes du NPM répond aux attentes des fonctionnaires en termes d'intérêt du travail, d'évolutions technologiques et de leur situation au sein des administrations.¹⁰
- l'application des pratiques du NPM participe sans conteste à l'amélioration de la qualité des services publics. De ce fait, les économies de coût, ainsi que les nouvelles affectations des recettes publiques semblent avoir permis la mise en place de nouveaux services (mise en place de mesures suite à la loi sur l'égalité des chances). Ainsi, le New Public Management repose sur la mise en œuvre des instruments destinés à mesurer la satisfaction des usagers et à prendre en compte leurs besoins (chartes d'engagement, centres d'appel, etc.)

1.2 Les limites et les dysfonctionnements du NPM¹¹

Les résultats du NPM doivent être observés avec un certain recul et une certaine retenue. En effet, dans l'ensemble des pays l'ayant adopté, malgré certains succès et d'évidentes transformations, l'on ne peut pas parler pour autant de réussite totale. Ce succès en demi-teinte du NPM peut provenir de limites intrinsèques ou de dysfonctionnements liés à son application.

1.2.1. Les limites du NPM

Divers postulats sur lesquels est basé le NPM apparaissent discutables. Il est important de les mettre en exergue et de les nuancer :

- S'agissant du statut de la fonction publique (recrutement, rémunération, promotion, carrière, etc.), considéré comme rigide et empêchant la mise en place d'une gestion pertinente des ressources humaines, il ne faudrait pas considérer le secteur privé comme étant libéré de toutes contraintes. En effet, les conventions collectives, dans certains cas, peuvent remplir une fonction similaire voire plus rigide que le statut de la fonction publique. C'est le cas notamment pour les grandes et moyennes entreprises. Il n'y a que les petites entreprises qui disposent d'une réelle autonomie de gestion de leur personnel ;
- D'un autre côté, il est faux de concevoir le secteur public comme dénué d'une certaine souplesse. En effet, le secteur public emploie de nombreux contractuels. Par conséquent,

», 3^{ème} édition, Gualino – lextenso, 2012, pp, 37- 40.

¹⁰ Amar Anne, Berthier Ludovic, «Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007, p 7

¹¹ Amar Anne, Berthier Ludovic, « Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007. P9

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

la gestion des ressources humaines dans le secteur public comporte une part de flexibilité et donne aux gestionnaires quelques marges de manœuvre non négligeables ;

- Le statut de la fonction publique n'est pas forcément démotivant pour les fonctionnaires (existence de promotions internes, noblesse du service public, etc.). Il est toutefois perfectible sur plusieurs points (mobilité, passerelle entre les fonctions publiques, etc.). À ce titre, le Conseil d'État, dans son rapport sur la fonction publique de 2003, a proposé des modifications pour le rendre plus souple (révision du système de notation, contrats d'objectifs négociés individuels, etc.).
- Autre limite, l'environnement ainsi que le degré de complexité¹⁰ des secteurs public et privé ne sont pas comparables. Le management public est « différent » et « plus difficile » que le management privé (Heller 1972). Il exige donc des réponses qui, si elles peuvent s'inspirer d'un secteur privé, doivent être compatibles avec les fondements et les valeurs du secteur public.

Enfin, l'évaluation dont l'importance est grande dans le NMP ne permet pas toujours de déboucher sur une amélioration des politiques menées. En effet, la mesure de la performance est difficile dans le secteur public en raison de la multiplicité des objectifs et des acteurs. Si auparavant on se posait la question « pourquoi évaluer ? », notamment en France où la seule évaluation jugée pertinente s'est longtemps cantonnée aux choix des citoyens via les élections, on se pose désormais la question « comment évaluer ? » afin d'éclairer les décisions des gestionnaires. L'obsession de l'évaluation est toujours présente mais l'intitulé de la question s'est modifié. Saisir le degré de performance d'une politique ou d'un fonctionnaire reste délicat.

1.2.2. Les dysfonctionnements du NMP

La mise en place du NMP a suscité de multiples résistances individuelles ou collectives. Tout d'abord, car les fonctionnaires perçoivent des risques sur leur rémunération (évolution moins favorable, disparition des garantis, etc.) ; sur leur reconnaissance (peur de ne plus être à la hauteur en raison d'une formation inadaptée, hausse des cadences, réduction d'effectifs, etc.) ; sur leur protection (peur du licenciement, fin de l'emploi à vie, remise en cause des avantages, crainte des inégalités de traitement, d'une réaffectation, etc.) ; et enfin sur leur autonomie (crainte d'une perte d'indépendance).

Notons que les risques supposés sur la rémunération et la protection sont intimement liés à l'évaluation dont les fonctionnaires craignent l'arbitraire. Ces différentes inquiétudes expliquent pourquoi le NMP a souvent été perçu de manière frileuse et négative par certains fonctionnaires qui ne se reconnaissaient pas dans la nature de ses principes.

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

De plus, si les fonctionnaires peuvent mettre en place une résistance face à l'introduction du NMP (via les syndicats), les décideurs ne sont pas exempts de telles pratiques. En effet, le NMP peut engendrer chez eux des difficultés, d'une part pour déléguer leur pouvoir, d'autre part pour mettre en œuvre et gérer la mise en place du NMP. Cela peut se traduire alors par le ralentissement de l'introduction du NMP, une délégation insuffisante des compétences, etc. Au mieux, les réformes ont lieu avec un certain retard, au pire, elles se concrétisent de manière partielle. Enfin, s'agissant de la sphère politique, il convient de noter que le temps politique n'est pas celui des réformes du NMP. Si les politiciens raisonnent à court terme, au rythme des élections, le NMP nécessite une dimension temporelle étendue pour pouvoir se pérenniser. Retenons que le NMP pousse les individus à se remettre en question, à redéfinir leurs missions et leur place dans le processus de fourniture de services publics. Les résistances rencontrées, plus ou moins actives, prennent leur source dans les représentations culturelle, politique et sociale que se font les différents acteurs à propos des finalités du secteur public.

Section 3 : L'audit et le nouveau management publique

L'entreprise peut être économiquement définie comme l'agent économique qui, sous l'impulsion d'un entrepreneur, produit des biens et services pour un marché. Par conséquent, l'entreprise se distingue des autres agents économiques par son rôle productif.

La théorie des organisations a considérablement dépassé cette conception limitative de l'entreprise. Celle-ci est désormais conçue comme un système finalisé et ouvert sur un environnement donné.

Or, l'environnement dans lequel vit l'organisation est caractérisé par sa complexité et sa mutation permanente. De ce point de vue, la survie de l'entreprise dépend essentiellement de sa capacité de maîtriser son environnement. Pour ce faire, les dirigeants de l'entreprise introduisent un système d'audit assurant ainsi cette maîtrise.

Ainsi, le terme audit, est devenu synonyme d'objectivité, d'efficacité, d'outil d'aide à la gestion.

1. Définition de l'audit

❖ Définition 1 ¹²

L'audit est une opération qui vise à vérifier l'ensemble des comptes et les rapports annuels d'une entreprise. Il permet de s'assurer que sa comptabilité est tenue dans le respect des normes comptables en vigueur. Ce contrôle permet de mettre en évidence les éventuelles

¹² www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier, consulté le 17/11/2021 à 17h50min

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

fraudes ou omissions. L'audit comprend souvent plusieurs composantes : une analyse du marché, l'analyse de l'environnement et l'analyse interne de l'entreprise.

L'audit joue également un rôle important au sein d'une entreprise car il permet d'avoir un avis professionnel quant à sa santé financière et, en ce sens, est considéré comme un outil d'amélioration. Un audit qui offre de bons résultats constitue un gage de confiance et de sécurité pour ses fournisseurs ou investisseurs. Mais l'audit permet aussi de déceler les points forts et les points faibles, permettant ainsi à l'entreprise d'identifier ses marges d'amélioration.

❖ Définition 2¹³

L'audit est une action qui consiste à s'assurer du caractère complet, sincère et régulier des comptes d'une entreprise, à s'en porter garant auprès des divers partenaires intéressés de la firme et, plus généralement, à porter un jugement au-delà des seuls aspects financiers, à la qualité et à la rigueur d'une gestion.

D'après le (Petit Larousse illustré, 1994), l'audit est une procédure de contrôle de la comptabilité et de la gestion d'une entreprise et en vue d'apprécier l'atteinte de ses objectifs.

Quel est le rôle de l'auditeur ?

La personne en charge d'un audit, appelée auditeur, doit être formée et suffisamment expérimentée pour assurer cette tâche. L'expert-comptable peut endosser ce rôle. À l'issue de sa mission d'analyse et d'évaluation, l'auditeur rédige un rapport qui atteste, ou non, de l'exactitude et de la conformité de la comptabilité et de l'organisation de l'entreprise avec les règles en vigueur. Sa mission est également d'apporter des recommandations à l'entreprise.

2. L'audit et le NMP¹⁴

Le secteur public comprend les organisations internationales publiques, les pays, les organisations publiques individuelles faisant partie du secteur administratif d'un pays, ainsi que les réseaux des organisations publiques nationales et internationales. On peut également inclure les alliances réunissant des organisations publiques et des entreprises privées, pour autant que ces dernières aient été mises sur pied et fonctionnent à l'intérieur de balises déterminées par le gouvernement (approche descendante).

À la base, l'audit est un outil de recherche de la vérité liant les organisations publiques et les institutions élues envers lesquelles elles sont imputables ou, dans le cas des audits internes, les ministères et les groupes de cadres supérieurs envers lesquels ils sont imputables.

¹³ www.marketing-etudiant.fr consulté le 17/11/2021 à 17h55min

¹⁴ Martin Dee, «le vérificateur dans le secteur public: le trait d'union de l'administration publique», *télescope*, revue d'analyse comparée en administration publique, volume 18, n°3, 2012, p11.

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

3. La substance de l'audit dans le secteur public¹⁵

Les principales catégories d'audit dans le secteur public sont l'audit financier, l'audit de la performance et l'audit de conformité. Ces catégories sont définies par l'INTOSAI (Organisation internationale des Institutions supérieures de contrôle des finances publiques) comme suit :

L'audit financier est une évaluation indépendante aboutissant à la formulation d'une opinion, assortie d'une assurance raisonnable, concernant la question de savoir si une entité présente fidèlement sa situation financière, ses résultats et son utilisation des ressources conformément au référentiel d'information financière applicable;

L'audit de la performance est l'examen indépendant et objectif des entreprises, systèmes, programmes ou organisations du secteur public, sous l'angle de l'un ou plusieurs des trois aspects que sont l'économie, l'efficacité et l'efficacités, dans la perspective de réaliser des améliorations. [...] À la différence de ce qui est exigé pour les opinions concernant les états financiers, l'auditeur n'a pas, normalement, à exprimer une opinion générale sur la question de savoir si l'entité auditée a respecté les principes d'économie, d'efficacité et d'efficacités;

L'audit de conformité concerne la responsabilité incombant à l'ISC [Institution supérieure de contrôle] de s'assurer que les activités des entités du secteur public sont conformes aux dispositions des lois, des règlements et des autres textes législatifs et réglementaires qui les régissent ;

Conclusion¹⁶

Nous avons abordé dans ce chapitre les bases, les objectifs et les méthodes du NMP. Nous avons également vu les avantages qu'il pouvait procurer ainsi que ses principales lacunes.

La naissance du NMP est due à des événements multiples tels que la crise financière, la lourdeur du système Wébérien, et la demande de justification des actions de l'État par les citoyens. Certains auteurs considèrent cette nouvelle gestion publique comme limitée, tandis que d'autres la considèrent comme efficace. De notre point de vue, les principes du NPM mettent en place un management de terrain, direct et pragmatique.

En effet, l'audit est un outil qui assure la bonne gouvernance des organisations publiques, aussi un outil de recherche de la vérité liant les organisations publiques et les institutions élués envers lesquelles elles sont imputables.

Le NMP n'est pas un outil miracle, il s'apparente plutôt à un processus de long terme

¹⁵ Martin Dee, «le vérificateur dans le secteur public : le trait d'union de l'administration publique», télescope, revue d'analyse comparée en administration publique, volume 18, n°3, 2012, p12

¹⁶ Amar Anne, Berthier Ludovic, « Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007. Page 12

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

qui exige du temps, de la mesure et de la détermination. Le management privé, s'il peut être un exemple dont on peut s'inspirer dans le secteur public, ne doit pas pour autant être survalorisé ou sacralisé. La finalité du NMP n'est pas de faire disparaître les services publics mais de les perfectionner.

Introduction

Nous maintenons que l'audit interne est idéalement positionné pour servir tous les besoins susmentionnés des sous-ministres et de leurs hauts fonctionnaires, et que les rôles et les fonctions exercés par l'audit interne peuvent ajouter précisément la valeur que la haute direction exige.

Dans ce chapitre, nous parlons de l'audit interne applicable dans les administrations publiques. D'abord, nous présentons les domaines de la sphère publique, puis les concepts de l'audit interne selon IIA, COSO et INTOSAI.

Enfin, nous abordons l'audit et l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital.

Section I : les domaines de la sphère publique

Il n'existe pas de définition juridique précise de la notion de secteur public, mais on peut dire qu'il comprend les organisations d'état.

1. Le secteur public

Le secteur public regroupe toutes les activités économiques et sociales prises en charge par les administrations, les entreprises publiques et les organismes publics de Sécurité sociale (les caisses nationales).

C'est un « Ensemble d'institutions, de structures, d'établissements, de moyens et de ressources déployés par les organes de l'État pour assurer la mission de gestion de la sphère publique ». ¹

Le secteur public comprend trois composantes :

- Les administrations, qui prennent en charge des activités d'intérêt général (Ministères, collectivités, établissements, offices, entreprises dont le budget est alimenté par des ressources publiques) ;
- Les entreprises publiques, dans lesquelles une personne publique détient la majorité du capital, et dont les choix peuvent différer de ceux des entreprises privées. Leur mode de fonctionnement est proche de celui des entreprises privées (ex : EPE) ;
- Les établissements publics administratifs chargés de la Sécurité sociale (caisses nationales), qui assument la gestion des grandes politiques sociales de la nation.

2. Le service public

« Toute activité considérée comme d'intérêt général et, à ce titre, prise en charge par les autorités publiques, directement ou indirectement, selon un certain régime. »

¹ Support de cours, « les domaines de la sphère public », sur le site :esc-alger.dz/contribution ensngt/hemiss, p 1.

« Le service public est un mythe légitimant : il sculpte l'image d'un État généreux, bienveillant, uniquement préoccupé du bien-être de ses sujets»²

2.1. Vision matérielle du service public

Le service public est décrit comme un « Ensemble des activités, dites régaliennes, dont la réalisation est confiée exclusivement à l'État : la défense, la police, la justice, les finances,

2.2. Vision organique du service public

Cette vision désigne les structures et les organismes qui prennent en charge les activités d'intérêt général

Ainsi définie, cette activité d'intérêt général, est prise en charge directement ou indirectement par les autorités publiques (gouvernement, Wilaya, Daïra, APC).

2.3. Principes du service public

Les principes du service public se sont peu à peu constitués autour des éléments suivants :³

- Égalité de traitement des usagers ;
- Continuité du service ;
- Mutabilité ou adaptabilité du service public ;
- Neutralité ;
- Transparence ;
- Accessibilité.

3. la fonction publique

La fonction publique désigne un ensemble de personnes travaillant au sein des administrations publiques. Elle englobe également l'ensemble de personnes travaillant pour des services publics ou d'utilité générale.

²Chevallier J., « Le service public », 2ème édition, édition PUF, 1991, p.3.

³ Support de cours, op.cit., p.2 .

Section 02 : l'audit interne applicable dans les établissements public

Les modifications successives qui se sont présentées les dernières années sur le plan de la gestion des institutions publiques ont fait naître le besoin d'un organe qui puisse conseiller le management dans l'exécution de ses tâches. Un service d'audit interne convient parfaitement pour reprendre cette « fonction d'avis ».

1. Les concepts d'audit interne

Pour le secteur privé, la définition qui fait référence est celle fixée par The Institute of Internal Auditors (IIA) en juin 1999 : « L'audit interne est une activité indépendante et objective qui donne à une organisation une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations, lui apporte ses conseils pour les améliorer, et contribue à créer de la valeur ajoutée. Il aide cette organisation à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des risques, de contrôle et de gouvernement d'entreprise et en faisant des propositions pour renforcer son efficacité ».⁴

Les autres définitions plus récentes de l'audit interne que l'on peut trouver sont notamment celle de l'Autorité des marchés financiers (AMF) inspirées largement des définitions de la Banque des règlements internationaux (BRI), dans son document « Cadre pour les systèmes de contrôle interne dans les organisations bancaires » et du Comité of Sponsoring Organisations of the Treadway Commission (COSO) ou, dans le monde public, celle de l'Union européenne arrêtée dans l'avis de la Cour européenne des comptes sur le « Contrôle unique ».⁵

Ces définitions confirment les traits saillants de la définition de l'IIA :

- La recherche d'indépendance et d'objectivité ;
- Le rôle de supervision et d'évaluation du contrôle interne (à savoir la structure organisationnelle, les méthodes et les procédures) et de la maîtrise des risques ;
- Le rôle de proposition et de conseils aux dirigeants ;
- La différence avec l'audit externe placé en dehors de l'organisation.

L'article 1 du décret du 28 juin 2011 unifiant et généralisant la fonction d'audit interne dans l'État reprend ces caractéristiques :

⁴ Hervé Boullanger, « L'audit interne dans le secteur public », Revue française d'administration publique, vol.4, n°148, p 102.

⁵ Avis n° 2/2004 de la Cour des comptes des Communautés européennes sur le modèle de contrôle unique, (2004/C 107/01).

Dans chaque ministère, un dispositif de contrôle et d'audit internes, adapté aux missions et à la structure des services et visant à assurer la maîtrise des risques liés à la gestion des politiques publiques dont ces services ont la charge, est mis en œuvre.

L'audit interne est une activité exercée de manière indépendante et objective qui donne à chaque ministre une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations et lui apporte ses conseils pour l'améliorer. L'audit interne s'assure ainsi que les dispositifs de contrôle interne sont efficaces».

À l'instar de tous les auditeurs internes, ceux du secteur public sont appelés à assister les organisations dans l'amélioration de leur fonctionnement. La fonction d'audit interne du secteur public constitue l'un des fondements de la gouvernance d'un secteur public fort. La plupart des auditeurs internes du secteur public jouent également un rôle dans l'obligation de leur entité à se justifier aux yeux des citoyens dans le cadre du processus de contrôle et de contrepoids.⁶

La nature diverse du secteur public fait en sorte qu'il est de plus en plus précieux et important d'arriver à un consensus sur le concept d'indépendance, qui est la clé de la crédibilité de tout auditeur. Les auditeurs internes faisant partie intégrante de l'organisation, la réalisation et aussi la préservation de cette indépendance sont des défis d'autant plus difficiles à relever.⁷

La fonction d'audit interne peut être organisée et exécutée à des niveaux différents au sein d'une entité, ou dans un cadre plus large englobant un ensemble d'entités similaires. Les mêmes principes et règles s'appliquent à ces divers niveaux organisationnels de l'audit interne.⁸

L'audit interne est la fonction chargée d'examiner et d'évaluer le contrôle interne dans tous les domaines de l'organisation et à tous les niveaux. Au-delà de ce rôle traditionnel, il peut aussi assurer une fonction de conseil.⁹

L'INTOSAI définit une fonction d'audit interne en ces termes : « Moyens fonctionnels par lesquels les gestionnaires d'une unité acquièrent au sein même de cette unité la certitude que les circuits comptables et financiers dont ils sont responsables fonctionnent d'une manière qui réduit au maximum les risques de fraudes, d'erreurs, de non-rentabilité ou de gaspillage »¹⁰

⁶ INTOSAI GOV 9140, Audit interne Indépendance au sein du secteur public, sur le site: <http://www.issai.org>, p5

⁷ Ibid, p5.

⁸ Schick. P, « Mémento d'audit interne », Edition Dunod, Paris, 2007, p 05.

⁹ Manuel d'audit Interne pour les Inspections Générales des Ministères, Collège des Inspecteurs Généraux des Ministères (CIGM), sur le site : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM826.pdf, p52.

¹⁰ INTOSAI GOV 9150, Coordination et coopération entre les ISC et les auditeurs internes au sein du secteur public, AUSTRIA, sur le site : <http://www.issai.org>, p35.

Dans le contexte des rôles et responsabilités, les principes généraux suivants sont applicables selon la norme INTOSAI GOV 9100 : ¹¹

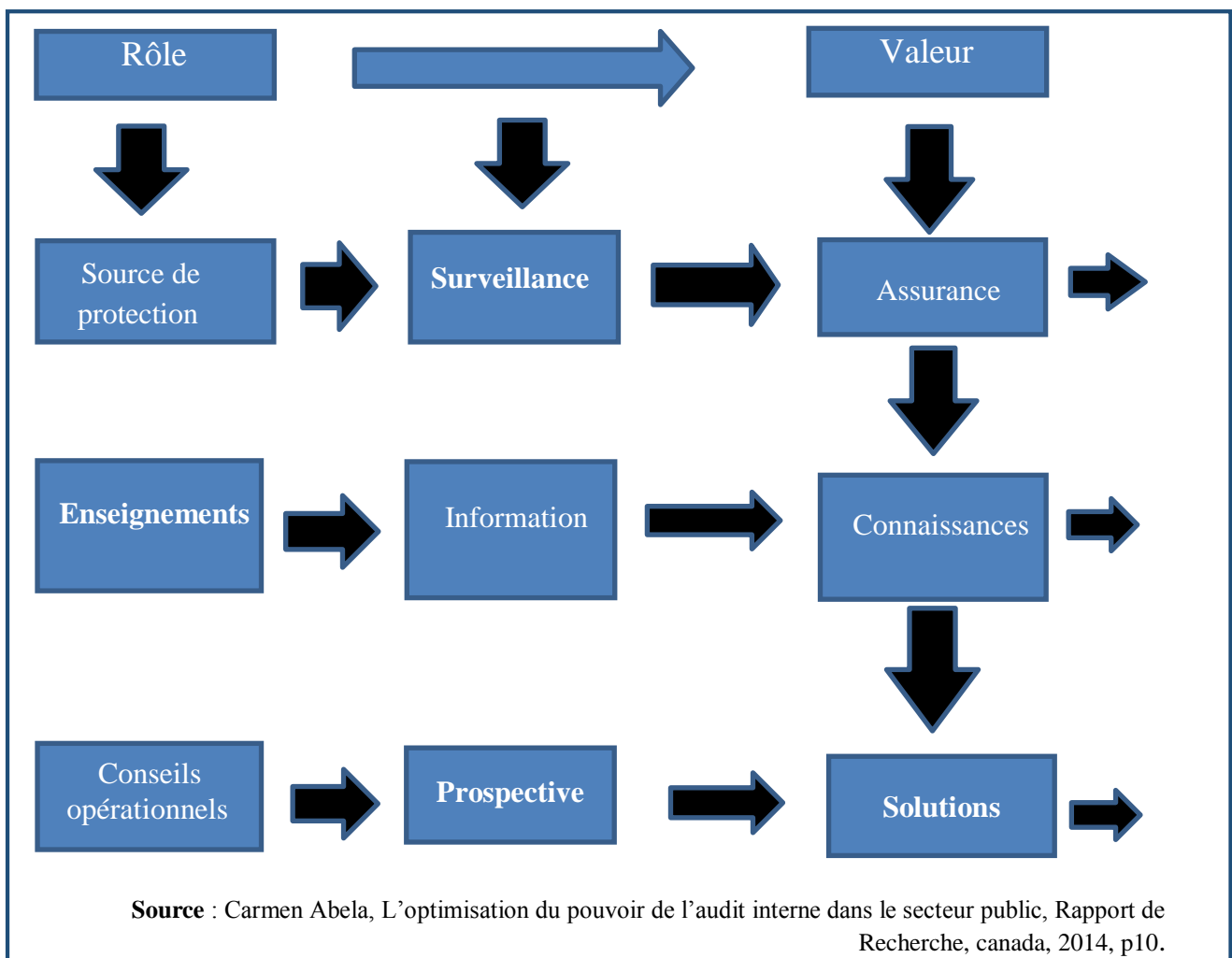
- Les auditeurs internes examinent et contribuent à l'efficacité et l'efficience ;
- Continues du système de contrôle interne à travers leurs évaluations et recommandations, et jouent par conséquent un rôle important dans l'efficacité du contrôle interne ;
- La direction met souvent en place une fonction d'audit interne à l'intérieur du cadre de son contrôle interne ;
- À la lumière de cette tradition, le rôle des auditeurs internes est un élément clé de la structure de contrôle interne d'une organisation ;
- Toutefois, le mandat lié à la fonction d'audit interne n'inclut pas la mise en œuvre de procédures spécifiques de contrôle interne au sein de l'organisation. Cette responsabilité repose entre les mains de la direction ;
- Une fonction d'audit interne efficace peut comprendre la révision, l'évaluation et le rapportage à propos de l'adéquation des contrôles afin de contribuer à améliorer le système de contrôle interne.

