

**UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



Mémoire de fin cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En sciences économiques

Spécialité : Economie de la Santé

Sujet :

**Le processus de la décision d'approvisionnement et d'achat
dans une structure hospitalière**

Cas du CHU de TIZI-OUZOU

Réalisé par :
M^{elle} CHEBILI Dehbia

Dirigé par :
M^{me} SALMI Samya

Soutenu publiquement devant le jury composé de :

Présidente : M^{me} KOLLI Sonia Maître de conférences Classe B, UMMTO

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

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

Date de soutenance : 21/03/2019

Promotion : 2017-2018

Remerciements

C'est avec enthousiasme le plus vif et le plus sincère que je remercie Dieu le tout puissant de m'avoir aidé et guidé durant les périodes difficile que j'ai subies et tous ceux qui m'ont aidé à mener à bien ce mémoire

Mes remerciements les plus sincères vont à M^r SALMI Madjid professeur de l'université de Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, responsable de notre spécialité, pour ses conseils, ses encouragements et ses orientations.

Je remercie du plus profond du cœur M^{me} SALMI Samya ma directrice du mémoire pour avoir dirigé ce travail. Je lui suis reconnaissante pour le temps précieux qu'elle m'a accordé, pour ses conseils avisés et son écoute qui ont été prépondérants pour la bonne réussite de ce mémoire.

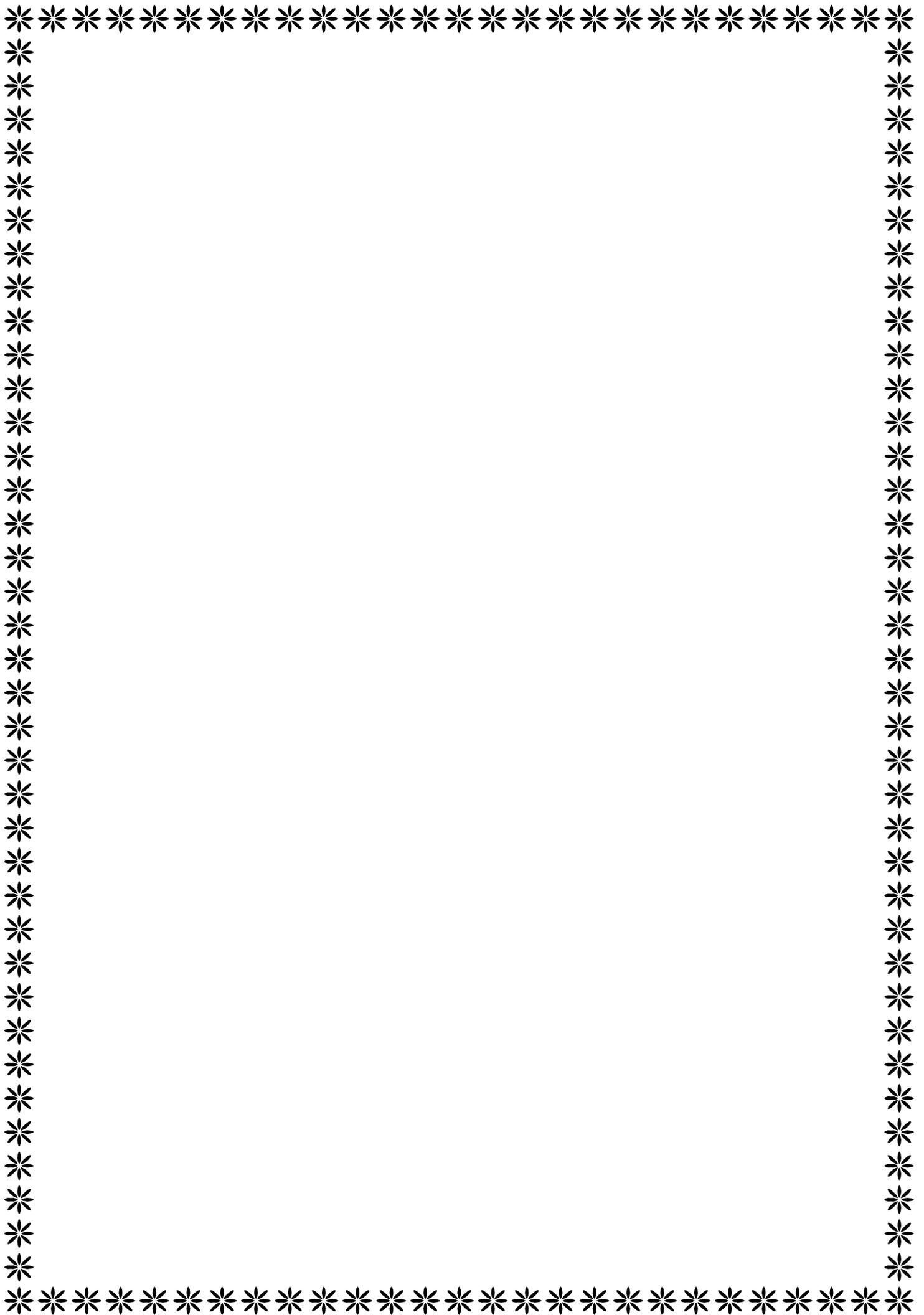
Qu'il me soit permis aussi d'exprimer mes remerciements à M^r DAHAK Abdennour pour ses conseils.

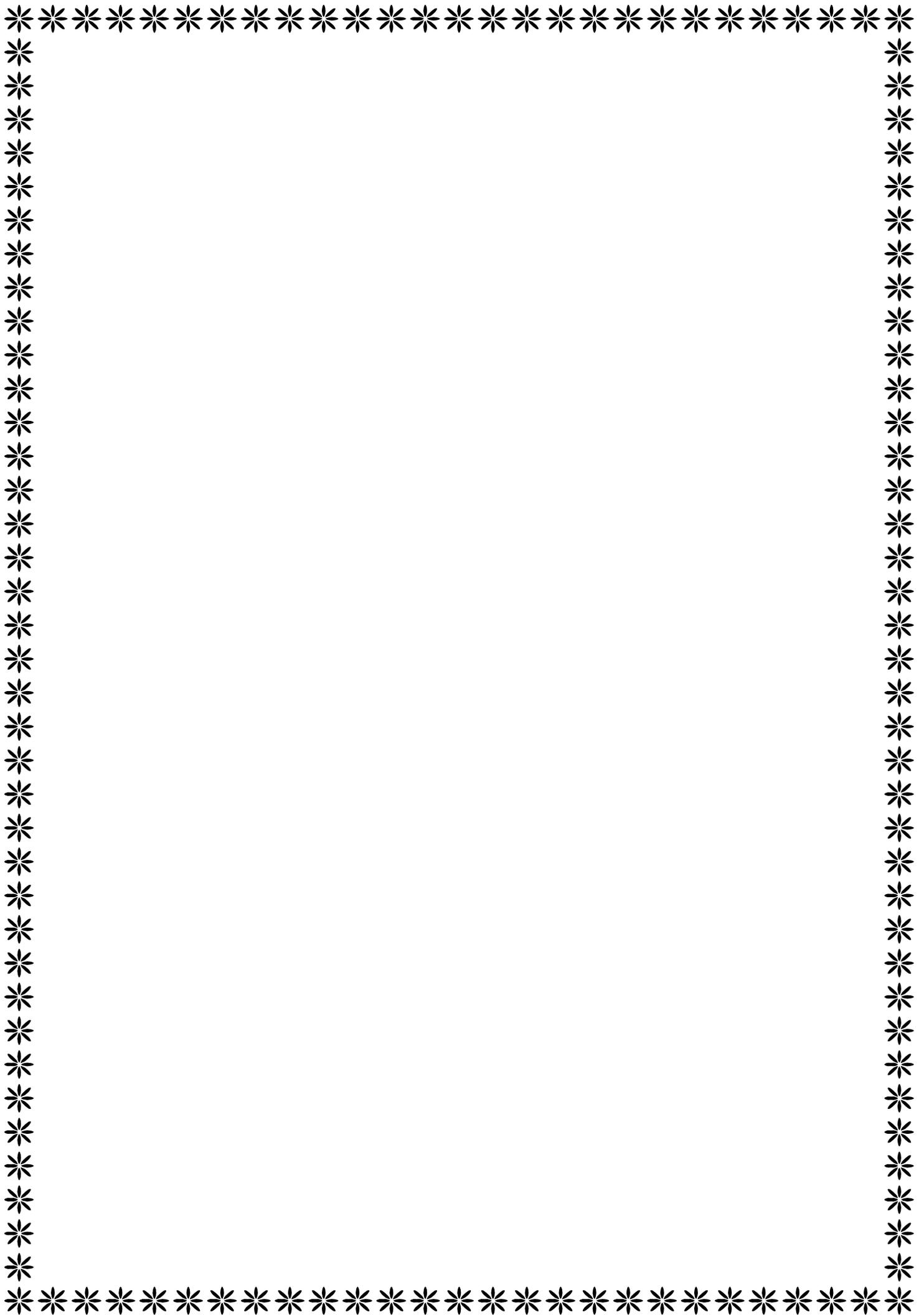
Mes vifs remerciements vont également aux membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepter d'évaluer mon travail.

Je remercie également M^{me} BEN TAHAR la directrice de la direction des finances et de contrôle du CHU de T-O, M^{me} DALI la directrice de la sous direction des services économiques du CHU de T-O, M^{me} ATTAB la directrice de la direction des moyens et matériels du CHU de T-O et M^{me} KASDI la secrétaire générale du CHU du T-O, qui m'ont accordé un peu de leur temps lors de l'entretiens, sans quoi la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Je tiens à remercier vivement tous mes enseignants pour leurs précieux conseils tout au long de ce master.

Enfin, merci pour toute personne de bonne volonté ayant apporté sa contribution à la réalisation de ce travail de recherche de diverses manières.







Dédicace

Je dédie ce modeste travail en signe de reconnaissance et de respect :

A mes très chers parents, que dieu les garde pour nous le plus longtemps possible

A mon frère aîné Madjid qui a consenti beaucoup de sacrifices pour me voir réussir

A mes très chers frères : Farid, Rachid, Mohamed

A mes très chères sœurs: Malika, Djamila, Karima, Fatima

A mes belles sœurs : wassila, Nadia

A mes neveux : wassim, Aris

A mes nièces : Aya, Sidra

A mes beaux-frères : Hocine, Nacer, Amine, Amrane

Résumé

L'hôpital est un élément clé de tout le système de santé, c'est une organisation inscrite dans un environnement spécifique confronté à des mutations et changements profonds, il est l'un des systèmes les plus complexes. C'est un lieu de pouvoir et de différenciation, caractérisé par une double ligne hiérarchique, médicale et administrative qui engendre des rapports de pouvoirs complexes et conflictuels. La décision est un acte essentiel du management, suit un processus long et complexe, sa résolution nécessite le recours au système d'informations et à l'intuition du décideur. Compte tenu de l'importance de cet art, la décision d'approvisionnement et celle de l'achat à soucier une part importante des travaux de recherches en management de la santé dans le but d'atteindre la performance.

Mots clés :

Hôpital, management hospitalier, décision, approvisionnement.

Abstract

The hospital is an element Key to the entire system of Health, it is a an organization registered in a specific environment with profound mutations and changes, it is one of the most complex systems. This is A place of power and differentiation, characterized by a double hierarchical line, Medical and administrative Generates de Complex Reports and conflicting powers. The decision is an essential act of the Management, follows a process Long and complex, its resolution requires the use of the system of information and the decision maker's intuition. Account Held the importance of this art, the decision of supply and that of the Purchase to care for an important bys Research work in health management in order to reach The Performance.

Keywords:

Hospital, hospital management, decision, supply.

مستخلص البحث

المستشفى عنصر مفتاح النظام الصحي بأكمله، وهو منظمه مسجله في بيئة معينه مع طفرات وتغييرات عميقة، وهي واحده من أكثر النظم تعقيدا. زد علي ذلك فهو مكان للسلطة والتمايز، يتميز بخط هرمي مزدوج الطبي و الإداري الأمر الذي يؤدي إلي إنشاء تقارير معقده ومتضاربة فيما يخض السلطة و الحكم. القرار هو العمل الأساسي للإدارة، يتبع عمليه طويلة ومعقده، وقرارها يتطلب استخداما لنظام المعلومات والحدس الذي يعتبر صانعا للقرار. نظرا لأهمية هذا الفن، فان البحوث الإدارية الناشئة في الميدان الصحي أولت أهمية قصوى لقرار التمويين وقرار الشراء من أجل التوصل إلي الأداء و النتائج المرغوب فيها.

الكلمات المفتاحية :

المستشفى، أداره مستشفى، قرار، تمويين

Agzil n tmaziyt :

Sbiṭar d yiwet gar tsura n ukala a adawsan. D yiwen n uferdis yeḥdan s waṭas, yeḥḥur d imgaraden d yembaddalen d ilqayanen. Sbiṭar d adez n udabu d yisefrane iteddun Ḥef leḥsab n tyuga- agi : tadbelt d tujjya. Awal n taggara d iggi agejdan, n useddu n temsal, tifat tehwaḡ allalen atvaren n taywalt d wayen iṣsan deg yihulfan n win ara yetṭfen ṛṛay n taggara.

Asseddu iwatan n sbitarat ilaq ad yili d tazuri akken ad yili umtawi gar tujjya d tdamsa.

Awalen n tsura:

Sbitar, deyyef sikser, asekrer, taḤtest.

Listes des tableaux

Tableau n° 01 : L'organisation selon diverse auteurs.....	4
Tableau n° 02 : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital.....	8
Tableau n° 03 : Les phases de processus de décision selon Schwenk	42
Tableau n° 04 : Les caractéristiques de décideur adaptées aux types de rationalité.....	47
Tableau n° 05 : Les besoins d'information satisfait par le SIH.....	49
Tableau n° 06 : Les processus de la logistique hospitalière.....	54
Tableau n° 07 : Les principales tâches incombées à l'approvisionnement.....	57
Tableau n° 08 : L'évolution du budget globale du C.H.U de T. O entre 2015/2017	106
Tableau n° 09 : L'évolution et la répartition au niveau ministériel des dépenses de fonctionnements par chapitre du C.H.U de T. O entre 2015/2017.....	109
Tableau n° 10 : La répartition du budget de fonctionnement de 2017 entre les directions CHU de T-O.....	111

Listes des figures

Figure n° 01 : Les composantes internes de l'organisation.....	6
Figure n° 02 : L'organisation en tant que système.....	7
Figure n° 03 : La bureaucratie professionnelle : socle de la structure hospitalière.....	13
Figure n° 04 : Le processus managérial.....	27
Figure n° 05 : Les composantes du management stratégiques.....	30
Figure n° 06 : Modèle décisionnel de Mintzberg, Raisighani et Théorèt.....	43
Figure n° 07 : La part de la logistique dans le budget global selon CHOW et HEAVER.....	55
Figure n° 08 : Les modalités de la définition des besoins par le pouvoir adjudicateur.....	66
Figure n° 09 : Distinction entre le processus achat et approvisionnement.....	70
Figure n°10 : La spécificité de l'achat public et la complexité de ce système au milieu hospitalier.....	77
Figure n°11 : La problématique de recherche.....	85
Figure n°12 : Les objectifs de recherche.....	86
Figure n°13 : L'évolution du budget globale du C.H.U de T. O entre 2015/2017.....	106
Figure n°14 : L'évolution la répartition du budget de fonctionnement du C.H.U de T-O entre 2015 et 2017.....	110
Figure n°15 : La part des directions du CHU de T-O dans le budget de fonctionnement de 2017.....	112

.

Liste des signes et abréviations

AFNOR : Association Française de Normalisation

ARS : Agence Régional de Santé

ASLOG : Association des logisticiens d'entreprises

CERTA : Centre d'Etude et de Recherche et de Traitement des Additions

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CMP : Code des Marchés Publics

GHM : Groupe Homogène de Malade

MPS : Ministère de la Santé Publique

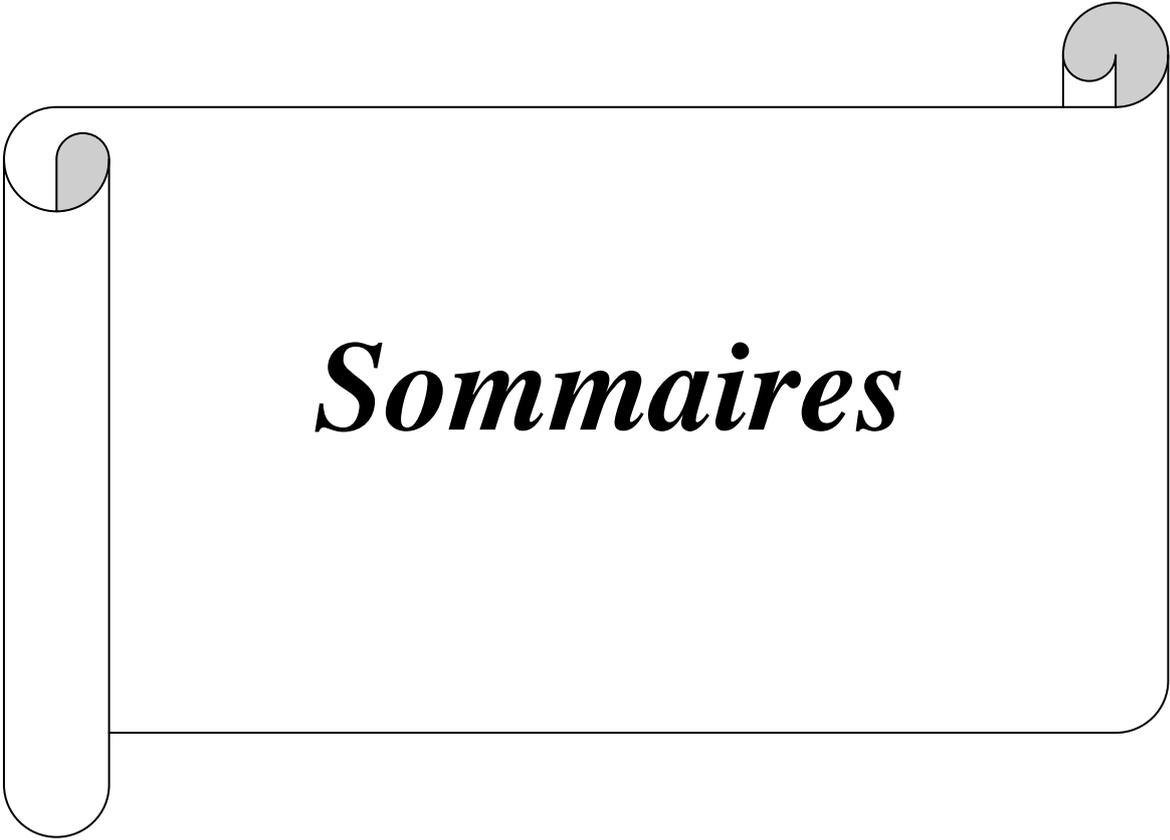
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

SIAD : Système Interactif d'Aide à la Décision

SIH : Système d'Information Hospitalier

T-O : Tizi-Ouzou

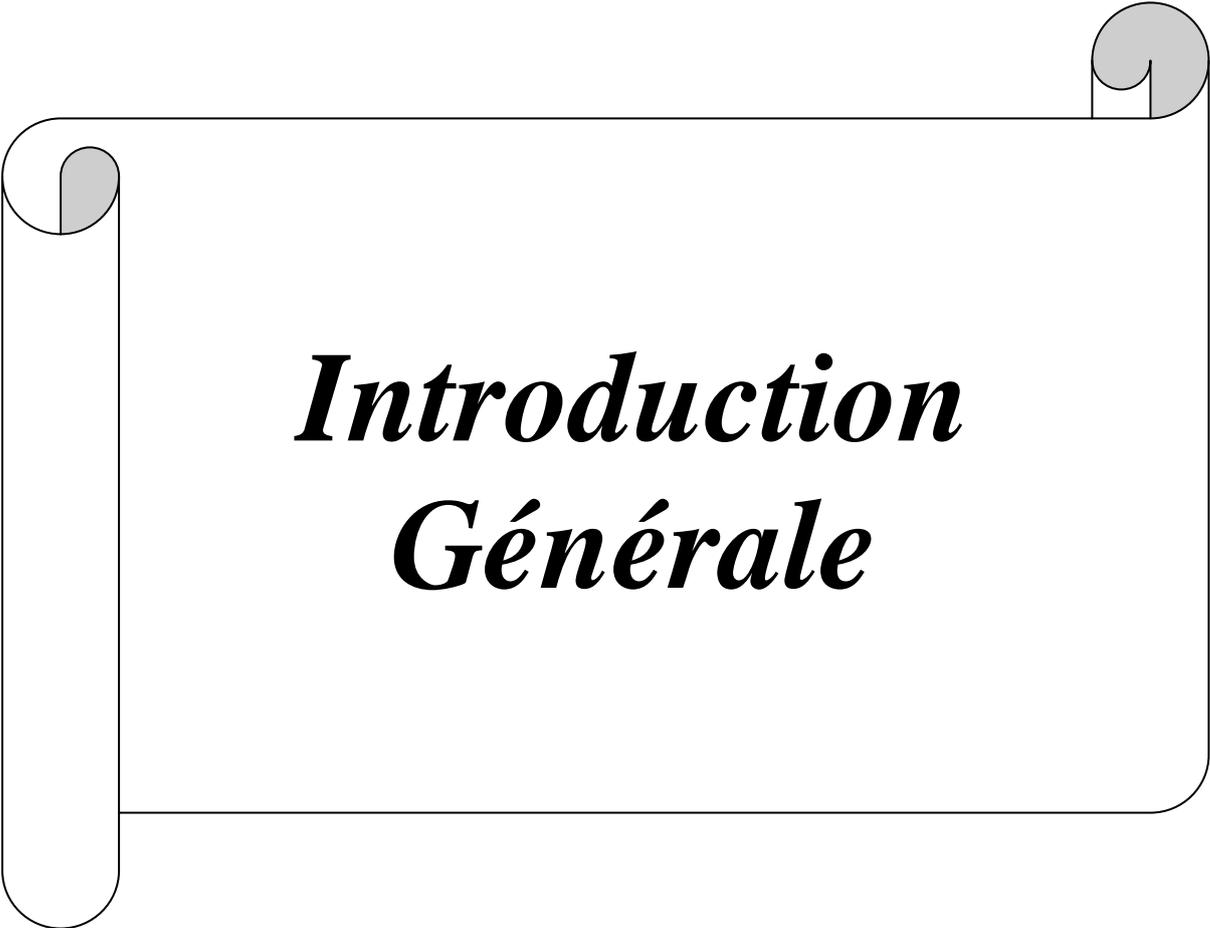
UE : Union Européenne



Sommaires

Sommaire

Introduction général.....	A
Chapitre I : L'organisation hospitalière : de la complexité au management.....	1
Introduction.....	2
I-1 L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle.....	3
I-2 La complexité et l'exercice du pouvoir à hôpital.....	13
I-3 Le management à hôpital.....	23
Conclusion.....	34
Chapitre II : Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital.....	35
Introduction.....	36
II-1 Le processus décisionnel au milieu hospitalier.....	37
II-2 De la logistique hospitalière à la logistique approvisionnement.....	51
II-3 L'achat public hospitalier.....	68
Conclusion.....	82
Chapitre III : La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O.....	83
Introduction.....	84
III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	85
III-2 L'organisation et la gestion administrative du CHU de T-O.....	92
III-3 Analyse et interprétation des résultats.....	103
Conclusion.....	120
Conclusion générale.....	122
Bibliographie.....	127
Annexes	
Table des matières	



***Introduction
Générale***

INTRODUCTION GENERALE

Selon Etienne Minvielle : « *Le management de la santé est un champ disciplinaire assez proche de celui de l'économie de la santé. Si ces champs ont en commun le souci d'établir des choix dans un univers de contraintes sur ressources mobilisées, donc un souci d'optimisation des ressources, le management se situe à un niveau d'analyse plus fin. Le management étudie la « boîte noire » dans laquelle l'économie viendra puiser des enseignements pour développer son analyse* »¹

L'hôpital est un élément clé de tout système de santé², une structure à buts et acteurs multiples inscrite dans un environnement spécifique³, une organisation complexe, il est même décrit comme l'« *un des systèmes les plus complexes de nos sociétés contemporaines* »⁴.