2. Le rôle de l'audit interne dans le secteur public

Nous maintenons que l'audit interne est idéalement positionné pour servir tous les besoins susmentionnés des sous-ministres et de leurs hauts fonctionnaires, et que les rôles et les fonctions exercés par l'audit interne peuvent ajouter précisément la valeur que la haute direction exige. La chaîne de valeur de l'audit interne est présentée à la figure n°1.

¹¹ Ibid., p38.

Figure n°1 : Les rôles et les fonctions de l'audit interne



Les trois propositions de valeur de l'audit interne proviennent directement de ses propres caractéristiques :¹²

- Indépendance et objectivité ;
- Accent sur le risque ;
- Accès sans entrave et lien hiérarchique direct avec le sous-ministre et le comité de vérification ;
- Respect des normes professionnelles et engagement d'amélioration continue et d'assurance de la qualité ;
- Démarche d'analyse et de diagnostic fondée sur des données probantes.

2.1. Surveillance : l'audit interne en tant que source de protection

L'audit interne fournit aux organisations du secteur public et à leurs comités d'audit l'assurance de la suffisance et de l'efficacité des systèmes de gestion, des pratiques et des

¹² Carmen Abela, « L'optimisation du pouvoir de l'audit interne dans le secteur public », Rapport de Recherche, Canada, 2014, p11

contrôles. Dans les cas où les contrôles internes échouent ou sont à risque d'échouer, l'audit interne fournit des renseignements dignes de confiance et fiables pour mener à des améliorations. Et, en agissant comme « système d'avertissement précoce », l'audit interne aide à sauvegarder les intérêts et les atouts des organisations du secteur public, et il permet à la direction et aux comités d'audit de s'acquitter efficacement de leurs responsabilités de surveillance.¹³

Il serait faux de présumer que seuls les produits d'assurance, qui utilisent des techniques d'audit approfondi, offrent cette protection. L'audit des contrôles « en cours d'élaboration » à l'étape de leur conception offre une protection en temps réel, ce qui permet au dirigeant principal de la vérification de trouver un équilibre entre les délais à observer et la confiance de la direction.

2.2. Information : l'audit interne en tant que source d'enseignements

L'audit interne maintient une expertise des systèmes de contrôle de gestion, de gestion des risques et de gouvernance qui sont tous essentiels à une saine administration publique. La fonction d'audit interne dispose d'une connaissance approfondie des pratiques exemplaires et des attentes dans ces domaines et utilise ces normes comme base sur laquelle tirer des conclusions au sujet des systèmes, des pratiques et des cultures en place au gouvernement.

Cette connaissance positionne l'audit interne comme une fonction pédagogique idéale, dotant la direction des connaissances et de l'expertise dont elle a besoin pour s'acquitter de ses responsabilités en tant que première et deuxième lignes de défense. En effet, comme ce fut le cas avec la mise en œuvre de la gestion des risques dans certaines administrations, l'audit interne peut être un puissant incubateur de nouvelles pratiques de gestion importantes.

Dans le secteur public, à mesure que la mobilité du personnel augmente et que les dirigeants s'adaptent à leurs responsabilités en tant que première ligne de défense, l'audit interne est idéalement positionné pour fournir une formation, des conseils et des indications sur des normes de contrôle adéquates et efficaces. En outre, l'audit interne peut servir d'« intermédiaire » en fournissant, au moyen de rapports annuels ou d'autres mécanismes, l'information accumulée au sujet des problèmes systémiques et horizontaux que la direction ne reçoit peut être pas d'une autre source faisant autorité.

¹³ Carmen Abela, « L'optimisation du pouvoir de l'audit interne dans le secteur public », Rapport de Recherche, Canada, 2014, p11.

2.3. Prospective : l'audit interne en tant que source de conseils opérationnels

Les normes pour la pratique professionnelle de l'audit interne positionnent clairement la fonction à la fois à titre de fonction d'assurance et de conseil. Les sous-ministres et les comités d'audit peuvent généralement penser que le rôle consultatif de l'audit interne provient de ses activités de consultation, mais encore une fois, ce n'est que partiellement vrai. Les produits d'assurance, même s'ils prennent plus de temps à produire, peuvent constituer une formidable source d'information prospective, à condition que les auditeurs soient en mesure de tirer des conclusions prospectives fondées sur des éléments probants antérieurs.¹⁴

Peu importe le produit livré – assurance ou conseil – grâce à son expertise, à son objectivité et à sa connaissance des contrôles internes clés et des risques de l'organisation, l'audit interne peut jouer un rôle de conseiller de confiance auprès de ses principaux clients en leur fournissant des conseils honnêtes, fiables et pertinents à l'appui d'opérations gouvernementales efficaces.

Théoriquement, l'audit interne offre la réponse à de nombreux problèmes. Mais qu'en est-il dans la réalité ?

Pour répondre à cette question, nous avons interrogé des sous-ministres et mené une enquête pangouvernementale auprès des cadres du secteur public (de l'échelon de directeur à celui de sous-ministre). Les résultats, Rapport de Recherche de IIA Canada 13 bien que positifs, suggèrent qu'il reste fort à faire pour développer pleinement la fonction d'audit interne dans le secteur public et illustrer sa valeur auprès des sous-ministres et des comités d'audit dans le secteur public.

Quelques-uns des défis auxquels la communauté de l'audit du secteur public est confrontée ont trait à l'exercice de la fonction, d'autres à son positionnement stratégique et d'autres à la façon dont l'audit interne est perçu par les clients. Le reste du présent document est consacré à discuter de ces défis et des stratégies à préconiser pour les relever.

3. Les risques lors de la mise en œuvre de l'audit interne dans le secteur public

Les décideurs publics ont à cœur de profiter de la mise en place tardive de l'audit interne dans les administrations pour conjurer certains travers de cette fonction qui peuvent apparaître si on ne met pas en place les garde-fous nécessaires.

¹⁴ Carmen Abela, op-cit, p 12

3.1. La cartographie des risques

La cartographie des risques est également, un outil de référence dans le domaine du management des risques ayant comme objectifs généraux d'anticiper, évaluer, visualiser, et contribuer à :¹⁵

- Améliorer la robustesse de la stratégie et de l'image durable de la société ;
- le potentiel technique, financier et humain consacré à la maîtrise des risques ;
- Réduire les vulnérabilités en identifiant et anticipant les risques majeurs et en évaluant leur niveau de traitement ;
- Contribuer à identifier les compétences, les fonctions et les processus critiques ; - Exploiter les opportunités (processus, produits).

L'appréciation de l'exposition aux risques des acteurs publics et l'estimation de leur maîtrise met en évidence quatre situations :

3.1.1. Zone d'inconfort

Elle regroupe les risques les plus sensibles en termes d'impact :¹⁶

Risques globaux/ environnementaux, risques liés aux personnes, risques découlant de la défaillance des services dans les processus opérationnels, et risques liés aux participations ou aux satellites.

Le niveau de maîtrise de ces risques est considéré comme modéré par l'ensemble des répondants. C'est à travers des actions de renforcement des dispositifs de contrôle que les organisations publiques doivent orienter leurs efforts sur ces domaines de risques.

Le secteur public doit s'inscrire dans une démarche de mise en place de dispositifs de protection en amont ou de détection en aval afin de limiter les conséquences de ces risques.

3.1.2. Zone de veille

Les risques liés à la commande publique, les risques réglementaires, les risques concernant les processus support et ceux découlant d'une gouvernance publique de la politique et du droit insuffisante ont été évalués comme ayant un impact moindre pour les organisations. Ils sont parallèlement jugés mieux maîtrisés.

3.1.3. Zone de confiance

Les risques liés au non-respect des instructions budgétaires, comptables ou financières ont une importance jugée intermédiaire, avec un niveau de maîtrise élevé. Cela tient

¹⁵ Institut français de l'audit et du contrôle interne, « De la cartographie des risques au plan d'audit », revue IFACI, 2013, p10

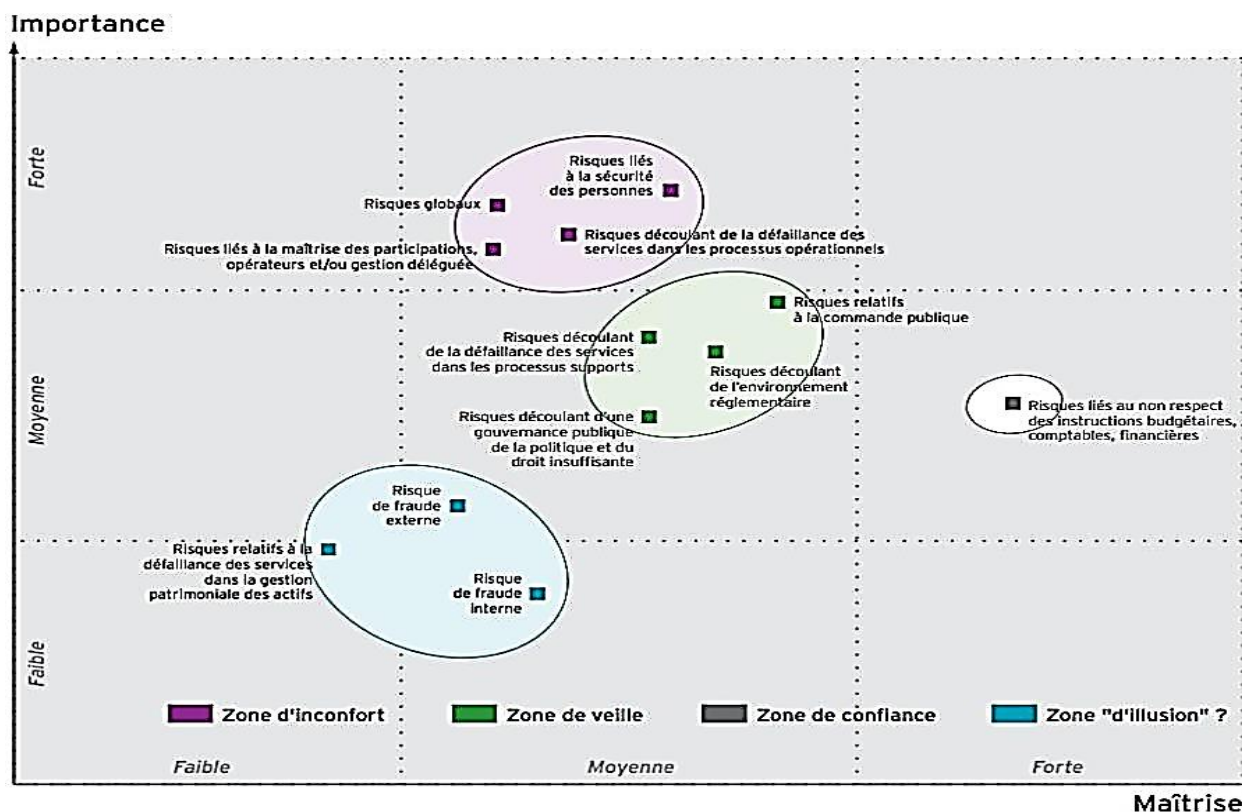
¹⁶ Dominique Pageaud, « La gestion des risques et le contrôle interne dans le secteur public », revue Ernst & Young, 2008, sur le site : [http : //www.ey.com/fr/secteurpublic](http://www.ey.com/fr/secteurpublic), p6.

vraisemblablement à la forte technicité des acteurs dans ces domaines : agents comptables, directions financières, ainsi qu'au principe de séparation des pouvoirs entre ordonnateur et comptable, fortement ancré dans les esprits. Les différents intervenants externes en matière de contrôle dans ces domaines : Cour des Comptes, contrôleurs d'Etat, Commissaires aux comptes pour les établissements publics, viennent également renforcer cette perception.

3.1.4. Zone "d'illusion"

Elle regroupe des risques estimés à faible impact, la fraude interne et externe et la gestion des actifs nous attirons l'attention des acteurs publics sur le caractère sensible de ces thématiques tant en ce qui concerne la protection de la capitale image que le fonctionnement opérationnel des organisations publiques.

Figure N°2 : La cartographie des risques



Source : Dominique Pageaud, op-cit, p7.

Section 03 : L'audit et l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital

L'assimilation de l'audit à une fonction « policière » remonte aux origines de cette fonction, créée aux États-Unis à la faveur de la crise de 1929 et destinée dans un premier temps à certifier l'exactitude et la sincérité des comptes des entreprises. Si, depuis cette époque, l'usage interne de l'audit s'est très largement répandu dans les organisations privées puis, plus récemment, dans les organisations publiques, s'appliquant non plus seulement au domaine comptable et financier mais à l'ensemble des fonctions de l'entreprise (production, communication, informatique, ressources humaines etc.), la réduction de l'audit interne à une connotation essentiellement répressive n'est cependant pas encore, hélas, que de l'histoire ancienne.

1. Les différentes formes d'audit

L'audit n'étant pas une marque déposée, il n'y a cependant pas « un » audit et d'autres procédures qui ne seraient pas des audits, qui en usurperaient le nom, mais plusieurs façons, plus ou moins discutables, d'envisager l'audit.¹⁷

Le tableau N°1 permet de comparer les différentes formes d'audit à partir de quelques critères.

Parmi toutes ces méthodes, l'audit défini dans le cadre des normes ISO présente le double avantage d'être à la fois défini de façon explicite et d'être « universellement » partagé.

La définition est la suivante : « examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs » (ISO 8402).

Il existe d'autres approches de l'audit en milieu hospitalier (par exemple, le Groupe de recherche en audit hospitalier, GRAH, a mis au point une méthodologie pour réaliser des audits dans les services de réanimation hospitaliers français). Par ailleurs, les audits pratiqués par de nombreux cabinets de conseil recouvrent des réalités différentes.

Enfin, des démarches proches de l'audit dans leur finalité et/ou leur méthode sont retrouvées dans le domaine sanitaire, qu'il s'agisse des visites d'accréditation (« Survey » pour les anglophones) voire des inspections (qu'elles soient professionnelles ou organisationnelles).

¹⁷ adsp n° 35 juin 2001

Tableau n°3 : Distinction entre les différentes procédures suivantes¹⁸

	Qui demande ?	Quel organisme réalise ?	Qui réalise ?	Référentiel
Audit (démarche qualité type certification)	L'audité La hiérarchie Le client de l'audité	En interne En externe Organisme accrédité	Auditeurs « professionnels certifiés »	ISO
Visite d'accréditation	L'hôpital	Organisme accréditeur	Professionnels de santé désignés par l'organisme	Référentiel d'accréditation
Inspection (domaine sanitaire)	L'autorité de tutelle ou l'organisme mandaté pour inspections périodiques	Administration d'État	Corps d'inspecteurs (assermentés)	Textes législatifs et réglementaires
Audit GRAH	Service audité et directeur général	GRAH	Les professionnels et les méthodologistes	Ad hoc
Conseil	L'entité concernée	Tout organisme qui s'intitule consultant	Un individu qui s'intitule consultant	Expérience professionnelle du consultant

Source : accréditation et qualité des soins hospitaliers Christophe Segouin et François Perret

2. La place de l'audit dans la démarche qualité

L'audit peut en définitive s'intégrer à toutes les étapes de la démarche qualité. On peut ainsi distinguer successivement :

L'audit réalisé avant la mise en place d'une démarche qualité. Il peut être intéressant, avant de démarrer une démarche qualité, de réaliser un audit en interne, ou de le faire réaliser par des auditeurs extérieurs. Cela permet d'établir un bilan de la structure par rapport aux attentes exprimées dans un référentiel. Un plan d'action avec une hiérarchisation des actions à mettre en place peut alors plus aisément être élaboré.

L'audit ponctuant les étapes d'une démarche qualité. L'audit peut permettre de valider une auto-évaluation (au cours d'une démarche ou à la fin d'une démarche qualité). Quand l'audit est réalisé à l'issue d'une démarche qualité et qu'il est assorti de recommandations, un « audit de suivi » peut être réalisé à distance (un an, par exemple).

Enfin, l'audit réalisé en vue de faire reconnaître son niveau de qualité. À l'issue d'une démarche qualité, l'entité peut souhaiter faire reconnaître son niveau de qualité selon des critères établis aux niveaux local, national et international. C'est le cas de la certification ISO qui est utile, voire nécessaire, pour certaines entreprises dont les clients exigent un niveau de qualité minimal.

¹⁸ Accréditation et qualité des soins hospitaliers Christophe Segouin et François Perret, page 34

3. Vers un élargissement des perspectives de l'audit hospitalier ?

À un moment où le débat sur l'audit hospitalier risque de renvoyer dos à dos ceux qui lui reprochent d'être un instrument soit imaginé par l'administration pour contrôler les médecins (l'audit organisationnel couplé à l'évaluation médico-économique jouant le rôle de repoussoir dans cette optique) et coupé du terrain (du fait d'une approche supposée trop « normative » de l'audit, fondée sur des concepts d'inspiration managériale : référentiel, critères...), soit exclusivement médical (audit clinique) et par conséquent éloigné des préoccupations légitimes des usagers (accueil, information, prestations hôtelières, etc.), n'est-il pas devenu urgent de réconcilier les approches dites « administrative » (organisationnelle et économique) et « clinique » de l'audit en proposant une méthodologie diagnostique qui permet de réfléchir conjointement sur le fonctionnement, les bonnes pratiques cliniques et l'optimisation des coûts à l'hôpital ?

Le centre hospitalier universitaire de Nice conduit depuis le mois de mars 2001 une réflexion croisée sur les aspects organisationnels, cliniques et médico-économiques en vue d'optimiser la prise en charge des patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). La « photographie » de l'actuelle prise en charge des quelque 1 100 patients atteints d'un AVC et pris en charge annuellement dans un des services cliniques du CHU de Nice (neurologie, service d'accueil des urgences, etc.) va ainsi s'effectuer à l'aide de plusieurs outils :

Un référentiel organisationnel et clinique interne sera construit en adaptant les référentiels étrangers et nationaux existants aux modalités de prise en charge « optimales » de l'AVC telles qu'elles se dégageront des propositions des groupes de travail multidisciplinaires (médecins, soignants, administratifs), le principe étant pour chaque circuit actuel de prise en charge de l'AVC dans l'établissement (entrée directe ou passage par le SAU ; prise en charge en neurologie ou en neurochirurgie ou par tout autre service recevant des AVC) d'identifier les étapes de prise en charge, les risques qui y sont associés ainsi que les conduites à tenir en vue d'anticiper la survenue de ces risques ;

Une méthodologie d'évaluation médico-économique, inspirée de la méthode ABC (Activity Based Costing), aura pour objet de comparer les coûts générés par l'actuelle prise en charge des AVC dans l'établissement avec les charges induites par la mise en place du référentiel de bonnes pratiques susmentionné ;

Une enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés pour un AVC et de leur entourage devra, enfin, permettre d'identifier les besoins et attentes des malades actuellement

non satisfaits, qu'ils portent sur l'administration des soins ou sur l'environnement de ceux-ci (information, hôtellerie, organisation des transferts...).

Coordonné par la direction de l'audit interne, sous le contrôle d'un comité de pilotage, cet audit, s'il délaisse volontiers certains principes d'orthodoxie traditionnellement attachés au déroulement d'une mission d'audit interne (le principe d'indépendance des auditeurs ne sera ainsi pas tout à fait respecté au cours de la première étape participative de description du processus de prise en charge des AVC par les groupes de travail composés essentiellement de professionnels partie prenante dans le circuit AVC) au profit d'une logique participative et d'une méthodologie mêlant les apports de l'audit interne, de la qualité (analyse des risques, par exemple), ou encore du contrôle de gestion (analyse de coûts), présente en revanche l'intérêt de mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière et non hospitalière (médecins de ville, hospitalisation à domicile, etc.) autour d'une action d'optimisation d'un processus centré sur le patient.

4. La place de la formation dans l'implantation de la culture qualité

La procédure d'accréditation des établissements de santé repose sur la mobilisation et l'engagement des différentes catégories de professionnels dans une démarche participative d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Ce travail de fond s'inscrit dans la durée et remet en question un certain nombre d'attitudes et de comportements, tant individuels que collectifs. C'est donc une évolution culturelle qu'il convient d'accompagner de manière pédagogique en structurant la mise en œuvre de la politique qualité comme une conduite de projet, c'est-à-dire en identifiant les ressources nécessaires en termes, notamment, de compétences. Dans ce contexte, le plan de formation doit comporter un important volet consacré à la qualité.