Le modèle de la bureaucratie professionnelle développé par Mintzberg en 1982 a été considéré comme un cadre de référence pour l'analyse des hôpitaux⁵. Celle-ci est une forme de structuration de l'activité caractérisée par une séparation entre les professionnels et les non professionnels ayant une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent⁶. Elle apparaît dans un environnement complexe et stable. Elle est marquée par l'existence de deux pouvoirs : d'une part, le pouvoir administratif constitué par le directeur et le conseil d'administration, il est situé au sommet stratégique, et d'autre part, le pouvoir médical constitué de professionnels de santé, il est situé au centre opérationnel.

Le milieu hospitalier est à la fois sensible et complexe : sensible car ses activités s'intéressent à la fois à la santé et à la préservation de la vie humaine, complexe car son organisation et son fonctionnement confrontent plusieurs pouvoirs d'où une multitude de centres de décisions, ainsi, cette complexité peut être reflétée par le fait qu'il s'agit des ressources rares qui ont leurs propres objectifs et des décideurs multiples⁷.

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

² El KARTA, Boubaker. *Gouvernance hospitalière : cas du centre hospitalier régional Souss-Massa- Draa (CHU- SMD)*. Mémoire. Management des organisations sanitaires. Rayoume du Maroc : Ecole Nationale de Santé Publique, 2013, p. 8.

³ STUDLER, François. *Le management hospitalier de demain : approche sociologique*. *Revue hospitalière de France*, Mars- Avril 2004, n° 497, p. 43-52.

⁴ KRIEF, Nathalie. *Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective*. *Revue@ gestion des ressources humaines*. Février 2012, n°3, p.34-67.

⁵ CROZ, Paul., Kaanich, Asma., LIENARD, Jean. *Nouvelle gouvernance à hôpital, recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines*. *Revue politique et management publique*, Février 2008, vol 26, p. 31-52.

⁶ BOUADI, Sonia. *Le projet d'établissement hospitalier :un nouvelle instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain AL Hammam*. Mémoire de Magister. Science économiques. Tizi-Ouzou : université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, Année, p. 1.

⁷ BEN KAHLA-TOUI, Imen. *Gestion des risques et aide à la décision dans la chaine logistique hospitalière : cas des blocs opératoires du CHU Sahloul*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Lille : école centrale de Lille, 2011, p. 26.

INTRODUCTION GENERALE

L'hôpital est un lieu de pouvoir et de différenciation. En effet, les compétences et le savoir professionnels confèrent au corps médical un pouvoir et lui assurent une autonomie complète dans la structure hiérarchique ce qui engendre son cloisonnement. Par conséquent, ce type d'organisation rend la prise de décisions difficile et constitue un obstacle pour le suivi des stratégies.

Le management est un ensemble universel de fonctions, il s'agit de *prévoir, d'organiser, de commander, de coordonner et de contrôler*¹. C'est une activité complexe dont la qualité dépendra de la cohérence que chaque dirigeant aura su établir entre ces différentes composantes² d'où l'importance du facteur humain.

A la différence du management des entreprises, le management des organisations de santé, précisément celui de l'hôpital public présente des particularités du fait qu'il est spécifique notamment en matière de missions et de ses rapports avec l'environnement et qu'il s'agit d'une structure complexe où intervient plusieurs acteurs.

« *La décision est tout simplement un moment dans un processus permettant l'évaluation d'alternatives permettant l'atteinte d'un objectif* », elle constitue la partie cruciale du travail du dirigeant³. A l'hôpital, face à l'autorité des médecins et à l'incertitude, ce processus est extrêmement complexe. Pour palier à cette complexité, les dirigeants font recours au système d'information qui leur sert comme outil d'aide à la décision et à leurs intuitions dans des cas particuliers mais leurs capacités cognitives sont limitées.

La logistique « *est un ensemble d'activités, de conception, de planification permettant l'achat, la gestion des stocks et le réapprovisionnement des biens et services entourant la prestation des services médicaux*⁴ ». Celle-ci contient un aspect technique et managérial auquel BOYER ajoute la logistique de soutien⁵. En effet, la logistique d'approvisionnement permet l'achat et l'acquisition des besoins qui incombent à la charge de l'hôpital afin d'assurer son fonctionnement.

La définition du besoin d'un marché par le pouvoir adjudicateur est un préalable guidé par les principes fondamentaux de la commande publique, ce besoin sous-tendu par des choix

¹ BURNIER, Clara. (Sans titre). Mémoire de recherche. Ecole de commerce de LYON, 2015, p.11.

² CLAUDE GASTE, Marie. *Les indicateurs d'activité en soins infirmiers : outil de management stratégique pour un directeur de soin, MYTHE OU REALITE*. Mémoire. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, p. 20.

³ NAFFAKHI, Haïfa. *Equipe entrepreneuriale et prise de décision : une étude exploratoire sur le rôle de la diversité du capitale humaine*. Thèse de doctorat. Science de gestion. Nancy : université Nancy 2, 2008, p.110-105.

⁴ TAHER, Hassan. *Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et l'optimisation des flux de consommables et des matières à usage unique*. Thèse de Doctorat. Informatique. Lyon : université CLAUDE BERNARD- Lyon.1, 2006, p. 39.

⁵ Ibid., p. 37.

INTRODUCTION GENERALE

de gestion qui résulte de la priorisation préalables et faisant appel à des compétences diversifiées¹. En outre, cette définition s'inscrit dans le cadre du respect des exigences de performances telles qu'elles sont requises par le code des marchés publics et aussi dans un contexte de l'adoption des pratiques managériales issues du privé. De ce fait, le pouvoir adjudicateur est chargé de les effectuer en son non selon les procédures de passation des marchés publics et dont la décision portera sur l'offre économiquement jugée la plus avantageuse.

L'achat public hospitalier revêt des spécificités particulières comme il présente un degré de complexité assez importante, il nécessite à la fois des compétences juridiques et économiques, sa performance est le résultat d'une définition préalable des besoins et la recherche d'une offre économiquement la plus avantageuse.

Intérêt et importance du sujet

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine du management hospitalier précisément la logistique hospitalière inscrite dans la dynamique de recherche de la performance globale qui vise la satisfaction des besoins en terme de qualité, quantité, délai, sécurité et à moindre coût.

L'intérêt personnel de ce sujet est d'attirer l'attention des décideurs des hôpitaux publics en particulier les acheteurs sur l'importance de la phase de la définition des besoins et de la décision d'achat notamment au sein du C.H.U de Tizi-Ouzou.

Sur le plan scientifique, ce sujet peut servir comme sources documentaires pour les chercheurs futurs permettant de leur procurer des informations indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans ce domaine. Ainsi, l'importance de ce sujet se distingue également par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

Motifs de choix du sujet de recherche

Avant d'entamer la présente recherche, il est indispensable de préciser les motifs du choix de sujet en question qui sont d'ordre objectifs et subjectifs :

Les motifs objectifs :

- L'importance du processus de la décision d'approvisionnement et d'achat dans une structure hospitalière.

¹ PERRIN, Michèle. *La fonction achat et approvisionnement au centre hospitalier sud FRANCILIEN. Projet de réorganisation*. Mémoire. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique.

INTRODUCTION GENERALE

- L'importance des travaux de recherche menés en management de la santé qui s'intéressent à la performance de la logistique hospitalière notamment les achats.
- Le manque des travaux universitaire traitant le sujet dans la limite de nos connaissances.

Les motifs subjectifs :

- C'est pour nous un réel plaisir de traiter un sujet du management dans le domaine de la santé.
- Avec l'axe choisi, nous souhaitons de mieux cerner le sujet et de démontrer son importance chose qui va nous permettre d'approfondir nos connaissances et d'améliorer nos expériences dans le domaine.
- Le sujet est rarement traité.

Problématique de l'étude

Ces dernières années, l'Algérie à inscrit le projet de la réforme hospitalière parmi ses prorogatives d'actions dont est l'objectif d'améliorer la gestion des établissements de santé à travers l'introduction du management au sein de ces derniers. En effet, la décision d'approvisionnement et celle de l'achat constituent deux axes importants devant contribuer à la performance de l'hôpital et à l'amélioration de son approvisionnement. De ce fait, notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Quelles contraintes pour la décision d'approvisionnement et d'achat dans les structures hospitalières ?**

Pour élargir notre champ d'analyse, on a subdivisé cette question centrale en trois questions secondaires :

- Quelle est la spécificité de l'organisation hospitalière?
- Quelle sont les modalités de la détermination des besoins au sein d'une structure hospitalière?
- Quel est le processus de la prise de décision d'achat dans une structure hospitalière?

Objet de l'étude

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

L'objectif de notre étude et d'identifier dans un premier temps la spécificité de l'organisation hospitalière du C.H.U de Tizi-Ouzou à la lumière de la théorie

INTRODUCTION GENERALE

organisationnelle de Henry Mintzberg, ensuite de déterminer les modalités de la définition des besoins au sein de cette structure ainsi que le processus de la décision d'achat et les contraintes et les dysfonctionnements rencontrés et enfin la contribution de la décision d'achat à la performance de l'hôpital.

Méthodologie de la recherche

Pour mieux cerner le sujet et répondre à l'objectif assigné, nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur :

- L'exploitation des grandes œuvres traitant le sujet à l'exemple des traités ;
- L'exploitation des travaux de recherches universitaires soutenues dans le management hospitalier en particulier la prise de décision, la logistique hospitalière ainsi que celle traitant l'achat public tel que les thèses, les mémoires de magister, et les articles ;
- L'exploitation des revues ;
- L'exploitation des rapports de conférences, colloques, forums, congrès ;
- Le recours à des textes réglementaires ;
- L'exploitation des ressources électroniques.

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

Concernant les outils de la recherche, nous nous sommes basés en premier lieu sur les recherches documentaires et bibliographiques, en deuxième lieu, à propos de la collecte des données du terrain, on a privilégié **l'entretien non directif** comme outil d'investigation afin de collecter d'une manière fiable et vivante les informations recherchées, en dernier lieu, et dans un contexte de libre conversation, interviewé l'intéressé nous a apparu essentiel pour pouvoir expliquer l'objectif de notre recherche.

Structure de l'étude

Le plan de notre travail de recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections présentées comme suit :

INTRODUCTION GENERALE

Le premier chapitre sera consacré à présenter l'organisation hospitalière comme modèle de bureaucratie professionnelle, la complexité et l'exercice du pouvoir à son sein et le management hospitalier.

Le deuxième chapitre nous conduira à présenter le processus décisionnel au milieu hospitalier, la logistique hospitalière en particulier celle de l'approvisionnement, et l'achat public hospitalier.

Le troisième chapitre fera l'objet d'une étude empirique dans l'objectif est de déterminer les modalités de la définition des besoins ainsi que le processus de la décision d'achat appliqué au sein de C.H.U de Tizi-Ouzou et la contribution de la décision d'achat à sa performance et ce par le biais d'une étude de cas.

A decorative graphic of a scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges curving upwards. The text is centered on the white surface of the scroll.