Le dispositif de formation continue offre en effet l'opportunité d'accompagner le développement d'une culture qualité dans les établissements de santé en mettant au service de la politique qualité toute l'ingénierie développée depuis de nombreuses années en matière de formation, qu'il s'agisse de la procédure de recueil et d'analyse des besoins, du processus de construction des actions de formation, ou de la capacité à assurer la traçabilité des actions de formation. Le recueil annuel des besoins, en général assuré par le responsable de formation auprès des responsables de service (chef de service, cadre supérieur), permet de mettre en évidence, parmi les points évoqués comme nécessitant une réponse formation, les actions de formation qu'il conviendra de mettre en place, en cohérence avec l'état de déploiement du projet qualité de l'établissement de santé. À ce stade, une étroite collaboration entre la fonction ressources humaines et la fonction qualité est indispensable, a fin de bâtir un plan de formation

cohérent, dont les différentes étapes seront planifiées dans le temps selon une logique pluriannuelle, et qui réponde aux besoins tant au niveau des différents services de l'établissement qu'à un niveau transversal...

Le recueil et l'analyse des besoins doivent ensuite permettre de sélectionner les actions de formation à développer et, pour chacune d'elles, d'établir un cahier des charges qui décrive de manière formelle le contexte dans lequel se situe la formation envisagée, la contribution attendue de la formation, les objectifs opérationnels et les objectifs pédagogiques, les éléments de contenu qui devront être apportés et développés, ainsi que les méthodes pédagogiques qui semblent les plus pertinentes en fonction de la stratégie propre à chaque établissement. La rédaction du cahier des charges permet également de délimiter clairement le public cible et d'envisager les modalités d'évaluation de la formation.

L'expérience montre que l'on peut schématiquement décrire trois niveaux de formation :

- Les formations de type sensibilisation, assez proches des actions mises en œuvre dans le cadre du plan de communication du projet qualité, permettent d'aborder les enjeux de la qualité et de l'accréditation, d'en décrire les objectifs et les principes de mise en œuvre, et de décoder certains éléments parfois hermétiques du vocabulaire propre aux qualitiens. Ce type de formation s'adresse à l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement de santé et nécessite d'organiser de nombreuses séances pour couvrir l'ensemble des besoins sans oublier les équipes de nuit ni le personnel médical. Qu'elles soient organisées en amphithéâtre ou bien, de manière plus conviviale, au sein des services à l'occasion, par exemple, d'une séance du conseil de service, ces formations doivent privilégier d'importants échanges avec les participants et favoriser l'expression de toutes les questions des personnels ;
- Les formations de type formation-action, de nature à garantir l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels, permettent d'accompagner une équipe dans la mise en œuvre d'un projet.

5. Audit Clinique Définition

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir de critères d'évaluation.

En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.

« Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la

qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact. Ce guide présente une version synthétique et didactique de l'audit clinique dont l'objectif est d'aider les professionnels à s'approprier les éléments clés d'une méthode qui a démontré son utilité dans le champ des pratiques de soins »¹⁹

L'audit clinique est un processus systématique de révision ou d'évaluation par rapport à des critères clairement définis, suivi de la mise en œuvre de changements. C'est un outil de renforcement de la qualité qui vise à améliorer les soins prodigués aux patients et les résultats. Les médecins, les infirmiers, les optométristes et autres personnels de santé peuvent tous prendre part à un audit clinique et doivent y être encouragés.²⁰

5.1. Cycle de l'audit

Un cycle d'audit se compose de cinq étapes (Figure 1). Une fois la dernière étape réalisée, un nouveau cycle débute (nouvel audit).

a. Identifier le thème ou sujet de l'audit

Le sujet de l'audit peut être très simple. Il peut s'agir, par exemple, de la propreté des salles de soins (les patients pensent-ils qu'elles sont propres ?) ou d'une formation suivie par le personnel (quelle proportion des membres du personnel a reçu une formation en prophylaxie post-exposition pour les blessures par piqûre d'aiguille ?). Le sujet de l'audit peut également être très complexe ; par exemple, les patients présentent-ils une bonne acuité visuelle (AV) postopératoire ? (Ce sujet est complexe car l'AV postopératoire dépend de plusieurs facteurs).²¹

b. Définir la norme

Il faut décider d'une norme de performance à atteindre au vu du sujet de l'audit. Par exemple, souhaitez-vous que 100 % des patients disent que les salles de soins sont propres ? Ou 90 % ? Quel pourcentage serait réaliste ? Faut-il que tout le personnel suive une formation sur les blessures par piqûre d'aiguille, ou est-ce suffisant de ne former que la moitié du personnel ? Dans certains cas, il existe déjà des normes internationales : par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que 90 % des opérations de la cataracte aient un résultat visuel supérieur à 3/10e. Il faut décider quelle norme semble adéquate.

¹⁹ Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles ANAES / Service Évaluation en Établissements de Santé 1999.

²⁰ Robert Lindfield Maître de conférences, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Conseiller en santé publique, Public Health England, Royaume-Uni.

²¹ REVUE DE SANTÉ OCULAIRE COMMUNAUTAIRE | VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016

c. Recueillir les données

Le recueil de données peut simplement consister à demander à tous les membres du personnel s'ils ont suivi ou non une formation donnée ou à demander à chaque patient quittant le service pendant une semaine donnée ce qu'il pense de la propreté des salles de soins. Le recueil de données à partir de dossiers des patients (par exemple, pour déterminer le pourcentage de patients dont l'AV est supérieure à 3/10e durant un mois donné) est légèrement plus complexe.

La tâche sera plus simple si les dossiers des patients sont informatisés.²²

d. Analyser les données et tirer des conclusions

Il faut maintenant comparer les résultats avec la norme déjà définie au début de l'audit et décider de l'étape suivante. Par exemple, que faire si vous souhaitez que tous les membres du personnel aient suivi une formation donnée et l'audit révèle que celle-ci n'a été suivie que par 80 % du personnel ? Que faire si vous vouliez que 90 % des patients disent que les salles de soins sont propres et que seulement 20 % le pensent ? Que faire si seulement 60 % des patients présentent une AV supérieure à 3/10e après une opération de la cataracte alors que l'OMS recommande un taux de 90 % ?²³

e. Mettre en œuvre des changements

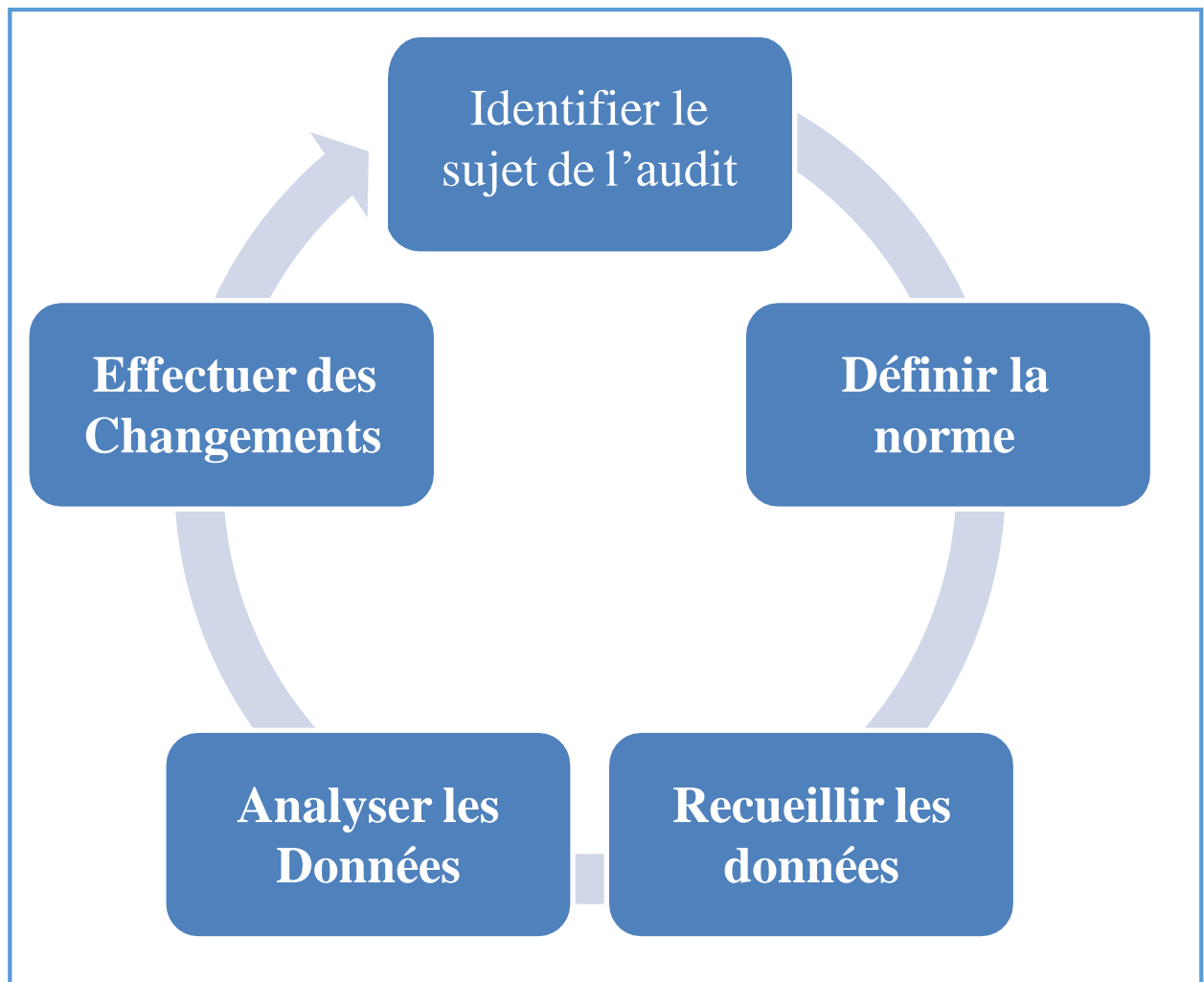
La plus importante. C'est l'occasion de mettre en application un changement relativement simple et de tester si celui-ci a un effet positif. Parfois, la solution est évidente : si le personnel n'a pas suivi de formation sur les blessures par piqûre d'aiguille, il doit suivre cette formation. Si les patients estiment que les salles de soins ne sont pas propres, elles doivent être mieux nettoyées. Toutefois, le changement à mettre en œuvre n'est pas toujours évident : par exemple, que faire pour augmenter le pourcentage de personnes dont l'AV est supérieure ou égale à 3/10e après une opération de la cataracte ?²⁴

²² REVUE DE SANTÉ OCULAIRE COMMUNAUTAIRE | VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016.

²³ REVUE DE SANTÉ OCULAIRE COMMUNAUTAIRE | VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016

²⁴ REVUE DE SANTÉ OCULAIRE COMMUNAUTAIRE | VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016

Figure n°3 : cycle de l'audit



Source : Revue de santé oculaire communautaire VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016

Conclusion

Dans un hôpital, il peut être utile de définir une série standard d'audits à réaliser au cours de l'année. La mise en œuvre d'un audit est chronophage et il faut donc prévoir une réduction provisoire des obligations habituelles du personnel. Les membres du personnel doivent également partager leurs résultats avec les autres personnels cliniques, par conséquent il sera nécessaire d'organiser des réunions ou des ateliers au cours desquels les résultats de l'audit pourront être discutés. Cela étant dit, le coût d'un audit est généralement très faible et les résultats sont, potentiellement, très utiles.

Lorsqu'effectuez un audit clinique, le plus important est de tester de nouvelles solutions si les changements initiaux n'ont pas amélioré la situation. Pour vérifier que les changements mis en œuvre ont porté leurs fruits, un nouvel audit s'impose : il vous faut entamer un nouveau cycle d'audit et vérifier qu'il y a eu amélioration.

Introduction

L'hôpital est un établissement public administratif et, à ce titre, est régi par des règles communes aux autres organisations du secteur public : comptabilité publique; achats publics, personnel statutaire, instances représentatives du personnel et paritarisme. En revanche, le management d'un établissement public de santé présente des caractéristiques très marquées et puissamment structurantes : l'imbrication du public et du privé, la planification hospitalière, la gouvernance collégiale, la certification des établissements et l'évaluation des pratiques professionnelles, la variété des composantes et des statuts du personnel hospitalier.

Ce chapitre est consacré à présenter quelques éléments concernant le management hospitalier, comme un champ d'analyse de l'organisation hospitalière, d'aborder le modèle organisationnel utilisé concernant ces organisations, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions. Enfin, d'évoquer les caractéristiques et les spécificités de ces organisations.

Section 1 : Particularités de la gestion hospitalière

Par rapport aux autres types d'organisations, l'organisation hospitalière est généralement plus complexe à analyser en égard des particularités qui marquent ce système.

1. L'hôpital, une organisation à part

En premier lieu, pour répondre la classification d'un spécialiste du management , en l'occurrence Henry Mintzberg¹ , l'hôpital fait partie selon nous des organisations dites à but et agents multiples, c'est une structure complexe qui doit répondre à des fonctions diverses: soins, enseignement, recherches, prévention, éducation sanitaire, etc.... cette structure à un caractère médical et social dont la mission consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont ses services extérieurs iraient jusqu'à la cellule familiale; considérée dans son milieu, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche scientifique et sociale.

On considère alors l'hôpital comme un système complexe de production multiple, il offre pour chaque malade des produits divers en quantité et de types spécifiques, ces produits qu'ils soient des diagnostics ou thérapeutiques, constituent ce qu'on appelle l'acte médical, ceci se distingue fondamentalement de biens dont traite la théorie économique , sa consommation ne suppose pas toujours un comportement rationnel, il est affecté de multiples incertitudes, incertitude qui pèse d'abord sur la nature même de la maladie.

¹ Henry Mintzberg: « Le pouvoir dans les organisations », Paris, édition d'organisation, 1986, P 53.

1.1. La structure organisationnelle de l'hôpital

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Cremadez² a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

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

L'organisation de l'établissement permet une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, conformes aux missions inscrites dans son projet d'établissement, notamment quant aux orientations stratégiques de l'activité médicale. Les prestations hôtelières proposées aux patients et à leur entourage participent de la qualité de leur prise en charge.

Les principales activités médico-techniques, en interface avec les activités cliniques, sont les activités d'urgence, les activités interventionnelles, les activités de biologie et d'anatomie et de cytologie pathologique, les activités d'imagerie, les explorations fonctionnelles, le circuit des médicaments et l'utilisation des dispositifs médicaux.

Le terme d'activités interventionnelles est utilisé au sens large, l'intervention pouvant se dérouler dans un bloc opératoire, un bloc obstétrical, un secteur d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, nécessitant ou non une anesthésie.

Ces activités comportent des actions successives ou parallèles et font appel à de nombreux professionnels dont la coordination est nécessaire. La complexité des techniques et matériels utilisés dans cet environnement multi professionnel engendre des risques directs ou indirects pour les patients, imposant l'existence de démarches visant à assurer leur sécurité³.

2. Gestion de la qualité

En contrepartie de leur financement public, l'hôpital doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

En milieu hospitalier, la qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de

² M. Cremadez et F. Grateau : « le management stratégique hospitalier » édition Interéditions, 1992, p.21.

³ Manuel d'accréditation - Février 1999

l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis⁴.

2.1. Utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord

Les tableaux de bord de gestion comme outils d'information et d'aide à la décision. Ils permettent tout d'abord au gestionnaire d'écouter vivre la structure hospitalière dont il a la responsabilité par un suivi d'indicateurs qu'il a considérés comme suffisamment éclairants de l'évolution de l'hôpital. Ainsi sait-il si les critères de réalisation des objectifs de son projet d'établissement sont respectés et, s'ils ne le sont pas, il peut localiser au plus vite l'endroit du dysfonctionnement, son origine ou sa cause. Si un projet d'établissement prévoit, par exemple, une maîtrise des dépenses par activité médicale, des tableaux de bord de gestion simples permettent de suivre celles-ci de manière à isoler rapidement les activités ou les services aux résultats non conformes aux objectifs.

De manière similaire, si un projet d'établissement comporte comme objectif d'améliorer les conditions de travail des acteurs hospitaliers, un tableau simple doit permettre de mesurer les écarts, par décision prise et par service, entre l'objectif, son échéancier et la réalité à une période donnée.

Les tableaux de bord de gestion apparaissent également comme des outils d'aide à la décision. Informatifs, ils sont aussi facilitateurs d'actions. Tout d'abord, s'ils sont fiables, ils permettent d'évacuer les biais perceptifs et une grande part de la subjectivité qui préside trop souvent à des décisions de direction qui s'abritent derrière l'intuition du décisionnaire en l'absence d'outils de pilotage valide.

Ensuite, ils invitent à une action immédiate dont le sens (sinon la manière d'agir) est dicté par l'indicateur lui-même. Prenons pour exemple un objectif de réduction de l'absentéisme des salariés dans l'hôpital, la localisation des services où il ne décroît pas impose d'intervenir prioritairement à leur niveau, au moins pour rechercher la cause du dysfonctionnement, et, une fois celle-ci trouvée, d'agir sur la (ou les) variable(s) explicative(s)⁵.

2.2. Le management hospitalier : définition et spécificités

2.2.1. Définition

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

⁴ <https://www.hopital.fr>, consulté le 18/11/2021 à 17h45 min

⁵ Hervé Leteur et Michel Vaysse, AUDIT HÔPITAL p10

a) il se porte garant de l'efficacité de l'organisation dans la production des produits et services,

b) il surveille l'activité de l'institution afin de s'assurer que celle-ci satisfait les intérêts des personnes qui la contrôlent. Malgré les différences existantes entre les secteurs d'activité, les théories de l'auteur québécois sur le management se sont imposées dans presque toutes les organisations, y compris les institutions hospitalières⁶.

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

En effet, l'hôpital doit faire preuve de son efficacité. Pour y parvenir il a besoin avant tout de cadres dirigeants pour conduire les évolutions. A partir des valeurs du service public hospitalier, les directeurs de soins doivent clarifier les missions, repenser les organisations et les modes de Manager consiste à conduire, diriger, commander, coordonner, faire participer, et animer⁷ » mais manager ne peut se faire sans prévoir, évaluer, gérer et décider.

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

En ce qui concerne l'évaluation, elle est tout à fait adaptée au concept d'indicateur d'activité car elle donne une mesure. Mais elle n'a d'intérêt que lorsqu'elle donne un sens à cette mesure pour devenir une aide à la décision. Ainsi, ABBAD J. écrit : « chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier⁸ ».

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

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

⁶ Communication et organisation, revue scientifique francophone en communication organisationnelle « La dimension communicationnelle du management hospitalier »

⁷ GASTE M., « Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins », mémoire ENSP de directeur des soins, Ecole nationale de santé publique, RENNES, 2004, p.9

⁸ ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001, p.45.

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

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

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

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

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

Les soins médicaux, qui sont décrits ici, comme une activité homogène, comprennent en réalité de très nombreuses variables : du capital (des lits, une instrumentation de diagnostic ou de thérapeutique, des salles d'opération...), des fournitures (des draps de lit, des médicaments plus ou moins sophistiqués...), différents types de travailleurs (des infirmières, des médecins, des secrétaires, des cadres administratifs, etc.), et des patients, puisque ceux-ci participent à l'acte de soins (coproduction). De même, le produit n'est pas homogène, dans la mesure où « les hôpitaux et cabinets médicaux sont comme des ateliers multitâches produisant une gamme de produits divers dont chacun est façonné spécialement pour un patient particulier⁹».

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

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

⁹ De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux
Les différentes facettes de l'innovation hospitalière, p4

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

3.2. L'hôpital : Un pouvoir bicéphale

3.2.1. Le concept de pouvoir

Selon Henry Mintzberg dans son livre, il définit le pouvoir comme étant tout simplement la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels. Mintzberg s'est probablement inspiré pour sa définition du pouvoir d'auteurs comme B. Russel (1938) qui interprètent le pouvoir comme voulant dire « être capable de » et qui le définissent comme étant « la production d'effets voulus ¹⁰».

La définition de Dahl (1938), voit dans le pouvoir la capacité de modifier le comportement de l'autre : « A le pouvoir sur B dans la mesure où A peut faire faire à B quelque chose que B, autrement ne ferait pas ». Cette définition est selon Mintzberg plus limitée que la précédente, car le pouvoir quand il consiste à modifier le comportement de quelqu'un est un sous-ensemble du pouvoir en tant que production de résultats. Donc définir le pouvoir uniquement en termes de capacité à modifier des comportements semble rapprocher le pouvoir de la notion de manipulation plutôt que de production de résultats.

3.2.2. Les pouvoirs au sein de l'hôpital

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

- Le pouvoir administratif du directeur ;
- Le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins¹¹.

J.M.CLEMENT souligne, que, « lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs... ¹²». Selon cet auteur, les modalités de recrutement, de nomination et de carrière des médecins et des directeurs qui entraînent ces différences d'objectifs. Ce qui pose problème, selon lui, est, l'absence de pouvoir arbitral. On parle aussi, dans les organisations, de pouvoir pyramidal, où les lignes hiérarchiques et la division du travail entre les concepteurs et les opérateurs rendaient clairement visible la détention du pouvoir.

¹⁰ Henry Mintzberg, 1946,p14

¹¹ JULLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique », 2002, p.24.

¹² CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital », les études hospitalières, Bordeaux, 1998, p. 25.

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

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

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

Le pendant des relations au sein de l'hôpital entre le pouvoir médical et le pouvoir gestionnaire, se caractérise par la prééminence du métier technique de base (la technique médicale), reléguant en dernière place la dimension managériale et organisationnelle. Aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique, mais aussi sur sa capacité à manager, animer une équipe, et travailler dans la transversalité. Beaucoup d'expériences mettent en avant la domination, dans les pratiques, de la technique sur le management, où la direction déplore le temps passé par l'encadrement à la technique au détriment de l'animation, du pilotage et du management des équipes.

Cette difficulté est ressentie comme une frustration pour le personnel encadrant, qui se trouvent débordé en termes de charge de travail, et qui ne parvient pas à assurer son rôle correctement. Il s'ensuit des difficultés de relations et de communication au sein des équipes et des défauts de qualité importants en raison du manque de pilotage effectif des responsables¹³.

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

¹³ KRIEF N., « Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public », communication réalisée à l'université lumière Lyon 2, centre de recherches ISEOR, p.10.

4. Le management dans les établissements publics de santé

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

4.1. Caractérisation des établissements publics de santé

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

Parmi les caractéristiques des organisations hospitalières, on retrouve principalement :

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

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

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

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

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

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

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

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

Très peu de définitions du management public¹⁴ sont données dans la littérature en gestion. Laufer décrit deux courants opposés pour définir le management public. Un premier courant considère que le management public est le management des organisations appartenant au secteur public, la notion de public accolé à celle de management correspondant au statut juridique des organisations. Le second courant de pensée considère que le critère juridique doit céder la place à des critères issus des sciences humaines.

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

Selon Krief, « considérer les organisations de service public comme des organisations spécifiques tend à les marginaliser¹⁵ ». Pour cet auteur, « dire qu'il y a un management public spécifique appliqué aux organisations publiques n'est pas acceptable en l'état¹⁶ ».

Le deuxième courant évite le statut juridique de l'organisation, pour s'attacher à définir le management comme une science administrative. Selon Chevallier, cette deuxième approche tend « à découvrir et mettre en œuvre les méthodes les plus rationnelles et les plus efficaces d'organisation, en vue d'accomplir, dans les conditions optimales, une tâche donnée¹⁷ ».

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

Laufer et Burlaud définissent le management public comme une méthode, et le secteur public comme un lieu d'application de cette méthode. Le management public est donc constitué par les méthodes de management pratiquées par les organisations publiques de santé¹⁸.

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

¹⁴ LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », Dalloz, Paris, 1980, pp. 29-35.

¹⁵ KRIEF N., « Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public », thèse pour le doctorat de science de gestion, Université Lumière Lyon 2, France, Décembre 1999, p. 81.

¹⁶ Idem, p.82.

¹⁷ CHEVALLIER J., « Science administrative », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986, pp. 45-46.

¹⁸ LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », op.cit, pp. 29-40.

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

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

5. Le management hospitalier : enjeux actuels

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

L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques. Cependant, la question du management dans la santé peut être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : stratégie, finance, contrôle de gestion, gestion des ressources humaines...etc. Mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe ; on n'a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et les réformes du secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de rationalisation, évaluation et performance¹⁹.

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. Selon Henry Mintzberg, « le management est l'activité propre du dirigeant, lequel a une autorité formelle sur son unité organisationnelle et assume deux objectifs fondamentaux : a) il se porte garant de l'efficacité de l'organisation dans la production des produits et services, et b) il surveille l'activité de l'institution afin de s'assurer que celle-ci satisfait les intérêts des personnes qui la contrôlent²⁰»

¹⁹ Étienne Minvielle. (2009), Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain, in PierreLouis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », p 35.

²⁰ Medina.P ,Lahmadi.G. (2012), La dimension communicationnelle du management hospitalier , communication& organisation, N° 41, p 158.

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

Section 2 : Cadre théorique de l'organisation hospitalière

Si l'hôpital est classiquement abordé comme une bureaucratie professionnelle, ce modèle est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques en œuvre dans la structure. L'hôpital peut être vu d'abord comme un lieu de pouvoir, de différenciation, avant d'être envisageable comme un ensemble d'activités juxtaposées, générant chacune leurs propres contraintes. Selon STEUDLER F., l'hôpital est un « enjeu technique et un lieu de production, de diffusion et d'application du savoir ²¹ ».

1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autre travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redisch 1973, Pauly 1980, Evans 1984), considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. La prise en compte de paramètres de conception et de facteur de contingence aboutit à définir 5 configurations structurelles représentant des idéaux-types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie²².

Dans cette approche l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle (B.P.) au même titre que les universités ou les cabinets d'expertise-comptable avec les caractéristiques présentées ci-dessous et résumées dans le tableau N° 04

Tableau N° 04 : 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 de travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué.

²¹ STEUDLER F., « Vers une nouvelle stratégie hospitalière », journal d'économie médicale, n°3, 1988, pp.231-234, p.232.

²² Thierry Nobre, L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements, P02.

Le travail du centre opérationnel : Pour coordonner ses activités la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications à partir de la formation et de la socialisation. Les standards sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées auxquelles les opérateurs de l'organisation adhèrent comme leurs pairs. L'autorité découle du pouvoir de la compétence. Le professionnel, qui contrôle son propre travail, agit de façon relativement indépendante de ses collègues mais reste proche de ses clients (patients).

Le processus de classement : le fonctionnement de la B.P. repose sur un répertoire de programmes standards (des cas répertoriés, prédéterminés) où le travail du professionnel consiste à déterminer dans quel cas se situe le patient (le diagnostic) et à appliquer ensuite le programme standard correspondant au cas.

Le centre opérationnel étant la partie clé de l'organisation, la seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de supports logistiques qui ont pour missions de servir le centre opérationnel. Compte tenu du coût élevé des professionnels, il est logique de leur accorder tout le support possible pour les aider et faire en sorte que d'autres accomplissent les travaux routiniers qui peuvent être formalisés.

La B.P. est une structure très décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement.

Dans les B.P. il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels qui va du bas vers le haut qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique qui va du haut vers le bas qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste.

Les administrateurs professionnels et plus particulièrement la direction ont des rôles clés situés à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes (tutelles, administration).

Les stratégies de la B.P., sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes. Les stratégies des B.P. représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre.

1.1. Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle

La bureaucratie professionnelle est une configuration structurelle où le centre opérationnel de l'organisation est dominé par des opérateurs qualifiés de « professionnels ». L'environnement est à la fois complexe et stable, complexe pour requérir l'utilisation de procédures dont l'apprentissage exige des années de formation, stable pour que ces

compétences soient bien définies et en fait standardisées. L'environnement est alors un facteur de contingence principal qui amène la création des bureaucraties professionnelles.

L'âge et la taille sont des facteurs de moindre importance. Le système technique des bureaucraties professionnelles, n'est ni sophistiqué, ni régulateur, la technologie et le savoir sont sophistiqués, mais le système technique et donc les instruments utilisés ne le sont pas²³.

1.2. Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle

- Domination du centre opérationnel et son développement, en raison de l'importance des professionnels qui se retrouve en bas de la structure, leur pouvoir vient selon Mintzberg, de ce que le travail qu'ils accomplissent est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes ;
- La standardisation des qualifications renforce la latitude de liberté du professionnel au sein de l'hôpital, rendant difficile la mobilisation de celui-ci pour définir et réaliser les objectifs de l'organisation. Elle favorise de plus, le regroupement des individus au sein d'organes de classe qui transcendent les limites de chaque hôpital et facilite la mobilisation de ceux-ci autour d'objectifs de nature corporatistes. Paradoxalement, cette caractéristique facilite le travail à très court terme au sein des unités élémentaires de l'organisation, mais complique considérablement la gestion de l'avenir de l'hôpital en tant qu'entité ;
- Les membres du centre opérationnel cherchent à minimiser l'influence de l'encadrement et des analystes sur leur travail, ils poussent à la décentralisation horizontale et verticale. Les opérateurs exercent une pression en faveur du professionnalisme, en recourant à la formation, pour améliorer leurs compétences. Les cadres opérants recherchent également l'autonomie, et la décentralisation verticale limitée leur permet d'augmenter leur pouvoir aux dépens du sommet stratégique. Ils poussent à la division de l'organisation en petites unités (balkanisation) dans lesquelles ils peuvent exercer un contrôle sur leurs propres décisions²⁴.

1.3. La structure de la bureaucratie professionnelle

Pour caractériser les organismes hospitaliers, la théorie des organisations a proposé le cadre conceptuel de « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1982) ou « d'organisation Professionnelle » (Becker et Neuhauser, 1975).

²³ MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982, pp.324-326.

²⁴ HOLCMAN R., « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », thèse de doctorat, soutenue à l'Université Paris Dauphine, 2008, pp.46-50.

Très vite, le modèle wébérien ne permettait plus d'appréhender la réalité des organismes hospitaliers puisqu'il ne prenait pas en considération le fait que les différents acteurs n'obéissent pas dans ce cas-ci à une autorité administrative unique. (Adam et Herzlich, 2007). En effet, dans la plus part du temps l'hôpital prend une structure d'autorité fonctionnelle développant deux lignes d'autorités distinctes. La première, de type rationnelle ou bureaucratique représentée par l'administration et la deuxième, de type traditionnelle ou charismatique incarnée par les médecins.

Pour fonctionner, la bureaucratie professionnelle s'appuie principalement sur la compétence et le savoir de ses opérateurs professionnels. La ligne hiérarchique se trouve parfois inversée puisque les administrateurs, gestionnaire, dans les organisations non professionnelles, deviennent le staff au profit des professionnelles qui disposent de l'autorité principale. La raison la plus communément admise pour ranger les organisations hospitalières dans ce modèle et liées aux caractéristiques du travail qui y effectué. « Un travail considéré inhabituellement complexe, incertain et d'une grande importance sociale » (Scott, 1982). La structure organisationnelle de ce type d'organisation se présente comme suit : une structure administrative et une autre non administrative²⁵.

1.3.1. La structure administrative

La structure administrative comprend :

Le sommet stratégique : représente l'organe de direction de l'organisation et d'élaboration de sa stratégie. Ses fonctions sont les suivantes :

- Concevoir la stratégie de l'organisation et de s'assurer que « l'ensemble de
- l'organisation fonctionne de façon intégrée et sans à-coups » (Mintzberg, 1982) ;
- « Faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace, et qu'elle serve les besoins de ceux qui la contrôlent ou qui ont sur elle du pouvoir » (Mintzberg, 1982) ;
- Procéder à la répartition des ressources : Matérielles, humaines, financières ;
- Gérer les rapports de l'organisation à son environnement ;
- Etre le centre d'information, l'agent de liaison et le porte-parole des professionnels (Faye, 1999).

La ligne hiérarchique : est composée de managers, elle établit la jonction entre le sommet stratégique et le centre opérationnel et assure des missions de supervision directe.

²⁵ MARKAOUI Kawtar, Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit, Numéro 7 : Décembre 2018

La technostructure : est composée d'analystes et d'experts qui constituent en quelque sorte le staff de l'organisation et réalisent des activités dites indirectement productives. La plupart des cadres fonctionnels tels que les contrôleurs de gestion, les analystes financiers, les marketeurs, les informaticiens..., se trouvent dans la technostructure (Plane, 2017). Le rôle de la technostructure est alors d'aider l'organisation à « s'adapter à son environnement ». (Mintzberg, 1982). Cependant, à l'hôpital, face à l'importance de la standardisation des qualifications, le rôle de la technostructure de trouve réduit puisque les standards de travail sont en majeure partie prédéfinis à l'extérieur de l'hôpital.

1.3.2. La structure non administrative

La structure non administrative comprend :

Le centre opérationnel : il apparaît comme le « cœur » de l'organisation, c'est un centre dominant spécialisé, il regroupe les acteurs chargés d'effectuer le travail directement productif. Dans une organisation hospitalière, le centre opérationnel occupe une place centrale. Il compte un nombre important de services fortement spécialisés et relativement indépendants les uns des autres (services médicaux et chirurgicaux spécialisés supervisés par des médecins chef) (Hubinon, 2011).

Les opérateurs sont chargé de classer, diagnostiquer et traiter, c'est-à-dire déterminer les standards dans lesquels les clients doivent être logés, puis exécuter et traiter ses programmes standards. Dans la configuration structurelle de bureaucratie professionnelle, le processus de classement est très souvent sources de conflits (Mintzberg, 1982).

Le support logistique : est constitué de l'ensemble des acteurs qui assurent des fonctions d'accompagnement au bénéfice du centre opérationnel ou d'autres catégories d'acteurs. Dans un organisme hospitalier cette fonction joue un rôle central puisqu'elle permet d'effectuer un ensemble d'activités nécessaires à la réalisation d'une prise en charge de patient (la maintenance, l'hôtellerie, la restauration...). Toute fois la fonction support n'a pas grand pouvoir et fait l'objet d'une ségrégation dans l'organisation (Mintzberg, 1982).

1.4. Les problèmes de contrôle de la bureaucratie professionnelle

Même si le processus de classement fonctionne, l'organisation rencontre des problèmes car le travail des professionnels et des opérateurs exige un contrôle et une évaluation. Or, il est difficile de superviser le travail des professionnels en raison de leurs pouvoirs, savoirs et autonomie et donc la bureaucratie professionnelle est relativement impuissante face aux professionnels. L'autonomie des professionnels permet d'ignorer les besoins des patients mais aussi ceux de l'organisation. Ils considèrent l'organisation comme une structure et un endroit commode dans laquelle ils exercent leurs professions, où

l'organisation pour eux est accessoire et ne se considèrent pas comme faisant partie d'une équipe. Ces professionnels s'identifient plus à la profession qu'à l'organisation où il la pratique, et sont loyaux vis-à-vis de la profession mais pas en vers l'organisation. La coopération entre les acteurs au sein de cette structure est cruciale pour le fonctionnement de l'organisation.

1.5. L'organisation hospitalière où la juxtaposition des contraintes

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

Dans le cadre de l'organisation classique des établissements hospitaliers, chacun des acteurs ferait selon sa logique professionnelle ce qu'il estime être le mieux. La mise en relation entre les différents intervenants dans le soin devient le facteur de risque, celui de tous les efforts et de toutes les tensions. C'est donc dans les agencements que se situent les potentiels de création et d'amélioration de la valeur du soin, c'est-à-dire que cette dernière intègre une dimension organisationnelle²⁶.

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

Il s'agit pour l'hôpital, d'une juxtaposition de prestations médicales, soignantes et logistiques. L'activité structurante reste de nature libérale dans la réalité des tâches et des missions. Pourtant, la plupart des pathologies d'un même service sont relativement standard. La rationalisation de la prise en charge des patients s'intéressera alors aux modes d'action qui supporteront d'être partiellement standardisés, planifiés, et qui correspondraient à un modèle de gestion finalisé par les missions définies dans le projet d'établissement.

²⁶ VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », p.209.

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

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

Section 3 : Contexte organisationnel de l'hôpital

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

1. L'hôpital : une organisation complexe

Admettre la complexité c'est reconnaître que certains aspects d'une situation nous échappent dans la mesure où ils ont toujours une part d'incertitude et d'imprévisibilité.

Les situations complexes sont également caractérisées par les différentes logiques en présence ; Edgar MORIN emploie le terme de « dialogique²⁷ » pour désigner l'idée selon laquelle les logiques humaines coexistent et ne peuvent se réduire à une seule d'entre elles.

L'hôpital est une entreprise à haut degré de complexité pour de nombreuses raisons :

- La technologie est très présente et en constante évolution,
- Les valeurs des professionnels sont marquées par les changements de la société,
- De nombreuses logiques, parfois contradictoires, sont en présence,
- Les acteurs sont multiples et les cultures professionnelles sont fortes.

Les établissements de santé, dont l'organisation est basée sur le modèle bureaucratique et sur une structure pyramidale descendante, ont longtemps cherché à réduire et à maîtriser la complexité en élaborant des organigrammes compliqués. Mais, au cœur de la turbulence de son environnement, l'hôpital du 21^{ème} siècle doit modifier ses structures organisationnelles afin de répondre aux besoins des usagers, et sa conception du management pour s'adapter aux attentes des professionnels.

²⁷ Au sens étymologique : qui est en forme de dialogue.

«Les rapports hiérarchiques se transforment, le management évolue, ce n'est plus la simple transmission de consignes et la stricte application de règles, le management devient plus flexible, plus biologique, plus intégratif.²⁸»

Introduire des changements organisationnels novateurs et fortement déstabilisants pour les acteurs, tels que la déconcentration, suppose une prise en compte de la complexité et il est important de « partir de la réalité concrète des situations de travail et non d'une prétendue situation générale qui s'imposerait pour tous. C'est donc le diagnostic des systèmes qui s'impose en amont de tout changement. »²⁹

1.1. L'hôpital : un monde complexe

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

1.1.1. Le concept de la complexité

Le sens profond du mot *complexus* veut dire « tissé ensemble »³⁰. C'est également l'incertitude de la connaissance, et l'affrontement de notions que l'on doit associer alors qu'elles semblent contradictoires. On peut établir un lien entre complexité et incertitude, perte de repères, et déficit d'informations. La complexité est un défi, on doit y répondre par l'articulation des parties au tout, il est donc primordiale d'apprendre à gérer cette complexité.

1.1.2. La complexité à l'hôpital

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

L'hôpital connaît une dynamique d'évolution dans un environnement contraignant où il doit s'adapter aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques et aux progrès scientifiques. Cette organisation hospitalière est soumise à l'influence des besoins exprimés par la société. Elle est un complexe d'opérations. Le problème c'est que l'hôpital a des difficultés à comprendre la complexité des problématiques de soins.

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

²⁸ VALLET Guy, L'hôpital citoyen. D.H. mars 1997. p.47

²⁹ HERREROS Gilles, Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. Gestions hospitalières

³⁰ MORIN E., « Comprendre la complexité des organisations de soins », Aspeps Editions, France, 1997, p.31.

des catégories professionnelles, de la coexistence de multiples logiques et niveaux hiérarchiques, d'une coordination problématique et des situations complexes³¹.

LAUDINET.C.A., met l'accent sur cette complexité de l'hôpital, en disant que « l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émiettement du pouvoir³²».

1.2. Les cloisonnements à l'hôpital

L'organisation hospitalière connaît un cloisonnement fonctionnel, elle est par nature une organisation complexe, de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public, des acteurs et des autorités de tutelle. Les métiers s'entrecroisent et les logiques sont plurielles. Les gestionnaires apparaissent comme voulant imposer une rigueur financière, alors que les médecins insisteraient sur les moyens pour la prise en charge des patients. Ils entretiendraient ainsi une lutte de pouvoir. De ce fait, l'organisation hospitalière est une structure difficile à gérer.

Cette complexité influence sur l'organisation dans la mesure où elle devient de plus en plus difficile à maîtriser, où chaque groupe d'acteurs applique sa propre logique de fonctionnement sans entretenir, avec les autres acteurs hospitaliers, les relations et la concertation nécessaires à un bon fonctionnement collectif. Cela contribue à centrer l'attention des personnels hospitaliers sur les tâches techniques, souvent standardisées et répétitives, au détriment de l'objectif de prise en charge des patients.

1.3. Les niveaux de la complexité à l'hôpital

1.3.1. Complexité de l'activité de soins

La division du travail se fait catégorie par catégorie et les unités restent essentiellement cloisonnées. L'articulation entre les techniques managériales et l'amélioration de l'organisation de la prise en charge reste fragile. La complexité, comprise comme « l'impossibilité d'une formalisation où tous les acteurs partie prenante d'un secteur trouveraient leur compte, c'est-à-dire finalement les réponses aux questions qu'ils se posent³³ » (Moidson et Tonneau, 1999, p.32). Cette complexité se manifeste à deux niveaux ;

D'une part, l'activité de soins requiert des compétences multiples aboutissant à de nombreuses spécialités et d'autre part, chaque patient suivra un traitement et un parcours spécifique, en fonction de sa pathologie, mais aussi en fonction d'autres critères.

³¹ ROUET J., « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces », mémoire de l'école nationale de la santé publique, soutenu à Rennes, 2006, pp.4-5.

³² ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001, p.20.

³³ Moisson J. C., Tonneau D., « La démarche gestionnaire à l'hôpital.1.p5.

L'hyperspécialisation et la trajectoire de chaque patient rendent complexes la formalisation de l'activité.

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

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

1.3.3. Complexité des relations entre groupes professionnels

L'organisation hospitalière est caractérisée par la complexité des relations entre les acteurs et entre les groupes professionnels. On peut situer l'origine du problème relationnel dans les services dans le manque de clarté de rôles et l'existence d'un écart important entre les fonctions déterminées et les pratiques réelles. Ceci se comprend dans le sens où chaque acteur repère difficilement son rôle et aussi l'importance de sa contribution dans le processus de soins : « à l'hôpital, la conscience individuelle se limite souvent à son champ d'activité et n'est pas ouverte sur le produit global fourni au patient dans le cadre d'un objectif institutionnel. Ainsi, le corps médical reconnaît peu ou pas les autres acteurs. Ceux-ci vont se positionner en réaction au pouvoir médical ³⁴ »

2. Spécificités de l'organisation hospitalière

La conception de l'hôpital suppose que la production reste spécifique en raison de la particularité de la demande, et de la structure de l'offre. La demande de soins hospitaliers constitue la première spécificité, elle est indivisible (chaque malade consomme un ensemble de soins non différencié), aléatoire et dépendante.

La structure de l'offre publique de soins est également spécifique. D'abord parce qu'il existe un certain nombre de contraintes institutionnelles qui pèsent sur les hôpitaux (le statut d'établissement publics, qui est rigoureusement défini par la loi, et l'exercice d'un service public). D'autre part, les coûts de cet établissement y sont importants. L'activité de l'hôpital reste une activité de services où les conditions de travail déterminent en grande partie le coût des soins. D'autres éléments, viennent renforcer la spécificité de l'offre hospitalière de soins : le progrès technique, le caractère indivisible de la production...

³⁴ DEBROSSE D., « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » p103.

De plus, Le système hospitalier est caractérisé par une double logique asymétrique. La direction de l'établissement occupe une place centrale dans la mesure où elle est l'agent de la tutelle et le principal du praticien. D'un côté, la relation entre la tutelle et les établissements hospitaliers est marquée par des asymétries d'information. De l'autre, une relation semblable se développe entre la direction des établissements et les services.

Conclusion

L'hôpital du 21ème siècle doit évoluer dans ses modes de gestion pour continuer à exister et à répondre aux besoins de santé dans un contexte politique et économique basé sur l'évaluation et sur l'émergence de la concurrence.

Au sein d'un hôpital public qui progresse, évolue, mais est en proie à de multiples questionnements, les équipes dirigeantes en charge des projets d'établissement recherchent de nouvelles modalités d'organisation qui visent à concilier la réponse aux besoins des usagers et la nécessaire implication des professionnels du soin.

Cette organisation innovante se fixe comme objectif de responsabiliser les professionnels, de les impliquer dans l'acte de gestion et de déplacer le processus décisionnel du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité.

Ce changement organisationnel comporte, pour les équipes de direction comme pour les acteurs de terrain, une prise de risques et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles de l'hôpital.

Les rôles se trouvent modifiés, les pouvoirs sont déplacés, la complexité s'accroît et les stratégies managériales doivent évoluer : il faut donc à présent « changer le management pour manager le changement ».

Le service de soins participe à cette évolution et, par l'intermédiaire de son encadrement, accompagne ce changement pour le faire vivre au sein des unités de soins.

La fonction de directeur des soins évolue ainsi vers un rôle de coordination, d'expertise et de conseil. Ce rôle est à jouer tant au niveau des pôles qu'auprès de la direction de l'établissement.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Introduction

Mesurer la satisfaction des malades est inévitablement subjectif, en raison des différences entre les professionnels de la sante et leurs clients sur le plan de l'instruction, de la condition sociale, de la situation économique et de la langue. La notion de qualité varie d'un individu à l'autre en fonction des connaissances, de l'échelle des valeurs et des ressources personnelles. Les malades et leur famille veulent un diagnostic précis et des traitements qui leur paraissent appropriés.

Les médecins, de leur côté, se conforment à certains critères techniques rigoureux afin d'améliorer la qualité de vie de leurs clients, mais d'autres facteurs interviennent dans leur pratique, notamment leur cadre professionnel, la faculté de médecine où ils ont fait leurs études et leur propre échelle des valeurs.