Chapitre I
L'organisation
hospitalière
de la complexité
au management

Introduction

L'hôpital est une organisation particulière, doté d'une gestion spécifique, pour l'appréhender, le modèle structurel retenu dans la littérature est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Henry Mintzberg en 1982. Sa représentation sous formes de configurations structurelles permet de comprendre ses principales caractéristiques.

L'hôpital est un système complexe, cette complexité est liée aux activités de soins, aux métiers, à la prise de décision, aux nouvelles technologies mais également aux contraintes imposées par les organismes de la tutelle et les bouleversements culturels. Face à cette complexité, un management spécifique s'installe au niveau de cette structure permettant le développement de nouveaux modes de coordination et suscitant une gestion efficace.

Le premier chapitre est consacré à la présentation de l'hôpital : de la complexité au management. Pour ce faire, et dans le but de développer ces différentes idées nous structurons le présent chapitre comme suit : la première section traite l'hôpital en tant qu'une organisation bureaucratique, la deuxième section aborde la question de la complexité et l'exercice du pouvoir au milieu hospitalier, et la troisième section sera réservée pour l'étude du management à l'hôpital.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

I-1 L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle

Avant d'aborder la notion de la bureaucratie professionnelle, il sera utile de présenter le concept d'organisation parce que c'est la base de la compréhension et d'analyse.

I-1-1 Le concept de l'organisation

La définition de l'organisation a été sans cesse un souci pour les auteurs du fait de son importance, en outre, son analyse puise dans les différentes disciplines des sciences humaines, elle est donc multidisciplinaire.

I-1-1-1 Définition et caractéristiques de l'organisation

La notion de l'organisation est donnée selon plusieurs perspectives afin de rendre compte de la diversité des écoles de pensée.

❖ Définitions de l'organisation

Selon S.P.Robbins une organisation « *est un ensemble de moyens structurés constituant une unité de coordination ayant des frontières identifiables, fonctionnant en continu en vue d'atteindre un ensemble d'objectifs partagés par les membres participant*¹ ».

Le terme l'organisation désigne une entité finalisée dont l'accomplissement de ces buts exige la coordination de ses ressources.

Aussi celle-ci est définie par Morin comme « *un système à la fois social, économique, et politique qui exploite diverses ressources afin de produire des biens ou des services qui seront utilisés dans les échanges avec l'environnement*² ».

L'auteur affirme d'une part dans sa définition, que l'organisation est un système social car sa structure est constituée de l'ensemble des individus et des personnes qui l'entourent.

D'autre part, l'organisation est un système économique ouvert sur l'environnement car son interaction avec ce dernier passe par la transformation des ressources qui deviennent échangeables contre d'autres.

Enfin, l'organisation est un système politique disposant d'un pouvoir et exerçant une influence sur cet environnement.

Nous présentons dans le tableau ci après les définitions du concept de l'organisation données par plusieurs auteurs :

¹ CHARRON, Jean-Luc., SEPARI, Sabine., BERTRAND, Françoise. *DCG7. Management : L'essentiel en fiches*. 5^{ème} édition. Paris : Dunod ,2018 . p. 2.

² BRAHMI, Bechir. *Impacte de l'approche managériale sur la performance organisationnelle en matière de la gestion des connaissances dans le secteur de la haute technologie*. Mémoire de maîtrise. Administration des affaires, MONTREAL : Université de QUEBEC à MONTREAL.2008, p. 38.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Tableau n° 01 : L'organisation selon divers auteurs

Une organisation est un (e)			
Machine (1910-1940)	Mécanisme dont les rouages sont obligés d'être huilé et où chacun doit être à sa place.	Mécanique	F.W.Taylor (1911) et H. Fayol(1916). M. Weber (1947)
Organisme vivant (1950)	Un système s'adaptant à son environnement.	Biologie	L.Von Bertalanffy.
Cerveau (1950)	Un cerveau rassemblant et traitant l'information et commande aux organes.	Biologie cybernétique	H. Simon (1958) S. Beer (1972)
Système politique (1960-1970)	Un lieu de gouvernement ou s'allient et s'opposent les individus dans le but de défendre leurs intérêts.	politique	H.Simon (1958) M Crozier et F. Friedberg (1971).
Prison mentale (1950-1970)	Un lieu de manifestation de psychisme et où les pressions s'expriment créatrice de plaisir et d'angoisse.	Psychologique	E. Jaques (1951) M. Pages et E Enriquez (1979)
Culture (1985)	Un groupe secrétant des valeurs communes et créant des liens d'appartenance.	Anthropologie	E. Schein (1987)

Source : CHARRON, Jean-Luc., SEPARI, Sabine. , BERTRAND, Françoise. *DCG7. Management : L'essentiel en fiches*. 5^{ème} édition. Paris : Dunod ,2018 p. 2.

❖ Les caractéristiques de l'organisation

D'une manière classique l'organisation se caractérise par les traits suivants :

- **Une division des tâches :** c'est ce qui distingue l'organisation d'un groupe informel. Elle suppose la précision et la durée, le travail à exécuter est réparti clairement entre les individus pour que personne n'empiète sur l'autre. Il est donné pour une durée bien déterminée¹

¹ BERNOUX. Philippe. *La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. 6^{ème} édition. Paris : édition de Seuil, 2014, p. 135.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

- **Une distribution des rôles** : chaque membre de l'organisation se voit attribuer une tâche mais chacun peut accomplir cette dernière d'une façon particulière. Cette fonction que chacun remplit à sa propre manière renvoie au rôle exercé d'où l'apparition de la notion d'acteur¹.
- **Un système d'autorité** : son objectif est de veiller à l'adéquation du comportement des individus aux buts que les organisateurs ont fixés à l'organisation².
- **Un système de communication** : Cette relation est établie de deux manières dont la seconde prime le pas sur la première. Tout d'abord il s'agit de mettre les individus en relation entre eux, mais surtout il s'agit d'une communication du sommet hiérarchique vers le bas³
- **Un système de contribution –rétribution** : Il précise ce que les membres doivent apporter et ce qu'ils doivent recevoir. la question porte ici sur la détermination et la précision des termes d'échange⁴.

I-1-1-2 Les composantes d'une organisation

Selon Livian, Yves-Frédéric l'organisation comporte les composantes suivantes :⁵

- ❖ **Composante humaine** : les individus participant à l'activité de l'organisation (ensemble de compétences nécessaires au fonctionnement de l'organisation).
- ❖ **Composante « structure »** : la configuration de l'organisation (organigrammes, fonctionnement ...etc.) selon Mintzberg. H la structure « *somme totale des moyens utilisés pour deviser le travail en tâches distinctes et assurer la coordination entre ces tâches* »
- ❖ **Composante « système de gestion »** : ensemble d'objectifs, des moyens de contrôle, des systèmes d'information et des systèmes d'évaluation des individus.
- ❖ **Composante physique** : lieu de l'organisation et ses installations, les machines et équipements (Bureaux, ordinateurs, fournitures...etc.)

Ces composantes sont en interactions permanentes et elles sont indispensables pour garantir le fonctionnement de l'organisation.

¹ RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. Cned. Université Lyon 2- Université de Rouen. p. 29.

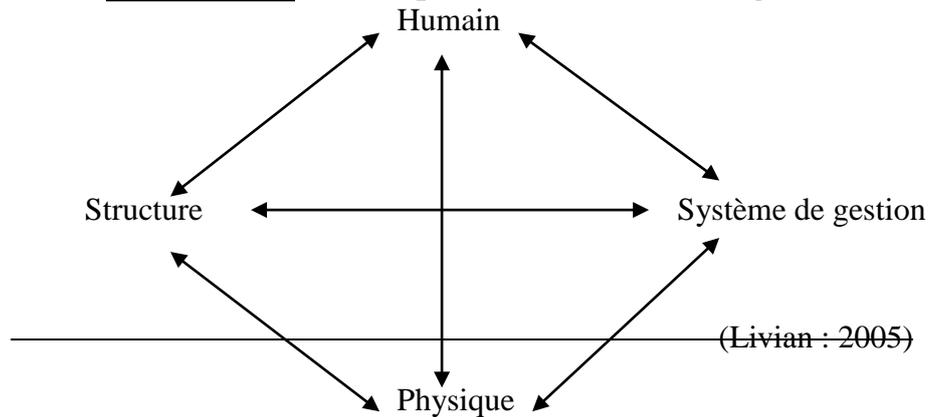
² BERNOUX. Philippe. *Op.cit.*, p. 137.

³ RENAUD, Thomas. *Op.cit.*, p. 29.

⁴ BERNOUX. Philippe. *Op.cit.*, p. 139.

⁵ ROY, Pierre. Cours les composantes internes d'une organisation [en ligne]. (2011). Format PDF disponible sur : file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/Section%201%20chapitre%201/M1_3.pdf (consulté le 19/07/2018).

Figure n° 01 : Les composantes internes de l'organisation.



Source : ROY, Pierre. Cours les composantes internes d'une organisation. (2011). p. 3.

En effet, d'autres éléments plus abstraits se présentent également dans l'organisation et permettra à elle d'être unique. Ces éléments sont :

- ❖ **La culture de l'organisation :** transmise aux nouveaux membres de l'organisation par un processus de socialisation (sélection, formation, récompense, interaction sociale).
- ❖ **L'idéologie managériale :** ensemble des normes, valeurs, de croyances communes sur ce qu'est la mission de l'organisation, les moyens appropriés pour sa mise en œuvre, la bonne façon d'animer et de gérer les personnels... etc.

L'idéologie managériale se construit au fur et mesure que l'organisation résouds ces problèmes¹.

I-1-1-3 L'approche systémique de l'organisation

L'approche systémique considère l'organisation comme un système lui même constitue un ensemble de sous système².

Un système peut être défini comme « **un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'une finalité³** ». Il constitue un outil de modélisation permettant la représentation et l'analyse de la complexité des éléments caractérisés par leur nombre élevé et

¹ ROY, Pierre. Cours les composantes internes d'une organisation [en ligne]. (2011). Format PDF disponible sur : file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/Section%201%20chapitre%201/M1_3.pdf (consulté le 19/07/2018).

² Didacticiel conseil aux services. L'approche systémique des organisations [en ligne]. (2011). Format PDFdisponiblesur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Section%201/26_approche_systemique_d_cle51c948.pdf (Consulté le 19/07/2018).

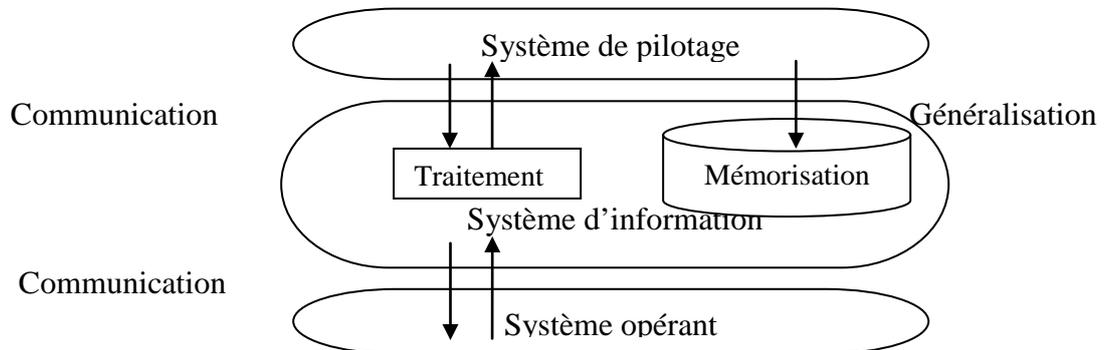
³ CREPIN, Daniel. L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations. *Revue recherche en soins infirmier*. Avril 2007, n°91, p. 97- 105.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

un réseau de relations imbriquées¹.

Figure n°02 :L'organisation en tant que système

Chaque système apporte des informations à un autre système.



Source : ESPINASSE, Bernard. De l'organisation au système d'information. p. 44.

En d'autre terme « *les organisations sont des ensembles collectifs hiérarchiques et finalisés de règles spécifiques*² ».