Dans le but d'apporter une réponse à la question de recherche, nous avons mené une étude sur l'évaluation de la qualité des soins au service d'hémodialyse au sein de CHU de TIZI-OUZOU et le processus de soin et pour évaluer ce processus on a focalisé notre recherche sur quatre niveaux d'analyse à savoir :

- L'activité(les actes récurrent) aux quelles les patients sont confronté à chaque fois qu'ils se rendent à une organisation hospitaliers (l'accueil, séjours et sortie).
- Compétence divisé en deux actes : Métier/Technique et comportement.
- Organisation divisé en trois actes : positionnement (prise de décisions).fonctionnement et ressources humains.
- En fin on termine avec la satisfaction des clients externe à savoir les patients.

L'étude a eu lieu au niveau du service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed TIZI-OUZOU. C'est un hôpital universitaire et qui est un établissement public doté de personnalité morale et juridique et d'une autonomie financière sous le contrôle de l'état.

Section 1 : Présentation de service Néphrologie de l'hôpital CHU TIZI-OUZOU

1. Présentation de la spécialité « Néphrologie »

La néphrologie correspond au domaine médical qui s'occupe des soins contre les maladies des reins, jouant un rôle fondamental dans la filtration du sang. Elle est pratiquée par un néphrologue, qui lutte par exemple contre des symptômes mineurs (présence de sang dans les urines) jusqu'à des troubles plus graves, comme l'insuffisance rénale, palliée par une dialyse.

La néphrologie concerne aussi bien des pathologies primaires (défaillance émanant directement du rein) que des symptômes secondaires (dans le cas d'un diabète par exemple).

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

2. Présentation de service néphrologie

Il se compose de trois (03) unités :

2.1 Unité hospitalisation transplantation rénale : Il se compose de :

- Unité femmes
- Unité hommes

Chaque unité a trois boxes et chaque boxe trois malades (une totalité de neuf (09) lits)

- Salle de soins
- Salle de colloque
- Salle de prof
- Salle de maitre-assistant

2.2 Deux unités d'hémodialyse

Unité1 : de 8h à 16h Unité2 : 24h/24

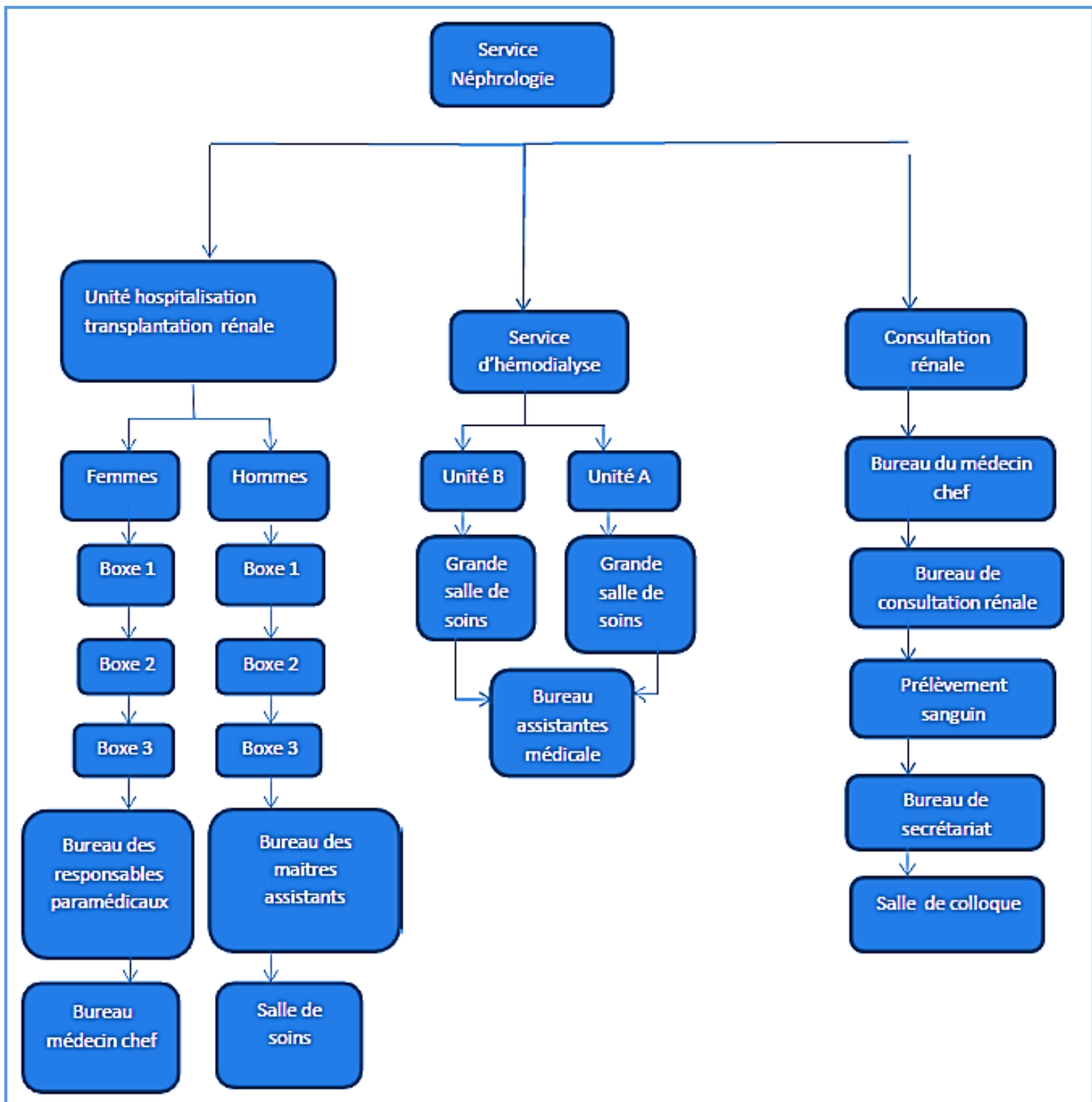
Ces deux unités ont une capacité de traitement de 52 malades par jour, avec un personnel composé de deux médecins et trois infirmiers.

3. Personnels du service

- Médecin chef (professeur)
- La coordinatrice
- La surveillante médicale
- Archiviste
- L'assistante médicale
- Secrétaire
- Les médecins (résidents, maitres assistants)
- Infermières, infirmiers
- Les agents de service

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

4. Organigramme de service



Source : document interne du service hémodialyse

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Section 2 : Méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du questionnaire

1. Objectif de l'enquête

Le but de l'étude est de recueillir la perception des patients hospitalisés de leur séjour au service hémodialyse et d'utiliser les données sur la satisfaction pour proposer des recommandations dans une perspective d'amélioration de la qualité des services afin de mieux répondre aux besoins des patients. L'enquête permettra également l'optimisation de l'affectation des ressources au niveau de l'hôpital.

2. Collecte d'information

Les données seront recueillies auprès des patients hospitalisés avant leur départ des services. A cet effet, des entretiens en face à face avec des patients seront effectués dans les chambres en attendant les procédures de sortie. Cette méthode est privilégiée car les patients peuvent rencontrer des difficultés à remplir le questionnaire en raison de leur état de santé. En retour, l'entretien individuel a l'avantage de permettre une standardisation des conditions de remplissage. Il permet également d'obtenir un fort taux de réponse. Il est proposé que des étudiants d'université en stage à l'hôpital CHU Nedir Mohamed mènent les entretiens après avoir reçu des informations et directives nécessaires concernant la méthode et les précautions à prendre pendant la collecte des données et le respect de la confidentialité. Les répondants doivent être assurés d'un anonymat vis-à-vis des soignants pour exprimer des critiques sans craindre des retombées. Il est essentiel que les enquêteurs soient des personnes non impliquées dans la structure car la présence d'un observateur interne à l'hôpital peut entraîner un biais en sous-évaluant l'insatisfaction.

3. Développement d'un questionnaire de satisfaction

Des questionnaires de satisfaction ont été élaborés comme outil de recherche pour évaluer la satisfaction des patients admis au service hémodialyse de CHU Nedir Mohamed. (Annexe 1, 2,3 et 4)

Les objectifs du questionnaire sont :

- Explorer la perception des patients hospitalisés de la qualité au service ;
- Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés ;
- Identifier les facteurs qui influencent la satisfaction des patients hospitalisés ;
- Identifier leurs besoins, attentes et suggestions ;
- Identifier les aspects du service qui doivent être améliorés.

Diverses sources et méthodes ainsi que l'expérience personnelle de l'auteur de ce mémoire ont été utilisées pour élaborer les questions à inclure dans le questionnaire. Tout

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

d'abord, une recherche bibliographique a été menée. Elle vise à analyser les questionnaires qui ont été conçus pour évaluer la satisfaction des patients. De plus, les questionnaires utilisés au Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière ont également servi de source d'inspiration. Le questionnaire a été adapté au contexte local et aux problématiques propres au service et les aspects les plus pertinents ont été inclus.

Les étapes suivantes ont été suivies pour élaborer le questionnaire :

- Collecter les informations en effectuant une recherche dans la littérature.
- Tirer parti de l'expérience au GHPS.

Le questionnaire multidimensionnel a été construit suite à l'identification et la sélection des dimensions à explorer. La formulation des questions pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés a également fait l'objet d'un choix méticuleux.

4. Structure du questionnaire

Une approche globale a été adoptée pour sélectionner les dimensions. En raison du grand nombre d'indicateurs identifiés par la littérature, seuls les plus importants ont été sélectionnés pour les questionnaires. La concentration sur un groupe d'éléments spécifiques est essentielle pour cette étude car il est connu que les patients ne sont pas toujours en mesure de maintenir une attention suffisante pour répondre à un long questionnaire.

Le libellé et la présentation des questions peuvent influencer les réponses. Le questionnaire comporte un mélange de déclarations positives et négatives. Des mots simples ont été utilisés pour faciliter la compréhension du patient.

Les questions fermées ont été privilégiées parce qu'elles facilitent l'analyse des données du point de vue statistique.

5. Explication de l'objet du questionnaire

Les répondants seront informés de l'objet et des conditions de l'enquête et auront la garantie du respect de la confidentialité des données afin d'encourager leur participation. Le consentement des patients à participer à l'étude sera recherché.

6. Echantillonnage

La population concernée est constituée des patients adultes après leur hospitalisation mais avant leur sortie des différents services.

L'échantillon choisi sera fonction des moyens disponibles. Il est proposé, dans un premier temps, de ne pas être trop ambitieux et de considérer un échantillon de 35 patients dans le service de soins. La méthode d'échantillonnage proposée est la méthode par convenance/commodité. Elle consiste à interroger tout patient rencontré qui accepte de répondre et qui est capable de fournir des informations.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Section 3 : Evaluation de la qualité au sein de service hémodialyse

1. Référentiel

N°	Tache	Objectif de la tache	Le risque	Dispositif du contrôle
1	Activité (actes récurrents)	-L'évaluation de l'expérience du patient pendant son séjour à l'hôpital. -appréciations des services d'accueil, séjours et procédure de sortie.	-L'incapacité de services a proposé un processus d'accueil de bonne qualité. -Insatisfaction des patients par rapport à leurs séjours au sein de service.	-Entretiens avec les patients pendant leurs visites. -Entretiens avec les patients pendant leurs séjours et lors de leurs sorties.
2	Compétences des médecins et infirmiers	D'établir le lien entre les compétences techniques, comportementale des médecins/infirmiers et les résultats de soins.	-Non compétences de personnels soignants. -Manque de savoir utilisé les machines de soin.	Suivi de personnels de service et appréciation des résultats.
3	Organisation (positionnement, fonctionnement et ressources)	-Déterminer les forces et les faiblesses de l'organisation et de savoir sa qualité au sein du service hémodialyse. - Décrire comment se fait l'organisation au sein de l'hôpital.	-le manque des moyens immatériels (l'insuffisance de nombre de personnels). - Non organisation lors de la prise de décisions au sein de service. -Non-exécution d'un protocole bien déterminé.	Suivi l'évolution des ressources matérielles et immatériels
4	Satisfaction des clients externes (patients)	-Moyen d'apprécier les points de vue des patients concernant la prestation des soins de santé. - Déduire un outil important pour disposer	-Inefficacité de processus de soin. -Non satisfaction des patients après leurs	Evaluation de la qualité de soin en mettant en place un questionnaire destiné aux patients.

1.1. Cadre référentiel

Norme ISO9001 2015, Norme ISO9000 2015.

2. Enquêtes de satisfaction des Patients de service hémodialyse

2.1. Activité (actes récurrents)

2.1.1. Définition

Les actes récurrents sont l'ensemble des activités qui reviennent à chaque fois qu'un patient se présente au sein d'un hôpital (accueil, séjour et processus de sortie).

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

2.1.2. Objectif de l'étude

- L'évaluation de l'expérience du patient pendant son séjour à l'hôpital.
- Appréciations des services d'accueil, séjours et procédure de sortie.

2.1.3. Méthode de l'étude

L'étude a porté sur un questionnaire destiné aux patients présents au moment de collecte de données.

2.1.4. La constitution de l'échantillon

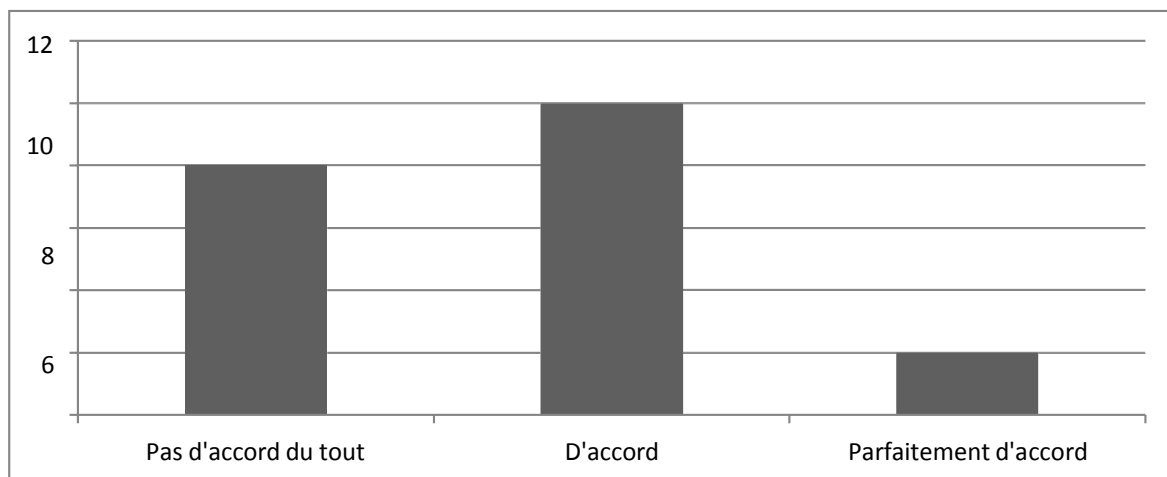
Notre échantillon est composé de 20 patients présent au sein du service hémodialyse au CHU TIZI-OUZOU lors de la période de collecte de données.

2.1.5. Résultats

Nous présenterons dans les paragraphes suivants les résultats quantitatifs de la présente étude (Questionnaire «Sur les activités récurrentes de client à l'hôpital» administré aux patients de services d'hémodialyse) voir l'annexe n° 1.

a. Degré d'identification de personelles d'accueil par les patients

Figure N°4 : Niveau d'approbation pour faciliter l'identification

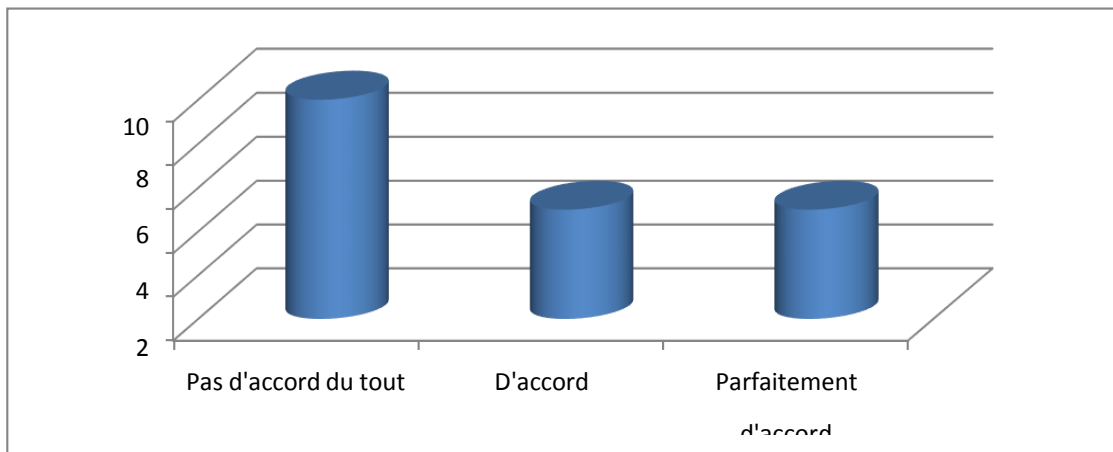


D'après ce graphique et après l'analyse des résultats on constate que 40% des patients ne sont pas d'accord de tout et que ils n'arrivent pas à trouvés le personnels d'accueil facilement à leurs arrivés au service, tandis que 50% sont d'accord que c'est facile à identifier le personnels d'accueil au moment de leur arrivés et 10% sont parfaitement d'accord que c'est très facile et ils ont directement trouvés le personnels d'accueil à leurs arrivés au service.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

b. Conditions d'accueil à l'arrivée au service

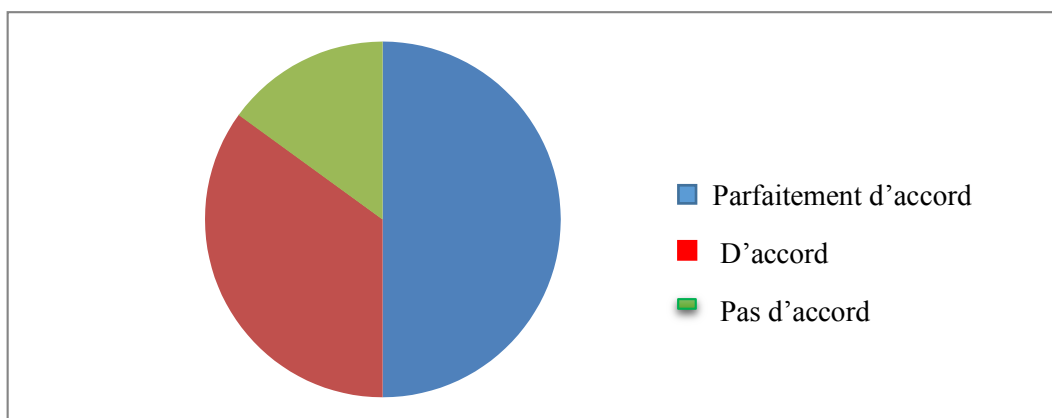
Figure N°5 : Satisfactions des patients par rapport aux conditions d'accueil



Ce graphe montre le degré de satisfaction des patients par rapport aux conditions d'accueil proposé par le service, et constate que les conditions sont d'une mauvaise qualité et ceci ce traduits par les statistique obtenus lors de cette étude qui montre que 50% des patients ne sont pas d'accord du tout de conditions d'accueil proposé par le service, 25% disent que ils sont juste d'accord et seulement 25% étais parfaitement d'accord que les conditions d'accueil sont d'une bonne qualité.

c. Niveau de présence des indications claires pour s'orienter dans l'enceinte de service

Figure n°6 : Niveau d'approbation de la présence d'indication au sein de service



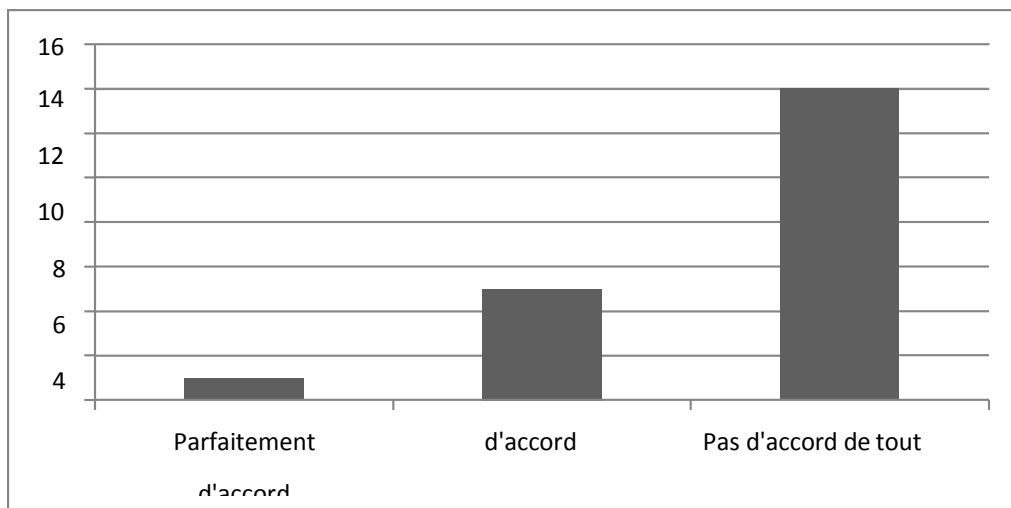
80% des patients étais d'accords et parfaitement d'accord que les indications sont présent au sein de service et c'est facile de s'orienté et de trouvés les différent sales et bureaux cherchés, et seulement 20% étais pas de tout d'accord et jugent que il y'en a un manque de panneaux d'indication au service, en conclusion on constate que les indications sont d'une bonne qualité au sein de service.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

d. Niveau de satisfaction des patients par rapport à leurs chambres

Figure n°7 : Niveau d'approbation sur le niveau de confortabilité des chambres



Ce graphe montre le degré de dégradation des chambres de service, et ceci se traduit par les 70% des patients qui sont pas de tous d'accord que les chambres de service sont confortables, 25% sont juste d'accord et 5% seulement sont parfaitement d'accord que les chambres sont confortables.

Les chambres de service sont d'une mauvaise qualité et les patients nous ont confiés que ils trouvent beaucoup de difficultés chaque jours par rapport à leurs chambres, le service doit revoir sa gestion de ménage et qualités des matelas proposé à ses patients.

e. Satisfaction des patients par rapport à leur sortie de service

Dans cette rubrique on a posés une question aux patients qui ont déjà fréquenté le service et que ce trouve au moment de collecte de données à l'extérieure de l'hôpital.

La question était s'ils ont reçus les informations nécessaires pour leur sortie de l'hôpital (règles concernant le mode de vie, le repos et le travail, l'utilisation de médicaments ou de matériel, les rendez-vous de contrôle, etc.)