En effet, l'organisation hospitalière quant à elle est une institution publique présentant un caractère de soumission au pouvoir politique d'une part, et qu'elle relève d'autre part d'un système juridique particulier, participant à un service public financé par des ressources spécifiques, exercé dans un environnement complexe et contraignant dont la qualité et la sécurité des soins dépendent en principe des pratiques concrètes de soins exercés par le personnels soignants³.

I-1-2 L'hôpital : un modèle de bureaucratie professionnelle

Le modèle de la bureaucratie professionnelle développé par H. MINTZBERG 1982 constitue un idéal type et reste un cadre de référence pour l'analyse des organisations hospitalières.

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

En général, le modèle structurel retenu dans la littérature pour appréhender l'hôpital s'appuie sur la configuration organisationnelle de H. MINTZBERG et notamment sur la

¹ Daniel, arneud. *Cours Economie d'entreprise*. IUFM d'Auvergne.

² GUIFFAULT, Béatrice. *Lieu et mode de prise de décision en bibliothèque (au filtre de l'organisation et de la communication)*. Mémoire Diplôme de conservateur de bibliothèque. Ecole nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques. 2010, p. 9.

³ DE BOVIS, Camille. , INTEILE-YALENOIS, Jocelyne., BARET, Christophe. « *Les hôpitaux sont-ils des organisations à haute fiabilité* » ? *Apport du concept des « HRO » à la GRH des personnels soignants*. Centre de recherche Magellan IAE. Université Jean Moulin Lyon 3. p. 1.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

bureaucratie professionnelle¹ dont les caractéristiques sont les suivantes :

La plupart du temps la bureaucratie professionnelle apparaît dans un environnement à la fois complexe et stable. Car, si la complexité nécessite l'utilisation de compétences et de connaissances, la stabilité permet à ces qualifications de devenir des procédures standardisées de l'organisation².

Cette structure se caractérise par la petitesse de sa technostructure contrastant avec l'ampleur du centre opérationnel et de la fonction du support logistique³.

L'élément clé de la bureaucratie professionnelle est le centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir. Dans ce type d'organisation la spécialisation horizontale est très importante et le regroupement en unités se fait par fonction et par marché, la planification et les contrôles sont faibles et les seuls mécanismes de liaison à observer se trouvent dans la partie administrative. Les professionnels exercent un contrôle sur la ligne hiérarchique, et l'accent est d'avantage mis sur la formation et la socialisation que sur la formation des comportements. Ce centre se caractérise par un travail qualifié standardisé empreint d'une grande autonomie individuelle. A titre d'exemple de la bureaucratie professionnelle on peut citer : les universités ; les grands hôpitaux ; les organismes d'action sociale ; les sociétés d'expert comptables...etc.⁴

Le tableau suivant représente les principales caractéristiques de la bureaucratie professionnelle :

¹ VINOT, Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formation du concept à son instrumentalisation*. Thèse de Doctorat. Sciences de gestion. LYON 3 : Université Jean MOULIN-LYON3, 1999, p 203.

² KARVILLA GUENNOG, Gaëlle. Les fiches de lecture de la chaire. D.S.O. [en ligne]. http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877018134 (Consulté le 11/07/2018).

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

⁴ HOLCMAN, Robert. *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail : l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre dirigeant à hôpital*. Thèse de doctorat. Paris : CNAM, 2006, p. 48.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

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

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

Source : NOBRE, Thierry. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. In : acte de 20^{ème} congrès de l'association francophone de comptabilité (AFC) ; France, May, p. 1-18.

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

Selon WEBER le modèle de la bureaucratie professionnelle caractérise surtout les organisations à but non lucratif. Celui-ci repose sur une structure hiérarchique, une communication verticale, une division des tâches et une soumission des individus à des règles.

Dans ce modèle les tâches et les objectifs sont bien définies et les fonctions bien spécialisées, ainsi que les règles de fonctionnement sont respectées et permettent à l'organisation de fonctionner¹.

Pour Henry MINTEZBERG toute organisation est composée de cinq parties de bases : un centre opérationnel incluant les membres de l'organisation qui produisent eux même les biens et services ou en soutiennent directement la production tels que les médecins et le personnel infirmier à l'hôpital, un sommet stratégique composé des cadres dirigeant de l'organisation et de leurs conseillers, une ligne hiérarchique regroupant tous les cadres moyens siégeant dans une ligne directe d'autorité formelle entre les membres du sommet stratégique et ceux du centre opérationnels, une technostructure composée des analystes situés en dehors de la structure formelle et constituent le moteur de la standardisation dans l'organisation, et enfin les fonctions du support logistique composé de tous les services fournissant un soutien indirect au reste de l'organisation².

¹ OUIDU. Frédérique. *Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitaliers Français : une analyse dynamique des accords, de coopération*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université rennes 2, 2015, p. 65.

² KARVILLA GUENNOG, Gaëlle. Les fiches de lecture de la chaire. D.S.O. [en ligne]. http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utilis.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877018134 (consulté le 19/07/2018).

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Chaque partie de base se caractérise par une force spécifique¹ dans le cas de la bureaucratie professionnelle l'élément clé de l'organisation et le centre opérationnel² cette dernière est décrétée principalement par les points suivants :

- ❖ **Le travail du centre opérationnel** : Selon H. Mintzberg la bureaucratie « *s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation : Elle recrute des spécialités dument forcés et socialisés- des professionnels- pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail*³ ».

En d'autres termes, la standardisation des qualifications est un mécanisme principal permettant à l'organisation de coordonner ces activités. Et avec ce dernier le professionnel sait ce qu'il peut attendre de l'autre parce qu'il a acquit au cours d'une activité longue et complexe qu'une opération à cœur ouvert est réalisée dans un silence absolu. Quant au paramètre de conception ; la formation initiale généralement est dure suivi d'une longue période consacrée a l'application des pratiques des connaissances acquises, mais également à la poursuite de la socialisation, de l'apprentissage des normes de la profession⁴.

- ❖ **Le caractère bureaucratique de la structure** : la structure de cette organisation est essentiellement bureaucratique, sa coordination est assurée par des standards qui déterminent à l'avance ce qui doit être fait. Ils sont élaborés pour une large part en dehors de la structure et mettant l'accent sur le pouvoir de la compétence. La description faite par Perrow (1970) d'un service hospitalier montre a quel point l'organisation est bureaucratique : comme le service de gynécologie, celui-ci est un service routinier dans lequel la naissance est neutre pour la maman, mais pour les médecins et le personnel infirmier il s'agit d'un travail répété⁵.
- ❖ **La structure administrative** : la bureaucratie professionnelle est une structure très démocratique pour les professionnelles du centre opérationnel. En fait, ces derniers non seulement contrôlent leur propre travail mais cherchent aussi à avoir le contrôle collectif des décisions qui les affectent sachant qu'une partie du travail est assuré par les professionnels eux-mêmes.

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

² MAKLOUFFI, Imane., SAADI, Janad., EL HIKI, Lahcen., EL HASSANI, Amine. Analyse organisationnel de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire CHEIKI ZAID. *Revue santé publique*. 2012, vol.24, p.573-585.

³ MINTZBZRG, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : édition d'Organisation, 1982. p.310.

⁴ *Ibid.*, p. 311.

⁵ *Ibidem*

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Dans la bureaucratie professionnelle on trouve deux hiérarchies parallèles l'une pour le professionnelle qui va du bas vers le haut dite démocrate dans laquelle le pouvoir est celui de l'expertise qui oblige à refléter les niveaux d'expertise et d'expérience, orienté vers les services. L'autre pour les fonctions du support logistique qui va du haut vers le bas dans lequel le pouvoir et le statut sont associés à la fonction orientée vers le respect des procédures.

Ces deux approches du travail situées à l'opposé l'une de l'autre, et leurs présences conjointes créent souvent des conflits dans les organisations¹.

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

Dans son œuvre « *structure et dynamique des organisations* » Henry MINTZBERG décrit fidèlement les caractéristiques actuelles de l'hôpital faisant partie de la bureaucratie professionnelle.

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

Michel GREMADEZ a appliqué les cinq éléments constitutifs de chaque entreprise développés par Henry MINTZBERG à l'hôpital qui sont : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure, la logistique et son analyse a permis de déduire les caractéristiques suivantes :

- ❖ **La primauté du centre opérationnel :** l'organisation hospitalière se caractérise par l'importance de son centre opérationnel regroupant un grand nombre d'unités élémentaires indépendantes les unes des autres en relation directe avec son environnement client². Celle-ci demeure une organisation où le degré de la spécialisation est très élevé et les services s'organisent, s'équipent d'une façon indépendante pour faire face aux missions qui lui sont imparties³.
- ❖ **Le sommet stratégique :** la fonction du sommet stratégique est de faire en sorte que l'organisation remplisse efficacement ses missions, et qu'elle serve les besoins de ceux qui contrôlent l'organisation ou qui ont sur elle du pouvoir. Il doit remplir trois ensembles de missions : le premier est celui de la supervision directe qui doit être accompli de la gestion des conditions des frontières de l'organisation et de ses relations avec l'environnement

¹ MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 317-320.

² VINOT, Didier. *Op.cit.*, p. 203.

³ GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} édition. Paris : InterEdition, 1992, p 18-19.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

suivi en dernier lieu par les missions concernant le développement stratégique de l'organisation. En effet, le travail à ce niveau se caractérise par un minimum de répétitivité et de standardisation, une latitude d'action considérable et un horizon décisionnel long. Le mécanisme de coordination le plus répondu est l'ajustement mutuel¹

Quant à l'organisation hospitalière cette dernière connaît des ambiguïtés ; elle est vouée essentiellement à assurer les relations avec son environnement réglementaire et financier. En France le poste de directeur d'hôpital cristallise toute les ambiguïtés de l'organisation. La position statutaire elle-même est nommée par le ministre de la santé qui est responsable de sa gestion devant un conseil d'administration local en est l'illusion.

Le directeur trouve sa légitimité dans son aptitude à préserver le centre opérationnel des perturbations relatives au changement des politiques et ou les contradictions du pouvoir de tutelle²

- ❖ **Absence de ligne hiérarchique** : elle est interrompue entre la ligue stratégique et le centre opérationnel³. le directeur n'a ni la responsabilité ni le contrôle pour diriger les chefs des services médicaux son action se focalise sur l'administration directe des services fonctionnels et de la technostructure et sur les concertations au sein des instances de l'hôpital tel que la commission médicale d'établissement. On constate ainsi une multiplication des systèmes de concertation, de manipulation et d'influence Cette multiplication des réunions à une vocation discursive, mais pas nécessairement délibératoire⁴
- ❖ **La faiblesse de la technostructure** : dans la technostructure on trouve les analystes agissant sur le travail des autres. Ces derniers se préoccupent du contrôle par la stabilisation et la standardisation des activités et de l'adaptation qui permettent à l'organisation de faire face aux changements de l'environnement⁵. A l'hôpital celle-ci se caractérise par une légèreté observable, la standardisation des qualifications s'oppose et se substitue à d'autres formes de standardisation courantes dans d'autres types d'organisations (la standardisation par les résultats ou par les procédés⁶).
- ❖ **Impotence de la logistique** : l'existence d'un grand nombre d'activités marginales dans l'organisation reflète le désir de celle-ci de réduire l'incertitude et avoir un contrôle propre

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

² GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Op.cit.*, p. 21.

³ Ibidem

⁴ VINOT, Didier. *Op.cit.*, p. 204.

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

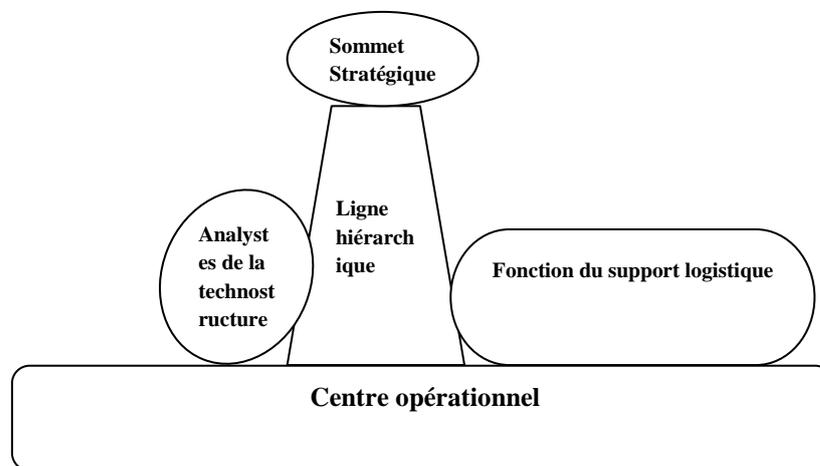
⁶ GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Op.cit.*, p. 20.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

sur leurs affaires¹. Les fonctions du support logistique sont très développées à l'hôpital, elles se placent sous le contrôle des membres de technostucture, comme elles représentent une part importante des coûts générés par son fonctionnement². Le mécanisme de coordination diffère de celui en vigueur du centre opérationnel. En effet, la standardisation par résultats et/ ou par procédés implique une autre forme de coordination qui est de nature hiérarchique en raison de la faiblesse de l'interdépendance des services de la logistique. De plus, l'appartenance du médical et de logistique à deux univers de références différent influent considérablement la qualité du service rendus³.

Ces caractéristiques seront présentées dans les figures suivantes :

Figure n° 03 : La bureaucratie professionnelle : socle de la structure hospitalière



Source : VINOT, Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formation du concept à son instrumentalisation*. Thèse de Doctorat. Science de gestion. LYON 3 : Université Jean MOULIN-LYON3, 1999, p. 203.

L'hôpital est une organisation marquée par une certaine spécificité dont le modèle de la bureaucratie professionnelle reste le plus approprié pour son analyse même si ce dernier est critiqué suite aux défauts et les obstacles qu'il présente.

I-2 La complexité et l'exercice du pouvoir à l'hôpital

Les hôpitaux sont des systèmes extrêmement complexes en raison de la diversité des missions à accomplir, des métiers à exercer et des décisions à prendre ainsi que les modalités de fonctionnement avec l'environnement institutionnel, législatif et sociétal. La complexité

¹ MINTZBERG, Henry. *Op.cit.*, p. 48.

² VINOT, Didier. *Op.cit.*, p. 204.

³ GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Op.cit.*, p. 21.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

des relations entre ces différents acteurs a engendré l'apparition d'un pouvoir bicéphale : administratif et médical¹ ou chacun défend sa propre logique rationnelle et légitime son point de vue.

I-2-1 L'hôpital : un système complexe

L'hôpital est très souvent premier employeur d'un bassin de population selon Vigneron², structure complexe qui met en œuvre une cible principale à caractéristique humaine. L'incertitude générée par cette caractéristique est fondamentale dans les interrogations sur la conception et la gestion des systèmes de productions de soins accrus par la diversité de la demande et par l'interdépendance des processus.

Avant de donner une vue d'ensemble sur la complexité du système hospitalier, il est nécessaire de définir le concept de la complexité d'une manière générale.

L'origine du mot complexité issu du latin « complexus » qui signifie « tissé ensemble³ ». Sa définition telle qu'elle est donnée par le dictionnaire « *est le caractère de ce qui se compose d'éléments différents, combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable⁴* ». Selon Genelot « *est perçu comme complexe tout phénomène qui échappe en partie à notre compréhension et à notre maîtrise⁵* ». Celle-ci s'simplifie en permanence dans un mouvement continu en donnant sens à l'évolution de notre vie, à mesure que certains aspects de la complexité sont compris, d'autres apparaissent et se manifestent, avec leur lot d'imprévisibilités, d'incertitudes, mais également de possibilités nouvelles.

I-2-1-1 L'approche « système »

« Un système complexe est un système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu'il est difficile, voire impossible de prévoir les comportements du système sur la simple base de connaissance de ses composantes individuelles⁶ ». Cette

¹ VALLEJO, Jimmy. *La modernisation des services de RH hospitalière : un enjeu stratégique ?* Mémoire master 2 dynamique des organisations, travail et ressources humaines. Sciences économiques et de gestion. Aix Marseille : université Aix Marseille, 2013, p. 15.

² TRRILING, Lorraine. *Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaine mutualisées en milieu hospitalier*. Thèse de doctorat. Génie informatique .Lyon, institue nationale des sciences appliquées, 2006, p. 8.

³ MORIN, Egard. *Complexité restreinte, complexité générale*. In : actes de colloque intelligence de la complexité : épistémologie et pragmatique- Cerisy-la-Salle.26 juin 2005, p. 1-27.

⁴ TORDEURS, David. , ZDANOWICZ, Nicolas. , REYNAERT, Christine. De la complexité dans les relations thérapeutique ; l'approche auto poïétique. *Revue cahier de psychologie clinique*.2007/1, n°28, p. 33-47.

⁵ GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité : réflexion à l'usage des dirigeants*. 4^{ème} éd. Paris : I.N.S.E.P. 2011, p. 32.

⁶ MONTET ; Isabelle. La pensée de la complexité, couteau suisse des gouvernances. *Revue l'informatique psychiatrique*. Octobre 2017, vol.93, p. 799-806.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

définition du système complexe est parfaitement transposée à la disposition des soins de santé.

Dans le cadre de la santé, on considère l'hôpital comme « *une organisation complexe caractérisée par des objectifs multiples, des liens de pouvoir diffus, et des processus de travail basés sur des connaissances spécifiques*¹ ». Dans ce contexte, un fonctionnement systémique correspond à la mise en œuvre coordonnée d'un ensemble de professionnels de santé et de dispositif matériel, médicaux dans un processus de soins qui comporte des étapes successives pour la réalisation d'un objectif, celui de délivrer des soins au patient.

Contrairement au modèle systémique industriel qui se caractérise par le passage d'une production humaine à une production mécanique puis automatique standardisé, la médecine reste encore individualisée dans laquelle le patient est pris en charge par le médecin dans une relation particulière et garde une double spécificité liée aux types de ses activités et la complexité croissante des soins².

I-2-1-2 La complexité au milieu hospitalier

Le système hospitalier est qualifié comme un véritable système de production de soin, dont la mission principale est de prodiguer les meilleurs soins au patient. Les constats de terrain sur la complexité de l'hôpital sont nombreux et quotidiens, celle-ci est appréciée différemment par les auteurs :

Minvielle associe la complexité du système de soins à la complexité du processus de prise en charge du patient généré par trois propriétés distinctives : tout d'abord, il est marqué par une forte incertitude dans son déroulement. A cette diversité s'associe une variabilité du processus de prise en charge due aux caractéristiques cliniques et sociales du patient (comportement du malade), mais également aux conditions de l'environnement et aux modes d'organisation du travail (engagement d'équipe). En fin, une intensification de la réalisation du processus de prise en charge, qui est la conséquence directe de la baisse de la durée de séjour, de laquelle résulte un nombre d'admissions plus élevé ce qui donne au processus de prise en charge un caractère « de production à grande échelle³ ».

¹ SCHMIT, Cécile. VAS, Alain. , D'HOORE, William. *Initier le changement au sein d'organisation complexe : alignement des objectifs des logiques d'action et de rôle.* [en ligne] Format PDF disponible sur : file:///E:/FILM%20ISLAM/aims2008_1549.pdf (consulté le 25/08/2018).

² KLEIN, Isabelle. *Modélisation pour mieux piloté l'interface ville-hôpital. Bilan et perspective dans un réseau régionale de santé.* Mémoire de recherche Master RIC. LORRAINE : institut nationale polytechnique de LORRAINE, 2008, p. 8.

³ DAKNOU, Amani. *Architecture distribué à base d'agent pour optimiser la prise en charge du patient dans les services d'urgence au milieu hospitalier.* Thèse de doctorat. Automatique et informatique industrielle. LILLE, école centrale de Lille, 2011, p 21-22.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Marcon renvoie la complexité du système hospitalier au fait qu'il repose sur des ressources humaines qui possèdent de fortes compétences et dotées d'un pouvoir de décision et que le patient est à la fois « producteur » et « consommateur » de soin¹.

Vignerot quant à lui souligne que le système de santé est complexe par la diversité de ses fonctions et ses corps de métiers. Ainsi, en plus des activités de soins, l'hôpital assure des fonctions logistiques et administratives².

Pharm identifie les causes de la complexité des établissements sanitaires comme venant de la multiplicité des missions de la hiérarchisation, du cloisonnement également de la diversité des métiers et de l'hétérogénéité des équipements et des installations. Selon Pharm l'hôpital est soumis à des contraintes et des paradoxes³ :

- **Les contraintes** : d'exigence de la sécurité sanitaire.
- **Paradoxe court terme/long terme** : à court terme doit satisfaire les patients et les soignants par la mise en œuvre des moyens nécessaires alors qu'à long terme l'établissement doit se révéler rentable financièrement.
- **Paradoxe global / local** : la stratégie d'un service peut ne pas refléter celle de l'établissement, de même que les performances local peut ne correspond pas à la performance globale et inversement⁴.

Franchistéguy explique cette complexité par le fait que le support physique d'un système de soins repose sur une personne donc celle-ci est reliée au caractère humain qu'on ne peut rarement maîtriser et dont l'anticipation de sa réaction dans le processus de prise en charge s'avère difficile⁵.

Le système hospitalier est complexe par excellence, cette complexité est expliquée par les auteurs selon plusieurs angles, celle-ci est associée au processus de prise en charge du patient, au fait qu'il repose sur des ressources humaines possédant des compétences et dotées d'un pouvoir, au fait que le patient est à la fois producteur et consommateur de soins.

De plus, cette complexité s'explique par la diversité des fonctions et des métiers, liée également à la multiplicité des missions, à la hiérarchie, au cloisonnement et à l'hétérogénéité des équipements et des installations, et que l'hôpital est soumis à des

¹ TLAHIG, Houda. *Verts un outil d'aide à la prise de décision pour le choix entre internationalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation*. Thèse de doctorat. Génie industriel. GRONOBLE : institut polytechnique de GRONOBLE, 2009, p. 29.

² Ibidem

³ DAKNOU, Amani. *Op.cit.*, p. 22-23.

⁴ TRRILING, Lorraine. *Op.cit.*, p. 9.

⁵ DAKNOU, Amani. *Op.cit.*, p. 22.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

contraintes et des paradoxes. Enfin, le support physique de ce système repose sur une personne et dont l'anticipation et la maîtrise de sa réaction dans le processus de prise en charge est difficile.

Ainsi, un autre déficit s'associe à la complexité du système de santé, celui du fonctionnement en réseaux. Ces réseaux visent le développement de nouveaux modes de coordination de la pratique médicale¹, pour une prise en charge concourant tant à l'efficacité, à la qualité qu'à l'équité en soins². En effet « *La fonction du réseau consiste à réduire l'incertitude dans les échanges entre ses membres*³ ». Certes le fonctionnement en réseaux constitue une réponse partielle à la complexité, mais le réseau apporte ses propres complexité car le travail en réseau augmente le nombre des entités en interactions ce qui le rend plus complexe.

En d'autres termes, la mise en place des réseaux entraîne nécessairement des échanges dans les pratiques de l'organisation et des professionnels. De plus une autre complexité de l'organisation en réseau liée au système d'information hospitalier a travers les informations nombreuses offertes et l'implication d'un nombre important des professionnels.

I-2-1-3 Les éléments caractéristiques de la complexité des établissements de santé

La complexité de l'organisation hospitalière quant à elle se caractérise par la présence d'un nombre important d'éléments en interactions indispensables pour l'accomplissement des objectifs attribués à cette structure, en effet, cette complexité est liée aux éléments suivants :

❖ La complexité liée aux missions

L'activité de soins constitue la raison d'être des établissements sanitaires. La complexité de ses activités se sous entend comme « *impossibilité d'une formalisation ou tous les acteurs, partie prenante d'un secteur, trouveraient leur compte, c'est-à-dire, finalement, les repenses aux questions qu'ils posent*⁴ ». Celle-ci se manifeste à travers l'hyperspécialisation et le caractère unique des « trajectoires » de chaque patient rendant la formalisation de l'activité complexe.