Après analyse des résultats, 75% des réponses montrent que les patients étaient parfaitement d'accord et juste d'accord par rapport à la question et seulement 25% ont jugés que les procédures de sortie n'étaient pas vraiment d'une bonne qualité.

Cette analyse montre que le service dispos d'une bonne gestion de sortie par rapport aux clients (patients).

2.1.6. Conclusion sur la qualité des actes récurrents au sein de service

La qualité des activités récurrentes au service doit s'améliorer notamment au niveau de l'accueil et de qualité des chambres proposés aux patients qui jugent que ces derniers ne satisfait

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

en n'aucun cas leurs besoins et trouvent des difficultés à chaque fois lors de leurs visite à ce service.

En résumé, le service hémodialyse de CHU de TIZI-OUZOU doit développer une véritable culture orientée vers le patient : la qualité avec une touche humaine. La raison d'être de l'hôpital est de «servir le patient» et l'hôpital public est au service du public. La proposition formulée dans cette étude vise à contribuer à ce nécessaire changement.

2.2. Compétences

La compétence des professionnels de santé est déterminante pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette étude a pour objectif de faire le point sur la notion de compétence et sur la problématique de son évaluation ainsi que sur ses liens avec la problématique globale de l'amélioration de la qualité et sur l'avancement des démarches sur le sujet au sein de service hémodialyse de CHU de TIZI-OUZOU.

2.2.1. Définition

La compétence des professionnels de santé est déterminante pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

La compétence est définie comme l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide.¹

Compte tenu de son importance, la compétence médical à identifier deux dimensions de la compétence professionnelle à savoir : compétence de métier/technique (savoir-faire) et compétence comportementale (savoir-être).

2.2.2. Type de problème

Un manque de connaissance de métier/technique (savoir-faire) ou de connaissance de comportement (savoir-être) peut conduire à des erreurs et à des conséquences sur la qualité des soins. Ces manques peuvent être patents dans certains cas ou nécessiter une analyse en se demandant ce qu'aurait fait dans cette situation un professionnel normalement compétent.

2.2.3. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'établir le lien entre les compétences techniques, comportementale des médecins/infirmiers et les résultats de soins.

2.2.4. Méthode de l'étude

L'étude a porté sur un questionnaire destiné aux médecins et infirmiers de services.

¹ 1 Commission européenne, 1996

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

2.2.5. La constitution de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 15 médecins/infirmiers du service hémodialyse au CHU TIZI- OUZOU qui s'est présentés lors de la période de l'étude.

Tableau n°5 : Constitution de l'échantillon

Fonction	Nombre d'individus étudiés	Pourcentage
Médecins	7	47%
Infirmiers	8	53%
Total	15	100%

A. Compétences de métier/technique

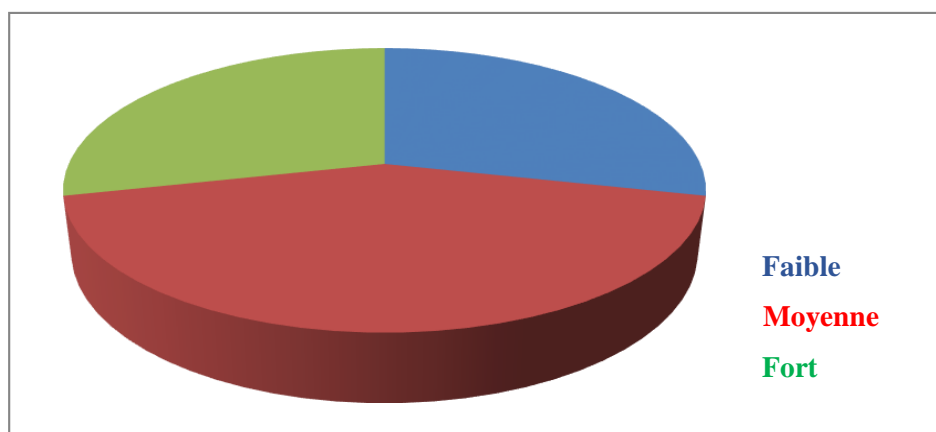
Le Médecin doit être en capacité d'analyser et d'observer attentivement, il/elle doit faire preuve de réactivité, d'adaptabilité et de polyvalence afin d'établir un diagnostic clair et efficace à chaque enchaînement de rendez-vous.

Résultats de questionnaire

Nous présenterons dans les paragraphes suivants les résultats quantitatifs de la présente étude (questionnaire sur le degré de compétences de métier/technique (savoir-faire) des médecins de service) voir l'annexe n° 2.

a. Réussite des interventions réalisées par les médecins

Figure n°8 : pourcentages de réussite des interventions réalisées par les médecins



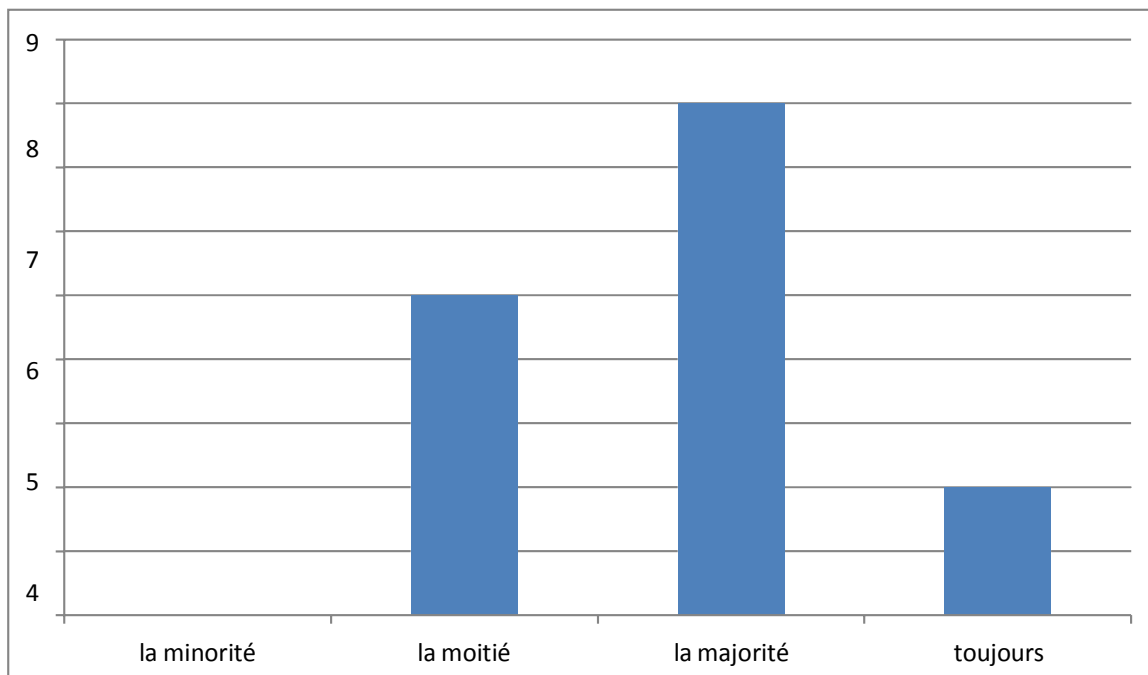
L'analyse des résultats fait ressortir que 50% des interventions faites par les médecins sont réussites, 25% des interventions sont moyennement réussites et 25% sont de faible taux de réussite.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

b. Satisfaire les malades en terme de réduire leurs douleur

Figure n°9 : pourcentage de la réussite des médecins et infirmiers à réduire la douleur des malades



On constate dans cette analyse que 33% des médecins et infirmiers arrivent à réduire les douleurs de la moitié des malades, 53% arrivent à réduire les douleurs de la majorité des malades et 13% arrivent à réduire les douleurs de tous les malades.

c. Mesure de la capacité des médecins/infirmiers d'être à jour par rapport aux évolutions du domaine médical et les nouveaux traitements

Tableau n°6 : réponses des médecins/ infirmiers de leurs capacité de suivre l'évolution du domaine médical et les nouveaux traitements.

Question	fonction	Réponse	
		Oui	Non
Est-ce que vous tenez au courant les évolutions du domaine médical et les nouveaux traitements	Médecins	7	0
	Infirmiers	8	0
TOTAL		15	0

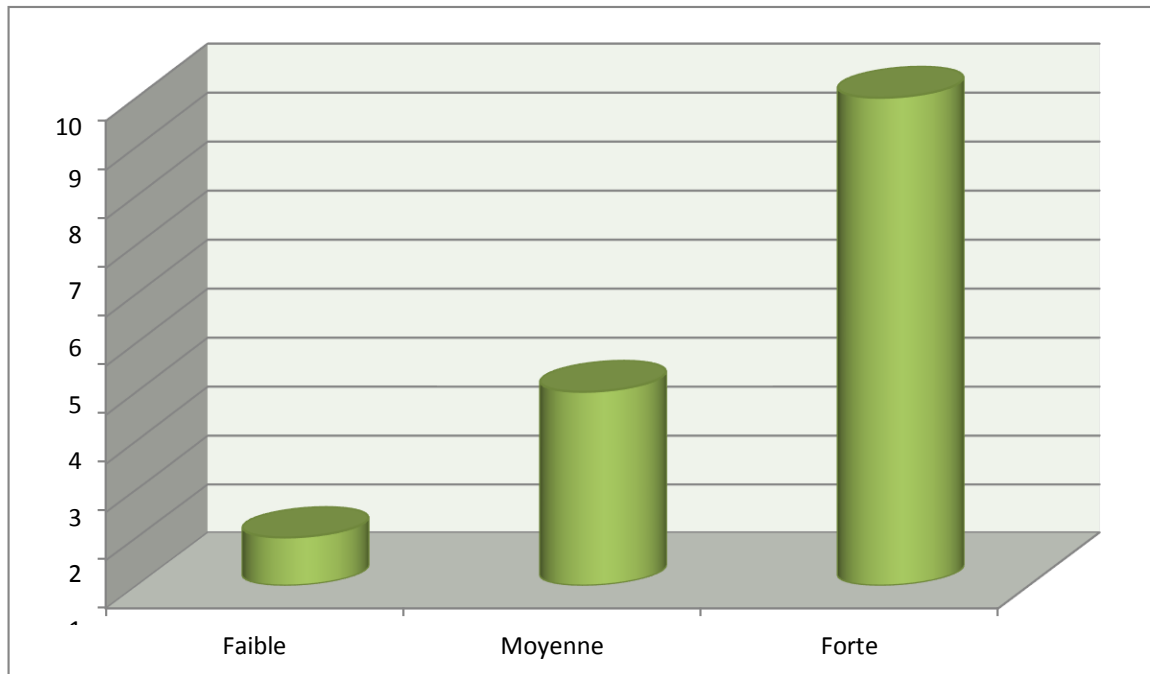
Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

A partir de ce tableau on constate que tous les médecins/infirmiers de service(qui ont participé à ce questionnaire) se mettent à jour pour les évolutions médicales de leur spécialité et arrivent à suivre les nouveaux traitements et méthodes des soins afin de proposer un service d'une bonne qualité et satisfaire les malades dans leurs besoins.

d. Evaluation et mesure des compétences de communications des médecins/ infirmiers

Figure n°10 : mesure des compétences de communications des médecins/infirmiers de service



D'après ces résultats on constate que seulement 1 infirmier dispose de faibles compétences de communication soit environ 7% de la population étudiée, tandis que 93% des médecins/infirmiers ont des moyennes et fortes compétences en communication.

B. Compétence comportementale (savoir-être)

La capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Un Médecin doit faire preuve de qualités humaines, relationnelles et d'une grande résistance psychologique, en parallèle de compétences médicales. En effet, le Médecin est confronté au quotidien aux souffrances et aux détresses des patients, il doit donc savoir gérer ses émotions et son stress, il doit posséder une grande capacité d'écoute et d'empathie, envers le patient et envers son entourage, afin d'établir une relation de confiance. Cette relation de confiance est primordiale dans la relation médecin-patient, afin de permettre au patient de se confier et par conséquent au médecin d'établir le diagnostic le plus adapté à la mala

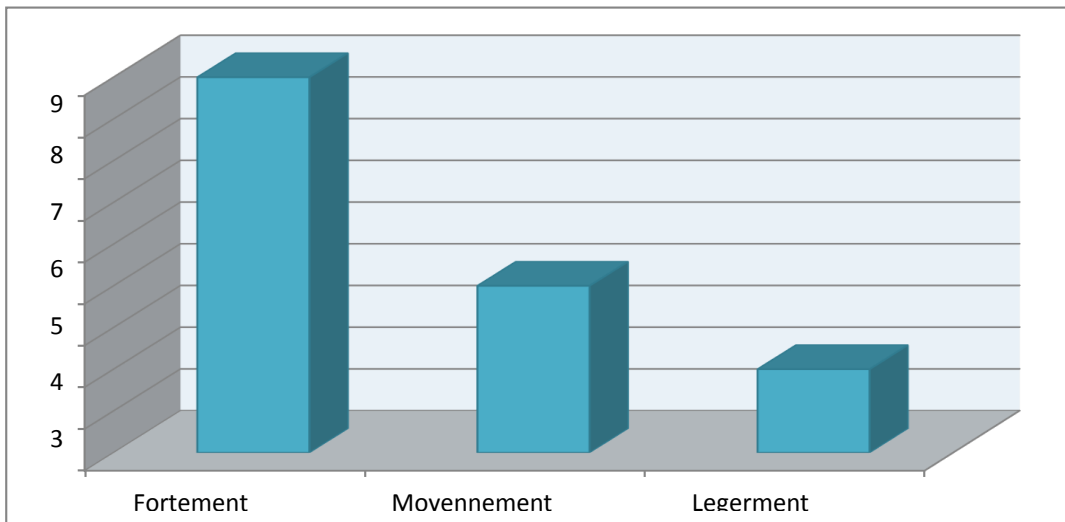
Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Résultats de questionnaire

Nous présenterons dans les paragraphes suivants les résultats quantitatifs de la présente étude (questionnaire sur le degré de compétences comportementale (savoir-être) des médecins/infirmiers de service) voir l'annexe n° 2.

a. Degré de patience des médecins/infirmiers avec les malades

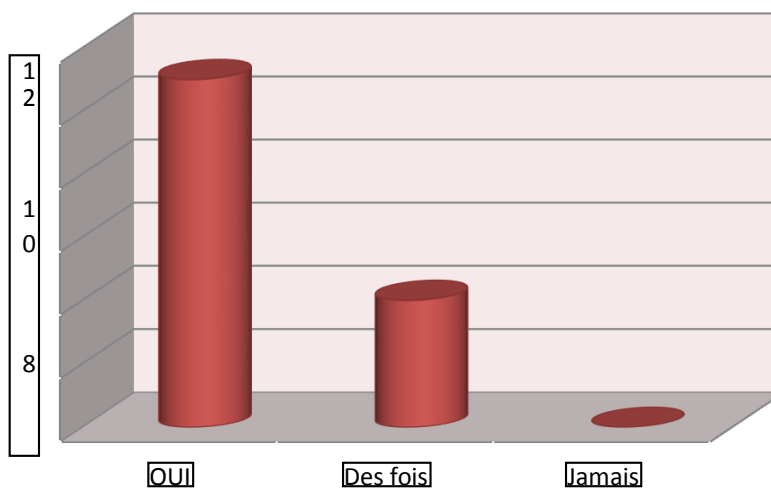
Figure n°11 : Degré de patience des médecins/infirmiers avec les malades



On constate que 9 médecins/infirmiers sur 15 sont fortement patient avec les malades de services soit 60% de l'échantillon, 4 sur 15 sont moyennement patient avec leur malades soit environ 27% de l'échantillon tandis que seulement 13% sont légèrement patient.

b. Degré d'empathie médecins/infirmiers envers les malades

Figure n°12 : Degré d'empathie médecins/infirmiers envers les malades



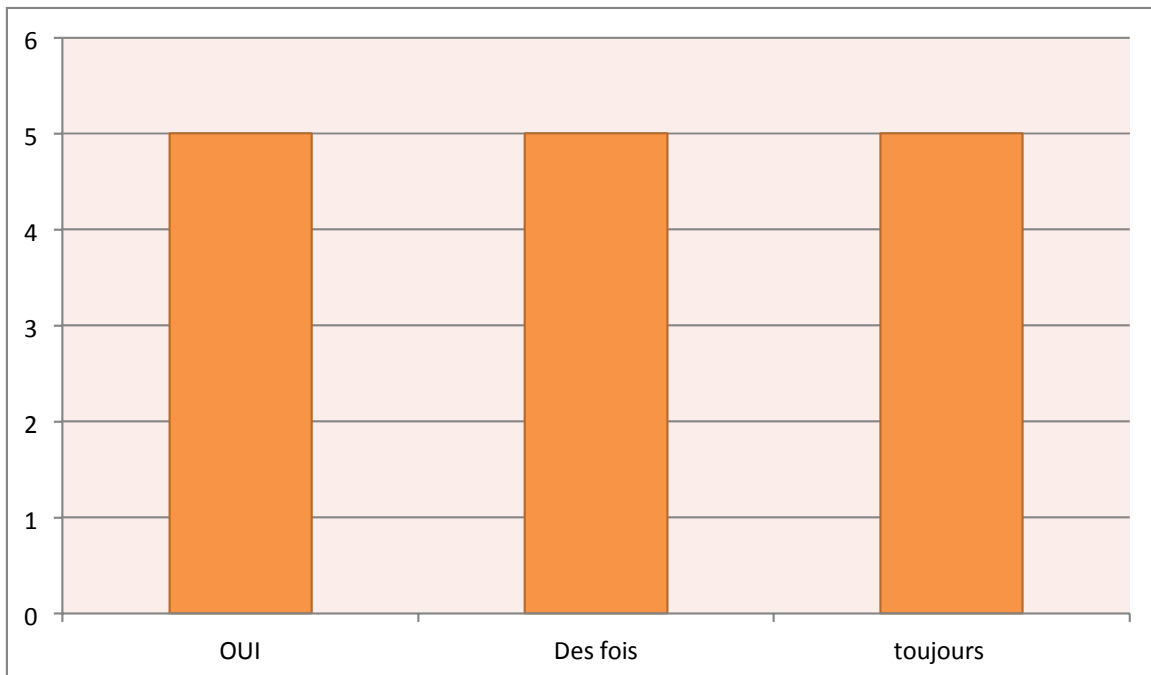
D'après ce graphique on constate que tous les médecins/infirmiers de services ont une empathie envers les malades avec des degrés différents à savoir environ 73% ont toujours de l'empathie envers les malades et 27% ont des fois l'empathie envers les malades.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

c. Le degré de leadership et de la capacité des médecins/infirmiers à prendre des décisions

Figure n°13 : Le degré de leadership et de la capacité à prendre des décisions



Ce graphique nous montre que les médecins/infirmiers ont tous un niveau de leadership différent, 5 sur 15 ont affirmé que ils osent prendre des décisions lorsque il le faut et 5 d'autre ont affirmé que ils n'arrivent pas à prendre ces décisions, et les 5 restant ils affirment que dans 50% des cas ils arrivent à prendre ces décisions et dans les 50% ils n'arrivent pas.

2.2.6. Conclusion sur l'étude de compétence

Après les résultats de notre étude de compétences des médecins de service, on a constaté que le personnel soignant dispose de compétences nécessaires et réponds a la fiche de métiers de ces derniers.

2.3. Organisation

2.3.1. Définition

Le mot «organisation» d'après le dictionnaire Larousse désigne à la fois l'action d'organiser, de structurer, d'arranger, d'aménager.² Une organisation est un ensemble d'individus, regroupés au sein d'une structure régulée, ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but de répondre à des besoins et d'atteindre des objectifs déterminés.³

² <https://www.larousse.fr> consulté le 12/12/2021 à 16h 30min

³ www.techno-science.net consulté le 12/12/2021 à 16h 45min

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

2.3.2. Objectifs de l'étude

- Déterminer les forces et les faiblesses de l'organisation et de savoir sa qualité au sien de service hémodialyse.
- Décrire comment se fait l'organisation au sein de l'hôpital.

2.3.3. Résultats

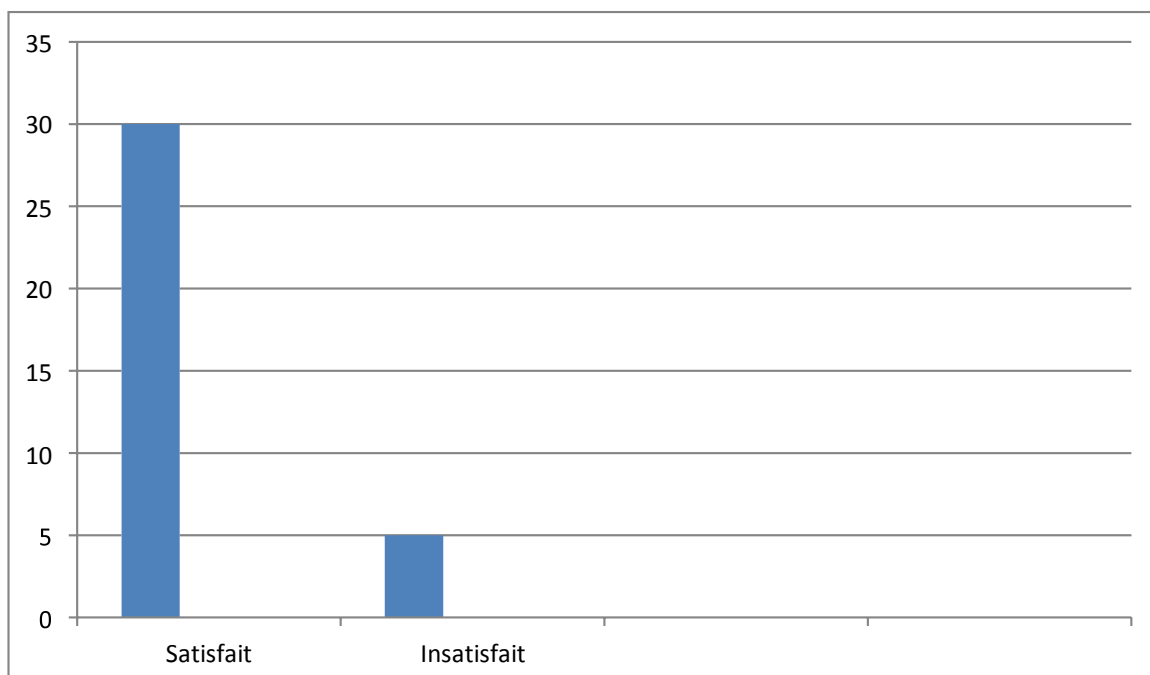
a- L'appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou

Tableau n°7 : L'appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Appréciation de la prise de décisions	Effectif	Pourcentage
Satisfait	30	85.71%
Insatisfait	5	14.29%

L'appréciation générale de la qualité de la prise de décisions à l'hôpital par les fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude révèle que 85.71% de ces fonctionnaires estiment qu'ils sont satisfaits, alors que 14.29% ne sont pas satisfaits.