¹ RAKOTONDRAIVO, Auguste. *Contribution de la modernisation à l'évaluation des performances des organisations de santé*. Thèse de doctorat. Génie des systèmes industriel. LORRAINE : institut national polytechnique de LORRAINE. 2006. p. 15.

² BUTTARD, Anne. L'évolution du réseau en santé : des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. *Revue politique et management public*, avril 2008, vol. 26, p. 87-110.

³ TLAHIG, Honda. *Op.cit.*, p. 30.

⁴ ALVAREZ, Fabienne. *Le contrôle de gestion au milieu hospitalier : une repense à l'émergence de risque organisationnel*. In : Actes de 21^{ème} congrès de l'association francophones de comptabilité, France, 2000, p. 1-20.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Ainsi, l'hôpital est le monde privilégié pour la recherche médicale, il anticipe l'accès à l'innovation pharmaceutique et aux dispositifs médicaux pour le patient, c'est un vecteur de formation continue pour le personnel médical et para médical¹.

Ces différentes missions correspondent à de multiples « processus » reliés et en interactions avec des enjeux politiques, économiques et professionnels qui peuvent être parfois contradictoires avec les enjeux sanitaires.

❖ La complexité liée aux métiers

Ces missions sont soumises à une évolution permanente des connaissances, liées aux avancées de la recherche et de la technologie mais aussi à d'autres contraintes tel que le risque sanitaire² dans lequel on peut citer à titre d'exemple la gestion des déchets qui concernent de nombreux métiers avec des spécificités propres au produit à éliminer.

Cette organisation fait intervenir divers métiers dans un environnement sanitaire qui amplifie les interactions comme la restauration qui nécessite une individualisation dans la préparation des repas suivant les pathologies et d'autres paramètres.

❖ La complexité liée au système de décision

Les systèmes complexes se caractérisent par la diffusion de l'autorité³ ce qui rend la prise de décisions complexe et parfois inefficace. À bien des égards, la configuration hospitalière est présentée par des acteurs cherchant tous à maximiser leurs intérêts. Ce modèle de choix rationnel engendre des conséquences néfastes sur l'organisation⁴.

En effet, l'absence de sentiment d'appartenance à l'hôpital, la faiblesse de la culture d'entreprise, une intégration insuffisante liée à la non appropriation de la stratégie d'ensemble constitue autant d'éléments qui rendent la prise de décision plus complexe.

❖ La complexité liée à l'environnement

L'environnement au sein duquel évoluent les organisations hospitalières est caractérisé par une complexité croissante. Elle s'explique à travers les contraintes des organismes de tutelles et le bouleversement culturels qui accentuent cette complexité.⁵

La contrainte principale est la maîtrise des dépenses de santé qui doit prendre en considération le vieillissement et la progression des maladies chroniques nécessitant un

¹ BENCHIKHA, Fatma Zohra. *Op.cit.*, p. 22.

² RAKOTONDRAIVO, Auguste. *Op.cit.*, p. 10.

³ RAYMOUD, Alain Thiétart. *Management et complexité : concepts et théorie. Cahier n ° 282. 2000, p 1-23.*

⁴ YANN, Lequel. *L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la « nouvelle gouvernance » l'expérience du centre opérationnel université de Dijon.* Mémoire. Ecole nationale de la santé publique, 2005, p. 19.

⁵ GEORGE, Alain. , MANNARINT., Michel. *L'hôpital un système organisé de territoires et de processus orienté performance et contrôle.* In : acte de colloque de la comptabilité sans frontière, the french connection, canada, 2013, p. 1-24.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

système de prise en charge complexe, couteux et entrepreneurial, avec des exigences de qualité et de sécurité.

I-2-2 La dynamique de fonctionnement de l'organisation hospitalière

Avant d'analyser l'exercice du pouvoir à hôpital il est utile de donner une idée sur la dynamique de fonctionnement de cette organisation, celle-ci s'analyse à travers l'étude des différenciations – intégration qui va nous permettre de décrire les relations entre les différents acteurs.

I-2-2-1 La différenciation et l'intégration à hôpital

Décrire la dynamique de fonctionnement de la structure hospitalière à travers l'analyse de la nature des relations qui s'instaurent entre ces différents acteurs internes nous permet d'identifier et de distinguer les rôles attribués à chaque niveau de responsabilité.

❖ Un degré de différenciation élevé:

Les organisations sont des systèmes ouverts devant être en équilibre dynamique avec leur environnement. L'hôpital est constitué de quelque nombre d'unités qui divisent le milieu en autant de sous milieu différents. A l'hôpital, chaque service entretient des relations favorables avec une partie du milieu ; c'est ce phénomène qui P-R.LAWRENCE et J- C. LORSCH qualifie la différenciation¹. Ainsi, les caractéristiques de sous- environnement propre d'un service aident ce dernier à déterminer les méthodes d'organisation du travail ainsi que les comportements individuels et les formes de relations interpersonnelles qui le distinguent des autres services.² Ce phénomène permet l'adaptation des spécificités organisationnelles aux caractéristiques propres de ce milieu. La différenciation est une source d'efficience et chaque organisation doit respecter un degré de différenciation de ces structures. En effet, il ne faut pas essayer de réduire les différenciations par désir de cohérence mais plutôt chercher à les valoriser.

Les principales formes de différenciations qui existent à hôpital sont les suivantes :

- Différenciation administration/ médical

Deux mondes adversaires, d'un coté le monde professionnel celui des services qui composent le centre opérationnel poursuivant des objectifs d'ordre qualitatifs et subissant une

¹ GHRISSI, Larbi. *Le management des ressources humaines dans l'hôpital public : cas de CHU d'ORAN*. Thèse de doctorats. FSESG.ORAN : Université d'ORAN 2012, p. 129.

² GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} édition. Paris : InterEdition, 1992, p. 18-19.

³ BENCHIKHA, Fatma Zohra. *Le management hospitalier : étude de cas du secteur sanitaire d'Arzew*. Mémoire de magister. Stratégie. ORON. Université d'ORAN, 2012, p 130.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

très forte pression de par la présence des patients à court terme. Les professionnels puisent leurs forces mais également leurs faiblesses dans l'incertitude et obéissent à une hiérarchie fondée sur les compétences. De l'autre côté, le monde administratif dont les objectifs sont de nature économique et qualitative et leurs relations avec la tutelle, la sécurité sociale et la comptabilité publique constituent l'essentiel de leurs préoccupations. Ces fonctionnaires travaillent dans le cadre d'une hiérarchie stricte et leurs perspectives de carrière définies dans un contexte marqué par l'ancienneté et l'expérience¹.

- **Différenciation logistique/ centre opérationnel**

Comme l'indique M.GREMADER les services de logistiques traditionnels (cuisine, buanderie...) qui appartient au mode administratif se situent donc dans une dynamique de la réalisation de la rentabilité et des liens étroits sont indispensables pour garantir une qualité optimale au patient². Quant aux services de la logistique technique (plateaux techniques ; l'imagerie médicale...) ils se situent au centre opérationnel et visent des objectifs d'ordre qualitatifs et ils se trouvent placés au cœur des tensions nées par la différenciation médicale/administrative. La logistique technique constitue un enjeu principal pour l'hôpital car elle nécessite des investissements lourds.³

- **Différenciation au sein du centre opérationnel**

La différenciation entre le corps médical et paramédical est faible compte tenu des nécessités d'interaction liées aux besoins des patients, aux pathologies et aux traitements, en revanche celle-ci trouve sa dynamique dans l'élaboration de la politique générale de l'hôpital.⁴ En cas de difficultés ou d'incertitudes, des luttes de pouvoir et idéologique apparaissent. Le corps paramédical est géré d'une manière centralisée et hiérarchisée.⁵

La différenciation renforce les obstacles naturels à la communication et rend la collaboration des différentes unités entre elles plus difficile, donc le besoin de mettre en place des mécanismes de révélation et de résolution est indispensable.

❖ **Niveau d'intégration insuffisant**

Selon LAWRENCE ET LORSH l'intégration repose sur la reconnaissance des causes en s'appuyant sur elles, pour garantir la convergence des actions vers des objectifs communs. Lorsque la différenciation est relativement faible, le mécanisme associé à l'intégration par

¹ GHRISSE, Larbi. *Le management des ressources humaines dans l'hôpital public : cas de CHU d'ORAN*. Thèse de doctorat. FSESG.ORAN : Université d'ORAN 2012, p. 129.

² *Ibid.*, p. 12

³ GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Op.cit.*, p. 26.

⁴ *Ibidem*

⁵ GHRISSE, Larbi. p. 130.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

voie hiérarchique alliée des systèmes formels tel que procédures ; système de planification et de contrôle ; suffit à avoir le degré d'intégration sollicité pour être performant. Celle-ci est insuffisante lorsque la différenciation simplifie. Il faut donc créer des modes d'intégration complémentaires afin de rendre la coordination facile et plus adaptable par la multiplication des modes de collaboration entre individus.¹

I-2-3 L'exercice du pouvoir à l'hôpital

L'organisation du pouvoir à l'hôpital est polyarchique, où chaque catégorie bénéficie de « prérogatives suffisantes pour être de fait quasiment autonome. »² Ce qui a engendré l'absence d'un pouvoir réglable³ au sein de cette institution qui s'achève ces dernières années sur l'interrogation : qui dirige à l'hôpital ?

I-2-3-1 Le pouvoir au sein de l'organisation

Selon la définition initiale de Dahl « *la pouvoir de A sur B se résume en la capacité de A d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'initiative de A.* »⁴ pour Crozier et Friedberg « *le pouvoir être ainsi se réécrit comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer d'avantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre* »⁵. Le pouvoir selon Crozier et Friedberg est une relation réciproque mais déséquilibrée; elle est réciproque car elle nécessite des ressources à engager mais aussi déséquilibrée car A et B n'ont pas les mêmes atouts⁶.

Ainsi pour parler comme Mintzberg « *le pouvoir se définit (...) comme étant tout simplement la capacité à produire ou modifier les résultats ou effet organisationnel* »⁷. Le pouvoir sera abordé comme étant il produit des résultats ou il est susceptible d'en produire. En effet, l'existence de ce dernier est une condition d'une maîtrise d'une zone d'incertitude.⁸

¹ GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Op.cit.*, p. 27.

² YANN, Lequel. *Op.cit.*, p. 8.

³ GHRISSI, Larbi. *Op.cit.*, p. 137.

⁴ HOLCMAN, Robert. *Op.cit.*, p. 67.

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ AUBERT, François- Jérôme. *La décision à l'hôpital publique : quelle relation entre directeur et médecin ?* Thèse de doctorat. Sciences politique. BOURDEAUX : université de bordeaux, 2014, p35.

⁸ BERNOUX. Philippe. *Op.cit.*, p. 190.

I-2-3-2 Le pouvoir au sein de l'hôpital

Parmi les travaux précédant ceux de H Mintzberg, celle de Carvin qui souligne l'existence de deux filières hiérarchique à l'hôpital qui se cloisonnent l'une par rapport à l'autre : la hiérarchie administrative serait la gardienne de l'organisation dans son ensemble basée sur des logiques économiques et concurrentielles, alors que la hiérarchie professionnelle centrée sur les pratiques cliniques et répond à une logique humaniste.¹ Avec le modèle de la bureaucratie professionnelle et ses caractéristiques permettent au corps médical de s'accaparer une place prépondérante dans le système de pouvoir, ceux-ci amènent certains auteurs à concéder l'hôpital de ce fait « *l'atelier des médecins* ». ²

Les médecins hospitaliers sont souvent étrangers aux principes de gestion, estiment qu'il revient à l'administration de gérer les problèmes logistiques, financier et organisationnel, et ce dans le but de permettre au corps médical de pratiquer des soins de qualité auprès du patient. Ces derniers ont un pouvoir important au sein de l'hôpital : « *qu'il est rare qu'un chef d'établissement prenne des décisions sans consulter le corps médical et sans chercher une solution consensuelle : le DH ne peut échapper à cette réalité, d'autant plus que les médecins ont un pouvoir de blocage important* »³.