Figure n°14 : L'appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.



Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

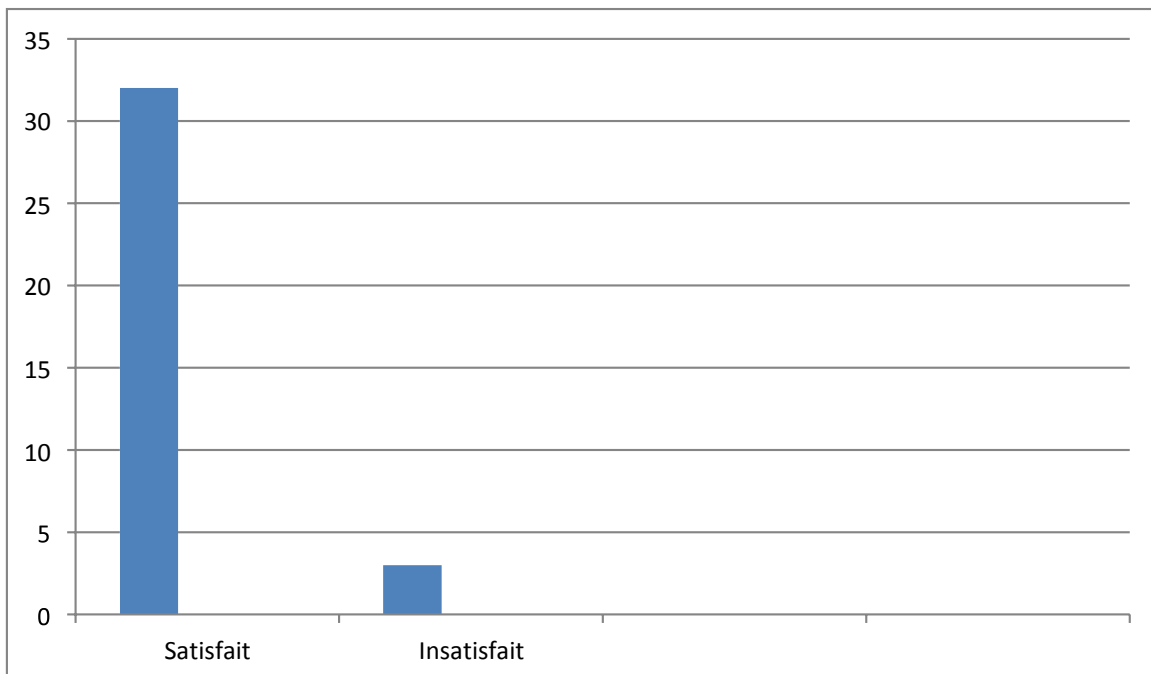
b- L'appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou

Tableau n°8 : L'appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Appréciation de protocole par les fonctionnaires	Effectif	Pourcentage
Satisfait	32	91.43%
Insatisfait	3	8.57%

L'appréciation générale de la qualité de la prise de décisions à l'hôpital par les fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude révèle que 91.43% de ces fonctionnaires estiment qu'ils sont satisfaits, alors que 8.57% ne sont pas satisfaits.

Figure n°15 : L'appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou



Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

c- L'appréciation des ressources du service par les fonctionnaires :

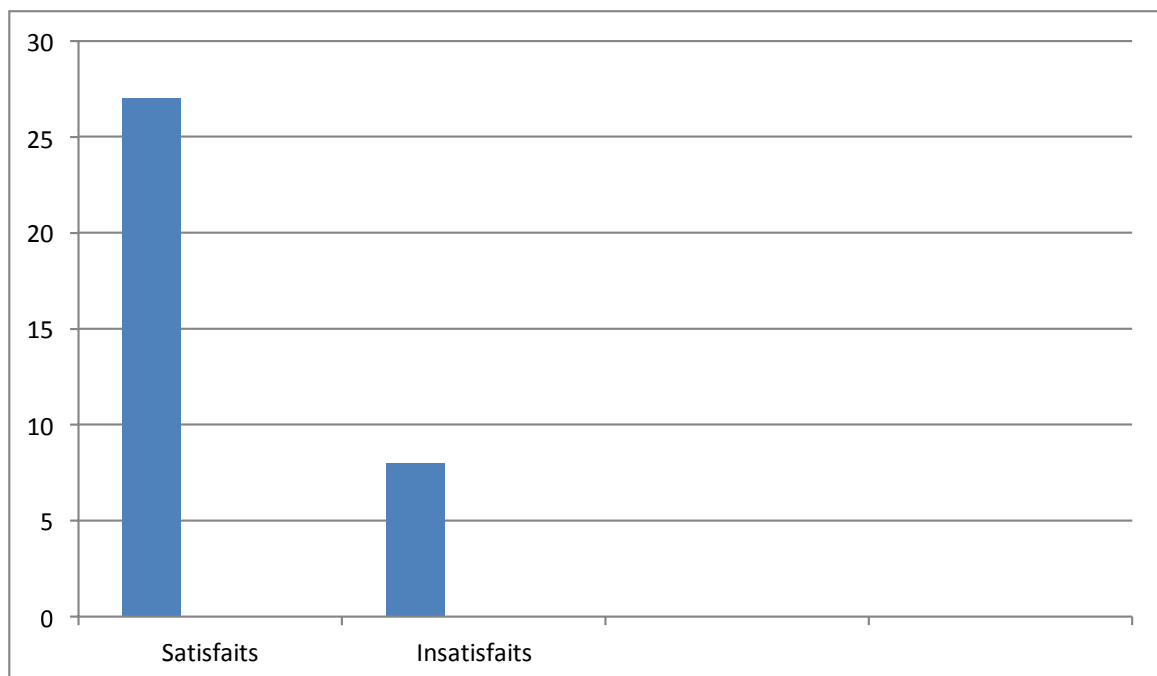
1. Les ressources matérielles :

Tableau n°9 : L'appréciation des ressources matérielles par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Appréciation des ressources matérielles par les fonctionnaires	Effectif	Pourcentage
Satisfait	27	77.14 %
Insatisfait	8	22.86 %

L'appréciation générale de la qualité des ressources matérielles à l'hôpital par les fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude révèle que 77.14 % de ces fonctionnaires estiment qu'ils sont satisfaits, alors que 22.86 % ne sont pas satisfaits.

Figure n°16 : L'appréciation des ressources matérielles par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.



Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

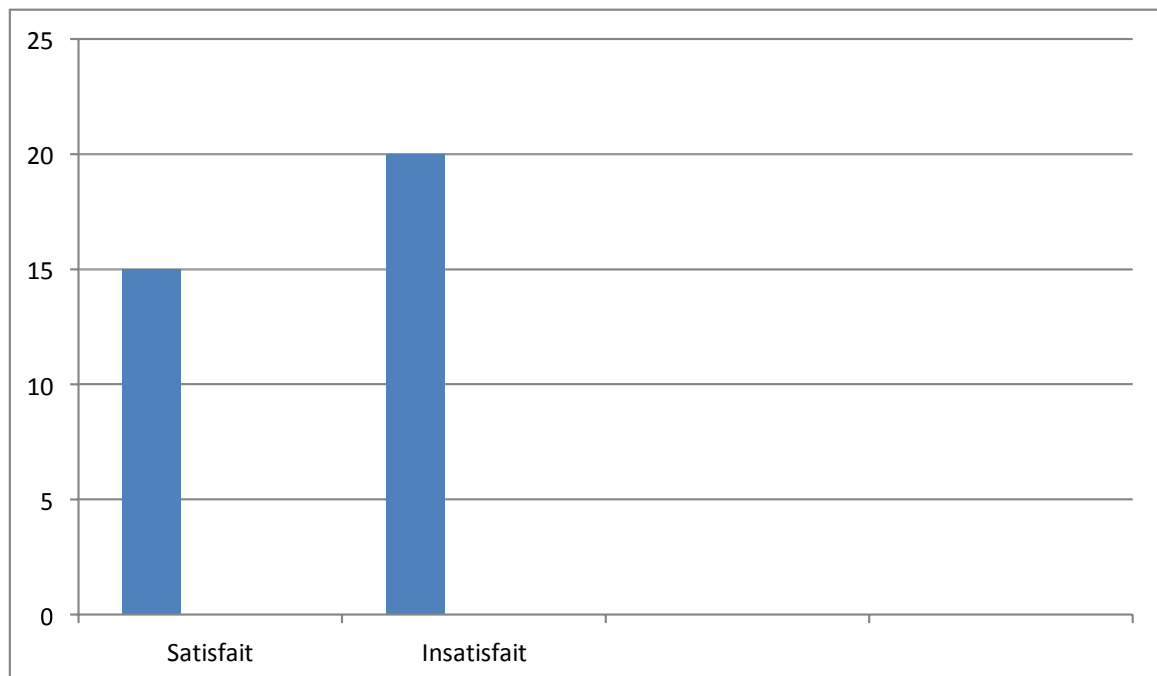
2. Les ressources Humaines

Tableau n°10 : L'appréciation des ressources humaines par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Appréciation des ressources humaines par les fonctionnaires	Effectif	Pourcentage
Satisfait	15	42.86%
Insatisfait	20	57.14%

L'appréciation générale de la qualité des ressources humaines à l'hôpital par les fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude révèle que 42.86% de ces fonctionnaires estiment qu'ils sont satisfaits, alors que 57.14% ne sont pas satisfaits.

Figure n°17 : L'appréciation des ressources humaines par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.



Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

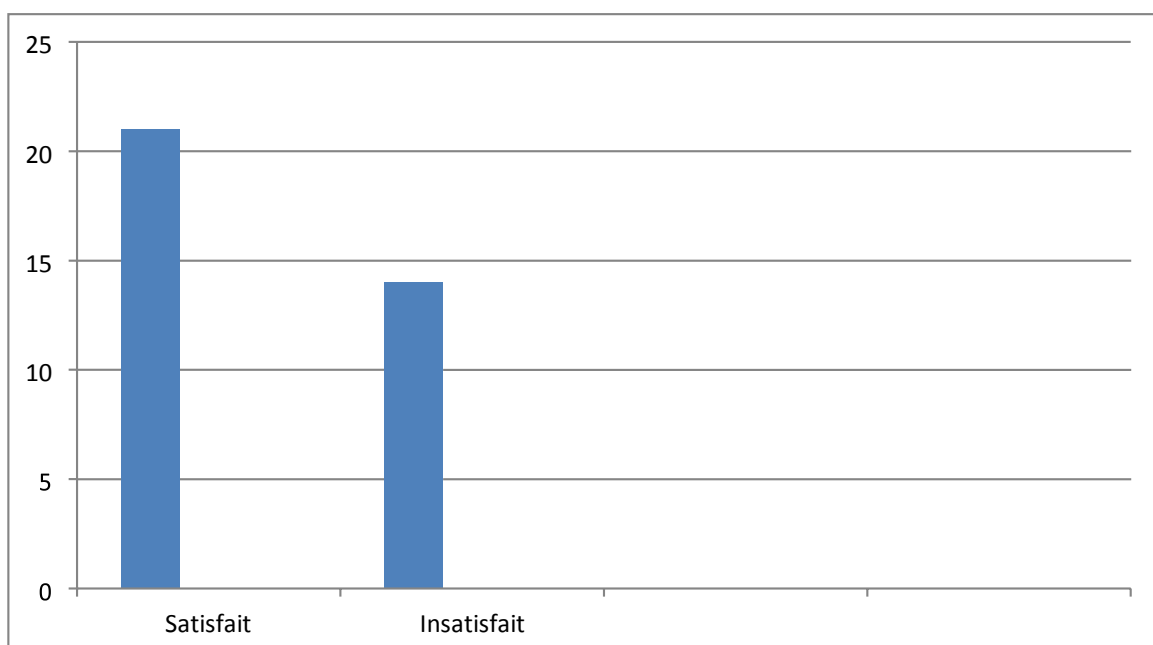
d-L 'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Tableau N°11 : L'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Appréciation globale de la qualité de l'organisation	Effectif	Pourcentage
Satisfait	21	60%
Insatisfait	14	40%

L'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude révèle que 60% de ces fonctionnaires estiment qu'ils sont satisfaits, alors que 40% ne sont pas satisfaits.

Figure n°18 : L'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.



2.3.4. Conclusion sur la qualité de l'organisation

Cette étude avait pour but d'explorer d'abord la qualité de l'organisation hospitalière au CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou ; En effet, l'organisation constitue un des maillons les plus importants dans la chaîne de soins; Notons que 60% seulement des fonctionnaires participants à notre étude jugent qu'il y a une bonne organisation hospitalière au sein de CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Pour conclure nous avons constaté que le facteur essentiel de l'insatisfaction des fonctionnaires de service d'hémodialyse participants à l'étude est le manque des moyens immatériels (l'insuffisance de nombre de personnels).

2.4. Satisfaction des clients externe (patients)

Le secteur de la santé publique est une bureaucratie caractérisée par des pratiques routinières et des procédures lourdes dans les hôpitaux. Les employés sont généralement enclins à accepter le système tel qu'il est plutôt que de remettre en question son inefficacité et ses dysfonctionnements. Dans un environnement instable et un système de santé avec des ressources limitées, qui est la situation de l'hôpital CHU de TIZI-OUZOU, une gestion efficace et efficiente des services de soins de santé s'avère nécessaire.

La qualité des soins du point de vue du patient constitue un aspect important dans le développement des services de santé¹. Plusieurs approches ont été mises en œuvre pour étudier la perception des patients, telles que des boîtes à suggestions, des plaintes formelles ou les méthodes qualitatives. Cependant, les questionnaires de satisfaction sont, sans aucun doute, la méthode la plus couramment utilisée⁴.

2.4.1. Objectifs de l'étude sur la satisfaction des patients

Les enquêtes de satisfaction des patients sont le principal moyen d'apprécier leurs points de vue concernant la prestation des soins de santé.

Dans cette optique, les sondages représentent un outil important pour disposer d'informations nécessaires pour comprendre et évaluer la satisfaction, et c'est pour cela qu'on a opté pour une méthode d'enquête (Questionnaire «De satisfaction des patients hospitalisés » administré aux usagers de services de hémodialyse).

Dans notre étude de satisfaction, l'évaluation est fondée sur l'expérience du patient pendant son séjour à l'hôpital au sein de service d'hémodialyse au CHU de TIZI-OUZOU.

2.4.2. Résultats

Nous présenterons dans les paragraphes suivants les résultats quantitatifs de la présente étude d'enquête (Questionnaire «De satisfaction des patients hospitalisés » administré aux usagers de services de hémodialyse).

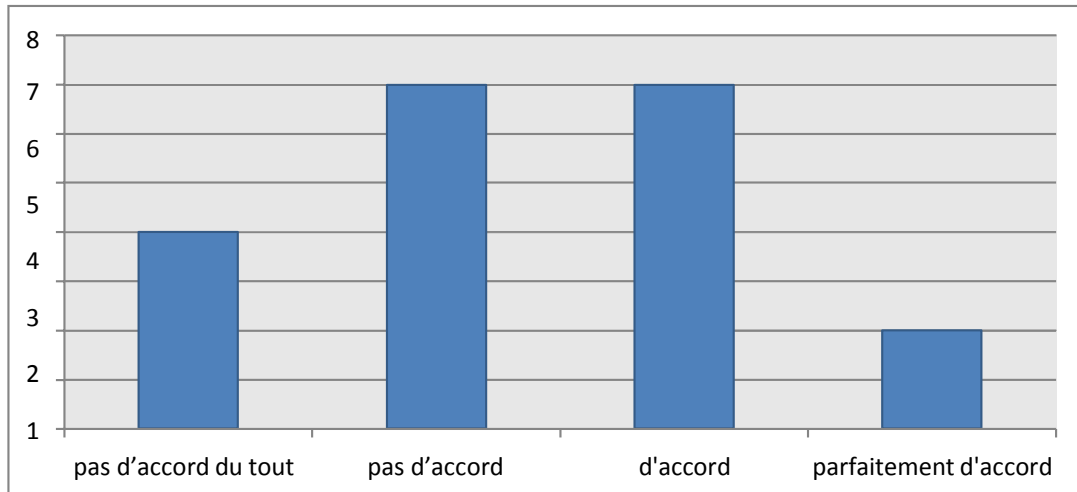
⁴ Rahmqvist M., "Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units", *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 13, no. 5, 2001, p. 385-390
2 Crow R., Gage H., Hampson S. et al., "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health Technol Assess*; 6, 2002, p.1-245

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

2.4.3. Les dimensions de la satisfaction

a. Soins infirmiers

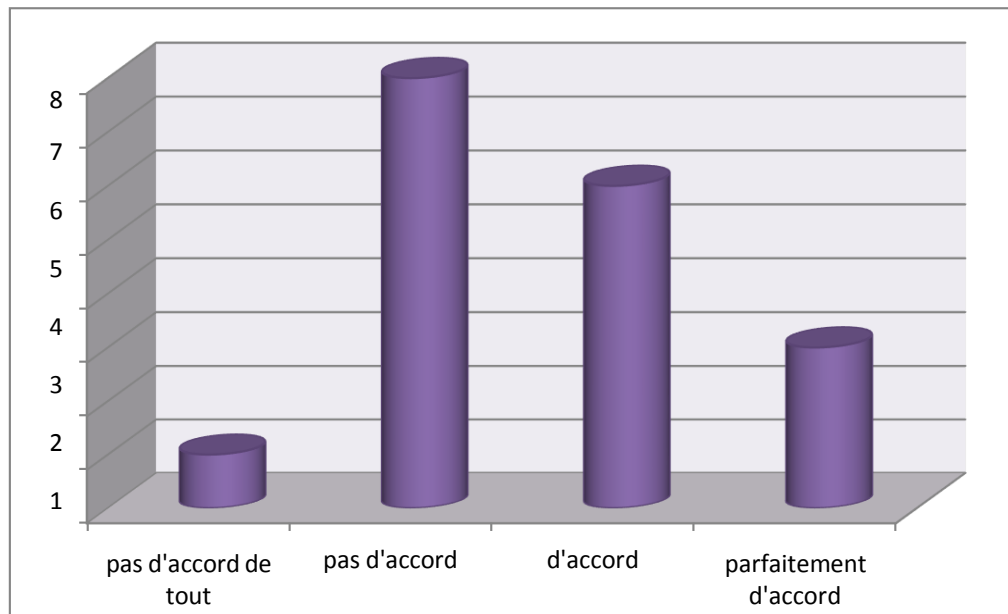
Figure N°19 : des réponses au formulaire, Titre de la question : Dans l'ensemble, vous êtes satisfait des soins infirmiers



20% ont trouvé que les soins infirmiers sont pas de tout de bonne qualité, 35% ont été d'accord, 35% pas d'accord et 10% ont aimé la qualité de soins infirmiers.

b. Le patient en tant qu'individu

Figure n°20 : des réponses au formulaire. Titre de la question : Dans l'ensemble, vous êtes satisfait de la façon dont vous avez été traité à l'hôpital.

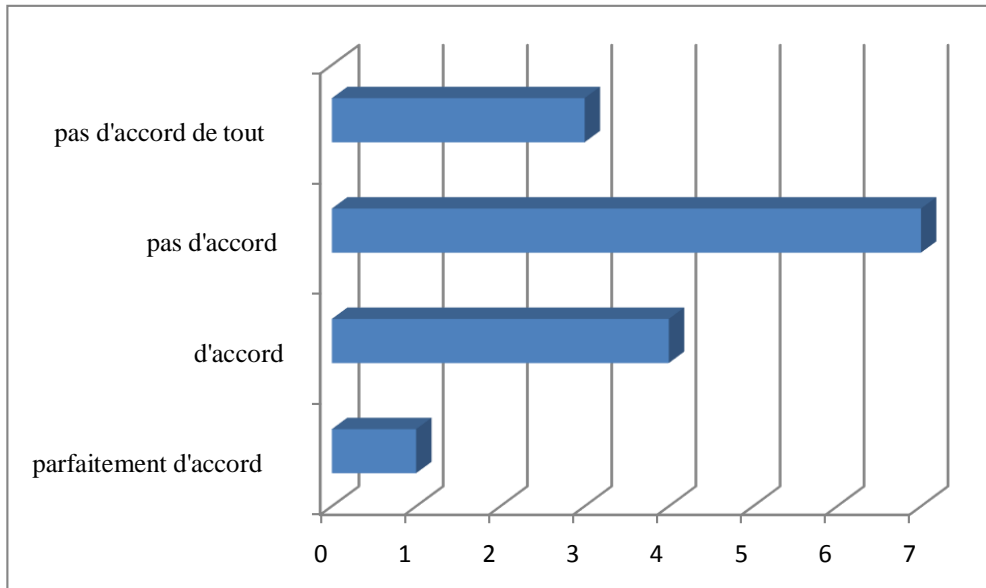


5,6% des patients ont été pas de tout d'accord avec la façon dont ils étaient traités à l'hôpital, 44,4% ont été pas d'accord, 33,3% ont été d'accord et 16,7% ont été parfaitement d'accord.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

c. Environnement

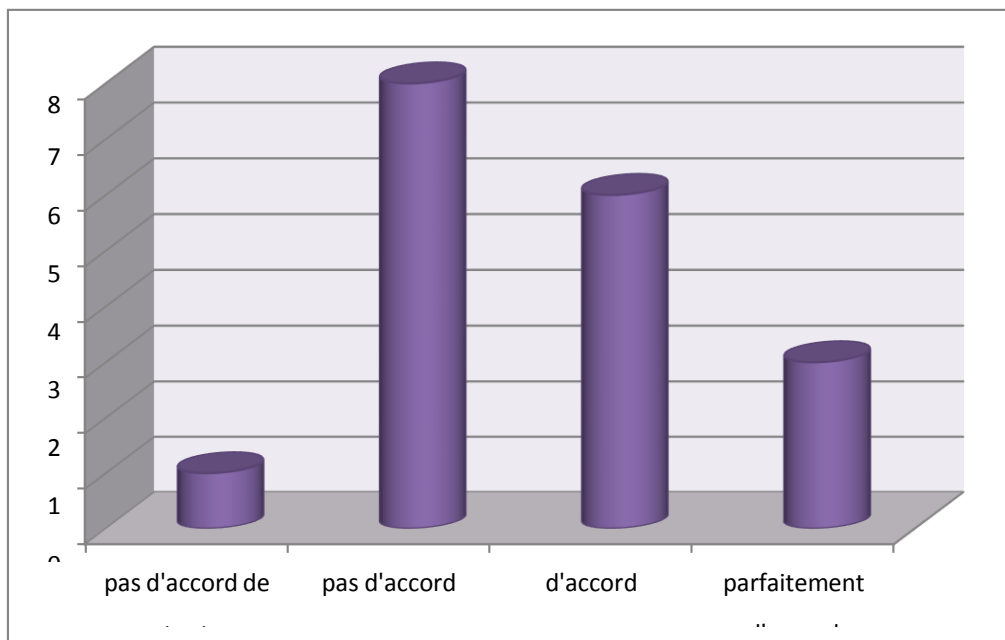
Figure N°21 : mesure de la satisfaction des patients par rapport à leur environnement



On mesurant la satisfaction des patients vis-à-vis de leur environnement, on constate que la tendance s'incline vers un non satisfactions de malades (50% des malades sont pas d'accord et pas satisfait de l'environnement de service au sein de l'hôpital), et seulement 5% de la population étudié était satisfaite.

d. Restauration

Figure n°22 : mesure de la satisfaction des patients par rapport au service de restauration



Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

On mesurant la satisfaction des malades par rapport au service de restauration proposé par le service, on constate que 16/20 des réponses était d'accord que le service est d'une bonne qualité et seulement 4/20 ont affirmés que le service est d'une mauvaise qualité.

e. Appréciation globale

Dans cette rubrique on revient sur l'appréciation globale des malades est ceci à travers trois questions posés au patients de service présent lors la période de collecte de données au sein de service.

En premier temps on a interrogés les patients de service par rapport à leurs expériences dans le service, et on a constaté que 14/20 (soit 70%) était soit pas d'accord ou pas d'accord de tous de leurs expériences et jugent que le service manque de de beaucoup de factures pour satisfaire les besoins des malades, et seulement 6/20 (30%) étai d'accord et parfaitement d'accord de leurs expériences et jugent que leurs séjours étai d'une bonne qualité.

En deuxième temps on a sollicités les patients et leurs demander si ils vont revenir vers l'hôpital si le besoin se faisait sentir, et la majorité des réponses étai défavorable soit 85% ont affirmés que ils vont chercher un autre hôpital si ils arrivent a trouvé un autre, les 15% restant ont répondu favorablement mais si juste par rapport au manque des alternatives.

En fin la dernière question étai de savoir si les patients conseillent se service cet hôpital à leur proches en cas de besoin, les même réponses que la deuxième question ont été constaté, 85% ont affirmés que ils vont jamais conseiller ce service a personnes, et 15% jugent que y'a pas d'autre choix à part ce service.

2.4.4. Conclusion sur la satisfaction des clients externe (Patients)

L'hôpital public est soumis à des pressions importantes : la réforme de la santé, les contraintes financières et l'optimisation des ressources, la discipline budgétaire et la maîtrise des coûts avec l'introduction du Programme-Based Budgeting (budget axé sur les programmes), les critiques du public, la demande croissante de la population et son vieillissement à long terme. L'hôpital a également des contraintes en termes de manque d'infrastructures adéquates, d'équipements, de lits, de personnel infirmier et de médecins. Malgré ces difficultés, le système hospitalier continue à fonctionner. Mais, la question cruciale est de savoir combien de temps ce système pourra résister, si les mesures nécessaires ne sont pas adoptées.

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction

Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Conclusion

Durant notre période de stage au sein de service d'hémodialyse au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou on a pu avoir plusieurs informations concernant la qualité de service, la compétence de son personnel, ainsi que le degré de satisfaction des patients.

Le but de notre stage était de faire une étude pratique pour savoir la qualité des services hospitaliers dans le secteur de santé publique pour enfin tirer une conclusion qui englobe les points positifs et négatifs des quatre maillots essentiels dans la chaîne de soins : les activités récurrents, la compétence de personnels, la satisfaction des clients et l'organisation hospitalière.

Pour conclure, on peut qualifier les services offerts par l'unité d'hémodialyse de CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou de bons en terme de personnel (médecins, infirmier(e)s...), et de mauvais en terme de matériel et d'infrastructures, c'est pourquoi il faut vraiment prendre les mesures nécessaires pour l'amélioration non pas de service d'hémodialyse uniquement mais de tout le service hospitalier afin de satisfaire les patients et de faire fonctionner parfaitement le secteur de santé à Tizi-Ouzou et en Algérie entière qui souffre depuis des années.

L'hôpital actuel Algérien rencontre beaucoup de difficulté à satisfaire la population et le personnel hospitalier. Ce jugement est fondé sur des constats dont la presse se fait l'écho presque tous les jours. La gestion de l'hôpital manque de souplesse et ne favorise pas la responsabilisation des usagers et du personnel parce que jusqu'ici les hôpitaux sont considérés comme de simples services d'une administration centrale chargé d'appliquer des directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés.

La mise en place du NMP dans les établissements publics algériens permet de résoudre certains dysfonctionnements, au niveau des programmes de gestion, mais surtout aussi au niveau de la gestion des ressources humaines, et la réalisation des objectifs. Concernant l'existence de l'audit interne, il reste une fonction à consolider au sein des organismes publics.

Il n'existe pas systématiquement de direction ou de service d'audit interne dans les organisations publiques, cependant un effort des acteurs est fait pour prendre en compte l'audit interne et la maîtrise des risques par d'autres fonctions non spécialisées dans ces domaines, notamment le contrôle de gestion.

Le management des établissements de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de statut et de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes.

Notre problématique de recherche était la suivante : «Comment l'audit participe à l'amélioration de la qualité du management public pour un excellent service aux clients ? A fin de répondre à cette problématique, nous avons structuré notre travail autour de quatre chapitres :

- Dans le premier chapitre nous avons traité les concepts de base liée au management public.
- Le deuxième chapitre nous a permis de présenter les domaines de la sphère publique, puis les concepts de l'audit interne selon IIA, COSO et INTOSAI, et les concepts de contrôle interne dans le secteur public.
- Le troisième chapitre est consacré à présenter quelques éléments concernant le management hospitalier, comme un champ d'analyse de l'organisation hospitalière, d'aborder le modèle organisationnel utilisé concernant ces organisations, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions. Enfin, d'évoquer les caractéristiques et les spécificités de ces organisations.
- Dans Le derniers chapitre, nous avons élaborés des questionnaires que nous avons distribué sur l'ensemble de personnel de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU

Nedir Mohamed de Tizi Ouzou ainsi que sur l'ensemble des patients qui ont consulté le service durant notre période de stage qui va de 15 novembre au 15 décembre 2021.

✓ Résultats

En réponse à notre problématique, nous présentons les résultats obtenus suivants : L'audit peut analyser les points forts et les points faibles du contrôle interne d'une organisation hospitalière, ainsi que des risques liés et des opportunités d'amélioration qui peuvent avoir un impact sur la capacité de service à atteindre ou non ses objectifs L'audit fournit aux organisations hospitalières l'assurance de la suffisance et de l'efficacité des systèmes de soin, il constitue une formidable source d'information prospective.. La mise en place du NMP dans les organisations hospitalières algériennes permet de résoudre certains dysfonctionnements, au niveau des programmes de soin.

Bibliographie

❖ Ouvrages

- 18. LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité ».
- ABBAD J., « Organisation et management hospitalier », Berger levrault, Paris, 2001.
- Amar Anne, Berthier Ludovic, « Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007.
- Carmen Abela, « L'optimisation du pouvoir de l'audit interne dans le secteur public », Rapport de Recherche, canada, 2014.
- Chevallier J., « Le service public », 2ème édition, édition PUF, 1991.
- CHEVALLIER J., « Science administrative », Presses Universitaires de France, Thémis, 1986.
- CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital », les études hospitalières, Bordeaux, 1998.
- Cohen Alain Gérard, « La Nouvelle Gestion Publique : concepts, outils, structures, bonnes et mauvaises pratiques », 3ème édition, Gualino – lextenso, 2012.
- Dominique Pageaud, « La gestion des risques et le contrôle interne dans le secteur public », revue Ernst & Young, 2008.
- Élisabeth Gardère, « Institution communicante et nouveau management public », Communication et organisation, n° 41, 2012.
- Henry Mintzberg: « Le pouvoir dans les organisations », Paris, édition d'organisation, 1986.
- Hervé Boullanger, « L'audit interne dans le secteur public », Revue française d'administration publique, vol.4, n°148.
- Hervé Leteurtre et Michel Vaysse, AUDIT HÔPITAL.
- LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », Dalloz, Paris, 1980.
- M. Cremadez et F. Grateau : « le management stratégique hospitalier » édition Interéditions, 1992.
- Martin Dee, «le vérificateur dans le secteur public: le trait d'union de l'administration publique», télescope, revue d'analyse comparée en administration publique, volume 18, n°3, 2012.

- MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982.
- Schick. P, « Mémento d'audit interne », Edition Dunod, Paris, 2007.
- ZAMPICCOLI L., « Le management public : approches conceptuelles et enjeux de pilotage», Gestion et Management Publics, vol.9, Mai 2011.
- VALLET Guy, L'hôpital citoyen. D.H. mars 1997.

Mémoires et thèses

- GASTE M., « Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour le directeur des soins », mémoire ENSP de directeur des soins, Ecole nationale de santé publique, RENNES, 2004.
- HOLCMAN R., « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », thèse de doctorat, soutenue à l'Université Paris Dauphine, 2008.
- JUILLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique », 2002.
- KRIEF N, « Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public », thèse pour le doctorat de science de gestion, Université Lumière Lyon 2, France, Décembre 1999.
- ROUET J., « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces », mémoire de l'école nationale de la santé publique, soutenu à Rennes, 2006.

Articles

- Amar Anne, Berthier Ludovic, «Le nouveau management public : avantages et limites », Revue du Recemap, Décembre 2007.
- CLEMENT J-M., « Réflexions pour l'hôpital », les études hospitalières, Bordeaux, 1998.
- Crow R., Gage H., Hampson S. et al., "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", Health Technol Assess; 6, 2002.
- DEBROSSE D., « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet ».
- Étienne Minvielle. (2009), Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain, in PierreLouis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).
- HERREROS Gilles, Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. Gestions hospitalières.

- JULLIARD-FOURNIER N., « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins, mémoire de l'école nationale de la santé publique », 2002.
- MARKAOUI Kawtar, Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit, Numéro 7 : Décembre 2018.
- Rahmqvist M., "Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units", International Journal for Quality in Health Care, Volume 13, no. 5, 2001.
- Robert Lindfield Maître de conférences, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Conseiller en santé publique, Public Health England, Royaume-Uni.
- Rôle du management moderne dans le développement des PME Algériennes Dr. Ouassila Hamdaou.
- STEUDLER F., « Vers une nouvelle stratégie hospitalière », journal d'économie médicale, n°3, 1988, pp.231- 234.
- Thierry Nobre, L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements.
- VINOT D. « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation ».

Rapports, Documents et Normes :

- Support de cours, « les domaines de la sphère public », sur le site :esc-alger.dz/contribution_ensgnt/hemiss.
- INTOSAI GOV 9140, Audit interne Indépendance au sein du secteur public, sur le site: <http://www.issai.org>.
- Manuel d'audit Interne pour les Inspections Générales des Ministères, Collège des Inspecteurs Généraux des Ministères (CIGM), sur le site : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM826.pdf,p52.
- INTOSAI GOV 9150, Coordination et coopération entre les ISC et les auditeurs internes au sein du secteur public, AUSTRIA, sur le site : <http://www.issai.org,p35>.
- 6. Institut français de l'audit et du contrôle interne, « De la cartographie des risques au plan d'audit », revue IFACI, 2013.
- accréditation et qualité des soins hospitaliers Christophe Segouin et François Perret.
- REVUE DE SANTÉ OCULAIRE COMMUNAUTAIRE | VOLUME 13 | NUMÉRO 17 | 2016
- Avis n° 2/2004 de la Cour des comptes des Communautés européennes sur le modèle de contrôle unique , (2004/C 107/01).

Sitographie

- https://fr.wikipedia.org/wiki/Management_public
- www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier.
- www.marketing-etudiant.fr.
- <https://www.larousse.fr>.
- www.techno-science.net.

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP	09
Tableau n°2 : Les différentes actions s’inscrivant dans le champ du NMP	10
Tableau n°3 : Distinction entre les différentes procédures suivantes	29
Tableau n°4 : Les caractéristiques organisationnelles de l’hôpital	46
Tableau n°5 : Constitution de l’échantillon.....	68
Tableau n°6 : réponses des médecins/ infirmiers de leurs capacité de suivre l’évolution du domaine médical et les nouveaux traitements.....	69
Tableau n°7 : L’appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d’hémodialyse de l’hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	73
Tableau n°8 : L’appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d’hémodialyse de l’hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	74
Tableau n°9 : L’appréciation des ressources matérielles par les fonctionnaires de service d’hémodialyse de l’hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	75
Tableau n°10 : L’appréciation des ressources humaines par les fonctionnaires de service d’hémodialyse de l’hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	76
Tableau n°11 : L’appréciation globale de la qualité de l’organisation par les fonctionnaires de service d’hémodialyse de l’hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.....	77

Liste des figures

Figure n°1 : Les rôles et les fonctions de l'audit interne	23
Figure n°2 : la cartographie des risques.....	27
Figure n°3 : cycle de l'audit.....	35
Figure n°4 : Niveau d'approbation pour faciliter l'identification	64
Figure n°5 : Satisfactions des patients par rapport aux conditions d'accueil	65
Figure n°6 : Niveau d'approbation de la présence d'indication au sein de service	65
Figure n°7 : Niveau d'approbation sur le niveau de confortabilité des chambres	66
Figure n°8 : pourcentages de réussite des interventions réalisé par les médecins	68
Figure n°9 : pourcentage de la réussite des médecins et infirmiers à réduire la douleur des malades	69
Figure n°10 : mesure des compétences de communications des médecins/ infirmiers de Service .	70
Figure n°11 : Degré de patience des médecins/infirmiers avec les malades	71
Figure n°12 : Degré d'empathie médecins/infirmiers envers les malades.....	71
Figure n°13 : Le degré de leadership et de la capacité à prendre des décisions	72
Figure n°14 : L'appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	73
Figure n°15 : L'appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	74
Figure n°16 : L'appréciation des ressources matérielles par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	75
Figure n°17 : L'appréciation des ressources humaines par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	76
Figure n°18 : L'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	77
Figure n°19 : des réponses au formulaire, Titre de la question : Dans l'ensemble, vous êtes satisfait des soins infirmiers.....	79
Figure n°20 : des réponses au formulaire. Titre de la question : Dans l'ensemble, vous êtes satisfait de la façon dont vous avez été traité à l'hôpital.....	76
Figure n°21 : mesure de la satisfaction des patients par rapport à leur Environnement.....	80
Figure n°22 : mesure de la satisfaction des patients par rapport au service de Restauration	80

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Liste des abréviations	
Sommaire	
Introduction générale	02

Chapitre I : Le management et le fonctionnement des organisations publiques

Introduction.....	06
Section1 : Le management public.....	06
1. Le concept du management public	06
2. Caractéristiques du management public	07
Section 2 : Le nouveau management public	07
1. Les concepts du nouveau management public.....	07
1.1. Les fondements et les avantages du NMP	08
1.1.1. Les fondements et le développement du NMP	08
1.1.2. Les avantages du NMP	10
1.2. Les limites et les dysfonctionnements du NMP.....	11
1.2.1. Les limites du NMP	11
1.2.2. Les dysfonctionnements du NMP.....	12
Section 3 : L’audit et le nouveau management public	13
1. Définition de l’audit.....	13
2. L’audit et le NMP	14
3. La substance de l’audit dans le secteur public	14
Conclusion	14

Chapitre II : L’audit interne des organisations publiques

Introduction.....	18
Section I : les domaines de la sphère publique	18
1. Le secteur public	18
2. Le service public	18
2.1. Vision matérielle du service public.....	19
2.2. Vision organique du service public.....	19
2.3. Principes du service public	19
3. La fonction publique	19

Section II : l'audit interne applicable dans les établissements public	20
1. Les concepts d'audit interne	20
2. Le rôle de l'audit interne dans le secteur public	22
2.1. Surveillance : l'audit interne en tant que source de protection	23
2.2. Information : l'audit interne en tant que source d'enseignements	24
2.3. Prospective : l'audit interne en tant que source de conseils opérationnels	25
3. Les risques lors de la mise en œuvre de l'audit interne dans le secteur public.....	25
3.1. La cartographie des risques.....	26
3.1.1. Zone d'inconfort	26
3.1.2. Zone de veille.....	26
3.1.3. Zone de confiance	26
3.1.4. Zone "d'illusion"	27
Section III : L'audit et l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital	28
1. Les différentes formes d'audit	28
2. La place de l'audit dans la démarche qualité	29
3. Vers un élargissement des perspectives de l'audit hospitalier ?	30
4. La place de la formation dans l'implantation de la culture qualité	31
5. Audit Clinique.....	32
5.1. Cycle de l'audit	33
a. Identifier le thème ou sujet de l'audit	33
b. Définir la norme	33
c. Recueillir les données	34
d. Analyser les données et tirer des conclusions	34
e. Mettre en œuvre des changements.....	34
Conclusion	35

Chapitre III : L'organisation hospitalière

Introduction.....	36
Section 1 : Particularités de la gestion hospitalière	36
1. L'hôpital, une organisation à part	36
1.1. La structure organisationnelle de l'hôpital	37
1.2. L'organisation de la prise en charge des patients	37
2. Gestion de la qualité.....	37
2.1. Utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord	38
2.2. Le management hospitalier : définition et spécificités	38
2.2.1. Définition	38
3. L'organisation hospitalière : une production et des pouvoirs particuliers	40
3.1. L'hôpital : lieu de production de prestations de services.....	40
3.2. L'hôpital : Un pouvoir bicéphale.....	41
3.2.1. Le concept de pouvoir.....	41

3.2.2. Les pouvoirs au sein de l'hôpital	41
3.2.3. Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif	42
4. Le management dans les établissements publics de santé	43
4.1. Caractérisation des établissements publics de santé	43
4.2. Le management et le fonctionnement des établissements publics de santé.....	43
5. Le management hospitalier : enjeux actuels	45
Section 2 : Cadre théorique de l'organisation hospitalière.....	46
1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle.....	46
1.1. Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle.....	47
1.2. Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle.....	48
1.3. La structure de la bureaucratie professionnelle	48
1.3.1. La structure administrative	49
1.3.2. La structure non administrative	50
1.4. Les problèmes de contrôle de la bureaucratie professionnelle	50
1.5. L'organisation hospitalière où la juxtaposition des contraintes.....	51
Section 3 : Contexte organisationnel de l'hôpital.....	52
1. L'hôpital : une organisation complexe	52
1.1. L'hôpital : un monde complexe	53
1.1.1. Le concept de la complexité	53
1.1.2. La complexité à l'hôpital	53
1.2. Les cloisonnements à l'hôpital.....	54
1.3. Les niveaux de la complexité à l'hôpital	54
1.3.1. Complexité de l'activité de soins.....	54
1.3.2. Complexité de l'organisation : structures médicales et structure analytique.....	55
1.3.3. Complexité des relations entre groupes professionnels	55
2. Spécificités de l'organisation hospitalière	55
Conclusion	56

Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction : Cas (service hémodialyse) de CHU Tizi-Ouzou

Introduction.....	58
Section 1 : Présentation de service Néphrologie de l'hôpital CHU TIZI-OUZOU.....	58
1. Présentation de la spécialité « Néphrologie »	58
2. Présentation de service néphrologie.....	59
2.1. Unité hospitalisation transplantation rénale.....	59
2.2 Deux unités d'hémodialyse.....	59
3. Personnels du service	59
4. Organigramme de service	60
Section 2 : Méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du questionnaire	61
1. Objectif de l'enquête.....	61

2. Collecte d'information	61
3. Développement d'un questionnaire de satisfaction	61
4. Structure du questionnaire	62
5. Explication de l'objet du questionnaire	62
6. Echantillonnage.....	62
Section 3 : Evaluation de la qualité au sein de service hémodialyse	63
1. Référentiel.....	63
1.1. Cadre référentiel.....	63
2. Enquêtes de satisfaction des Patients de service hémodialyse.....	63
2.1. Activité (actes récurrents).....	63
2.1.1. Définition	63
2.1.2. Objectif de l'étude.....	64
2.1.3. Méthode de l'étude	64
2.1.4. La constitution de l'échantillon	64
2.1.5. Résultats.....	64
a. Degré d'identification de personnelles d'accueil par les patients	64
b. Conditions d'accueil à l'arrivée au service	65
c. Niveau de présence des indications claires pour s'orienter dans l'enceinte de service.....	65
d. Niveau de satisfaction des patients par rapport à leurs chambres	66
e. Satisfaction des patients par rapport à leur sortie de service	66
2.1.6. Conclusion sur la qualité des actes récurrents au sein de service	66
2.2. Compétences.....	67
2.2.1. Définition	67
2.2.2. Type de problème	67
2.2.3. Objectif de l'étude.....	67
2.2.4. Méthode de l'étude	67
2.2.5. La constitution de l'échantillon	68
A. Compétences de métier/technique.....	68
a. Réussite des interventions réalisées par les médecins	68
b. Satisfaire les malades en terme de réduire leurs douleur	69
c. Mesure de la capacité des médecins/infirmiers d'être à jour par rapport aux évolutions du domaine médical et les nouveaux traitements	69
d. Evaluation et mesure des compétences de communications des médecins/ infirmiers	70
B. Compétence comportementale (savoir-être).....	70
a. Degré de patience des médecins/infirmiers avec les malades	71
b. Degré d'empathie médecins/infirmiers envers les malades	71
c. Le degré de leadership et de la capacité des médecins/infirmiers à prendre des décisions	72
2.2.6. Conclusion sur l'étude de compétence	72
2.3. Organisation.....	72

2.3.1. Définition	72
2.3.2. Objectifs de l'étude	73
2.3.3. Résultats	73
a. L'appréciation de la prise de décisions par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	73
b. L'appréciation de protocole par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	74
c. L'appréciation des ressources du service par les fonctionnaires	75
1. Les ressources matérielles.....	75
2. Les ressources Humaines	76
d. L'appréciation globale de la qualité de l'organisation par les fonctionnaires de service d'hémodialyse de l'hôpital CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	77
2.3.4. Conclusion sur la qualité de l'organisation.....	77
2.4. Satisfaction des clients externe (patients)	78
2.4.1. Objectifs de l'étude sur la satisfaction des patients	78
2.4.2. Résultats.....	78
2.4.3. Les dimensions de la satisfaction.....	79
a. Soins infirmiers.....	79
b. Le patient en tant qu'individu	79
c. Environnement.....	80
d. Restauration.....	80
e. Appréciation globale.....	81
2.4.4. Conclusion sur la satisfaction des clients externe (Patients)	81
Conclusion	82
Conclusion générale	84

Bibliographie

Liste des tableaux et figures

Tables des matières

Annexes

Résumé.