Le directeur est le personnage clé dans la gestion de l'hôpital, il est le représentant légal et assure la gestion et la conduite générale.⁴ Il est nommé par un décret ministériel, il est secondé par un président du conseil médical est chargé de contribuer par ses propositions à l'élaboration de la politique de soins.⁵ Aussi, Il est confronté à la lourdeur de certaines procédures tant réglementaires que financières ce qui lui vaut la critique du corps médical et parfois conteste sa légitimité car il n'agit pas sur les soins auprès du patient.

Bref, ces deux autorités fonctionnent différemment et peuvent se trouver en conflits.

En effet, les enjeux de la gestion hospitalière mettent en relation deux catégories d'acteurs très différentes dont les formations initiales et le parcours professionnel, ces différenciations influencent sur la manière d'aborder une question ou un problème, leurs approches sont ainsi différentes mais complémentaires.

¹ KOSREMELLELLI ASMAR, Michel. *La collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université DUPHINE, 2006, p. 124.

² NOMBRE, Thierry. Performance et pouvoir à l'hôpital. *Revue politique et management publique*, septembre 1999, vol 17, n° 03, p. 71-91.

³ YANN, Lequel. *Op.cit.*, p. 9.

⁴ Comment un hôpital est dirigé ? [en ligne]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablisements-sante/comment-hopital-est-il-dirige.html> (consulté le 11/08/2018).

⁵ DIFFALLAH, Kamilia. , SIFAOU, Fatma. *Le système d'information hospitalier (SIH) comme utile d'aide à la prise de décision : cas de CHU de T-O*. Mémoire de Master. Sciences économiques. Tizi-Ouzou : université de MOULOUD MAMMERI de T-O, 2016, p. 23.

I-3 Le management à hôpital

Le management reflète l'idée de gestion et de pilotage¹. Il s'applique à tous les domaines de l'activité de l'organisation en recouvrant toutes les fonctions qui lui sont attachées. Il s'exerce dans un environnement complexe qui accorde une importance prépondérante au rôle du manager. Cependant, son champ d'exécution à hôpital représente une certaine particularité du fait de la spécificité et de la complexité de cette organisation.

Avant d'étudier le management dans l'organisation hospitalière qui fait partie du management des établissements publics, il est indispensable de définir cette notion et de traiter quelques éléments en rapport avec celle-ci.

I-3-1 Le management : concepts de base et complexité

Le management consiste à conduire au mieux les organisations, c'est l'art de prendre des décisions et d'animer des actions d'où l'impotence du facteur humain. Nous allons présenter dans ce qui suit le concept et le processus de management ainsi que le rôle du manager, et nous allons mettre l'action sur sa complexité du management au milieu hospitalier.

I-3-1-1 Définition

En anglais, to manage signifiant réussir à faire quelque chose, ce qui veut dire : arriver à un résultat malgré tout, à se démêler.² Ce terme anglais « manager » signifie également gerer, diriger mais aussi vient du terme italien « *maneggiare* », (manier) qui donne en français le mot manège (faire tourner un cheval dans un manège), donc conduire, diriger, enseigner, motiver sont devenus des maîtres mots pour un individu qui gère ou qui aspire à girer une organisation.³ En outre, selon Bernard GALAMBAUD la fonction du management serait de viser à « *transformer du travail en performance* », l'expression est à retenir, dans le sens où manager consiste à orienter et à coordonner afin de répondre aux mieux à des objectifs qualitatifs et quantitatifs⁴.

Henri Fayol le célèbre économiste français est sans doute le premier qui a exprimé les principes du management⁵. En effet ses travaux en 1979 ont offert une base à la définition

¹ Management. [en ligne]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Management> (consulté le 27/08/2018).

² GHRISSI, Larbi. *Op.cit.*, p. 131.

³ VINARD, Pierre. Les grands principes du management.

⁴ CHAPIN, Virginie. *Le management participatif dans les établissements sanitaire, sociaux et médicaux sociaux : exemple de L'EHPAD Mont- Loux*. Mémoire. Ecole des hautes études en santé publique, 2008, p. 12.

⁵ MINTZBERG, Henry. *Le management : voyage au centre des organisations*. Paris : les éditions d'Organisation, 1990, p. 17.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

contemporaine du management qu'il nomme « *fonction administrative* » a partir de ses grandes missions : prévoir, organiser, coordonner, commander, et contrôler¹. Il est longtemps lié au secteur économique et au marché, correspond à l'art de faire, aux processus permettant l'optimisation de l'entreprise sur le marché, qu'à la valorisation des ressources humaine².

Le management peut être défini également comme « *une discipline qui a pour vocation la planification, l'organisation, la direction et le contrôle de l'organisation afin qu'elle atteigne ses objectifs* »³, donc le management est un art qui permet de conduire l'action vers la réalisation des objectifs.

Ainsi, selon Peter Drucker le management qui est « *l'organe spécifique et distinctif de tout des organisations* » comporte un certain degré de gravité en soi et suppose une obligation d'assurer et d'aller jusque au bout de ses responsabilités.⁴

En d'autres termes, le management consiste à fixer des objectifs stratégiques et opérationnels, dont leurs réalisations sont des conditions de la disponibilité des moyens avec une attention particulière d'être performant, assurée par un contrôle permanent.

I-3-1-2 Les rôles du manager

« *Le manager est un acteur de l'entreprise doté d'un pouvoir formel. Il est chargé de rassembler, de mobiliser et de développer les équipes autour d'objectifs communs dans le but d'obtenir une performance donnée* »⁵ Il est le premier niveau de responsabilité avec un objectif, un budget, et une certaine autorité managériale, par conséquent il est le responsable du devenir de son organisation. Son rôle est employé au sens de fonction sociale ou profession.⁶ Son caractère de leadership qui est conçu comme le processus consistant à influencer le comportement des autres, personnes ou groupe d'individus, en vue de la réalisation des buts visés est prédominant. Il l'a amené à combiner entre les ressources humaine et les ressources matérielles afin d'arriver aux résultats visés⁷.

¹ BARTOLI, Annie., CHOMIENNE, Hervé. Le développement du management dans le service public : évolution ou révolution ? *Revue information sociale*, mai 2011, n° 197, p. 24-35.

² KHAMRI Leila. *Apport du management stratégique dans le management des risques environnementaux*. Mémoire Magister. Hygiène et sécurité industrielle. BATNA : université Hadj Lakhdar BATNA, 2015, p. 4- 5.

³ BURNIER, Clara. (sans titre). Mémoire de recherche. Ecole de commerce de LYON, 2015, p. 5- 6.

⁴ CHAPIN, Virginie. *Op.cit.*, p. 13.

⁵ LE PUT, Karine. , TOUATI, Delphine. , Sénèque. , SENEQUE, Hélène. *Le DRH « manager » : quelle réalité ?* Mémoire de fin d'étude. Paris : Université paris Dauphine, 2008, p. 63.

⁶ DES MARAIS, Céline., DE CHATILLON, Emmanuel. Le rôle de traduction du manager. *Revue française de gestion*. Juin 2010, n° 205, p. 71-88.

⁷ EL GHAZI, Halima. *Type de manager et pratiques entrepreneuriales en Algérie (secteur public)*. Thèse de doctorat. Finance. Tlemcen : université aboubeker Belkaid, 2011, p. 79-77.

Selon Henry Mintzberg le manager doit remplir dix rôles regroupés en trois sous ensembles ¹:

❖ Les rôles interpersonnels

Selon l'auteur le rôle **symbole** constitue une obligation réservée à la fonction et engage l'acteur à remplir des devoirs de nature sociale. Son rôle comme **leader** est presque toutes les activités de l'acteur. Ce rôle concerne les relations de l'acteur avec ses subordonnés et que le pouvoir de l'acteur se manifeste à ce niveau, pour lui le leadership agit sur les motivations, la définition du lieu de travail, la formation et la promotion de ses subordonnés. Ainsi, le rôle **d'agent de liaison**, se développe à partir des réseaux de contacts extérieurs à l'organisation pour l'échange des informations et des faveurs mutuelles².

❖ Les rôles liés à l'information

Le cadre est le centre nerveux de son organisation. Il a un accès privilégié à l'information externe et un accès total à l'information interne ce qui lui confère une position centrale dans la circulation des informations et le dotent de trois rôles. C'est un **observateur actif** qui recherche et reçoit une grande variété d'information nécessaire au développement de l'organisation et à la détection des opportunités de l'environnement. Egalement un rôle de **diffuseur** qui lui permet de transmettre l'information qu'il a acquise et enfin il est le **porte parole** de son organisation³.

❖ Le rôle décisionnel

Le cadre se trouve impliqué dans la prise de décision qui constitue l'un des aspects majeurs de sa fonction. C'est un **entrepreneur** qui prend l'initiative de transformer les potentialités en actions en passant à l'acte. Il se transforme en **régulateur** et essaie de trouver les corrections nécessaires en cas de perturbations susceptibles d'affecter son organisation. Il est aussi un **répartiteur de ressources** organisationnel dont il veille à une utilisation judicieuse. Enfin, le cadre est un **négociateur** représentant son organisation dans les opérations impotentes de vente de ses produits⁴.

En effet, le manager est l'acteur principal dans l'organisation, ses différents rôles doivent être satisfaisantes par excellence afin d'affronter le changement et d'assurer la pérennité de son organisation.

¹MINTZBERG, Henry. *Le management : voyage au centre des organisations. Op.cit.*, p. 33.

² LE PUT, Karine. , TOUATI, Delphine. , Sénèque. , SENEQUE, *Op.cit.*, p. 66.

³ EL GHAZI, Halima. *Op. cit.*, p. 107-108.

⁴ *Ibid.*, p. 108.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

Les organisations de santé sont complexes et dynamiques, leur nature exige que les gestionnaires assurent le leadership, ainsi que la supervision et la coordination des employés. Les tâches nécessaires à la production de service dans les organisations de santé nécessitent la coordination de nombreuses disciplines hautement spécialisées qui doivent travailler ensemble de façon transparente. Les gestionnaires sont nécessaires pour s'assurer que les tâches organisationnelles sont effectuées de la meilleure façon possible pour atteindre les objectifs organisationnels et que les ressources appropriées sont suffisantes pour soutenir l'organisation. Ainsi, les gestionnaires de soins sont nommés à des postes d'autorité, ou ils façonnent l'organisation et prennent des décisions importantes tels que le perfectionnement du personnel, l'acquisition de la technologie, l'allocation de la dépense de ressources financières. Ces décisions ne visent pas seulement à s'assurer que le patient reçoit le service les plus appropriés, opportuns et efficaces, mais également à atteindre les objectifs souhaités par les gestionnaires. Et enfin, ces décisions prises individuellement par les gestionnaires affectent la performance globale de l'organisation¹.

I-3-1-3 Le processus managérial

Le management indique un type particulier de direction, une finalité précise dans l'ordre de contrôle². Il n'est pas seulement d'ordre technique mais également d'ordre sociotechnique. En effet, le fond technique englobe les fonctions : prévoir, organiser et contrôler à priori si on est sur le bon chemin. Les contrôles à postériori, eux mesurent l'écart entre les prévisions et la réalisation et permettent la rectification du tir soit en changeant les prévisions, soit en changeant l'organisation. En revanche, la dynamique de l'humain comporte les fonctions : décider, motiver et communiquer. Ces éléments sont placés dans le schéma en « satellite » parce qu'ils interviennent à tout les niveaux du fond technique³.

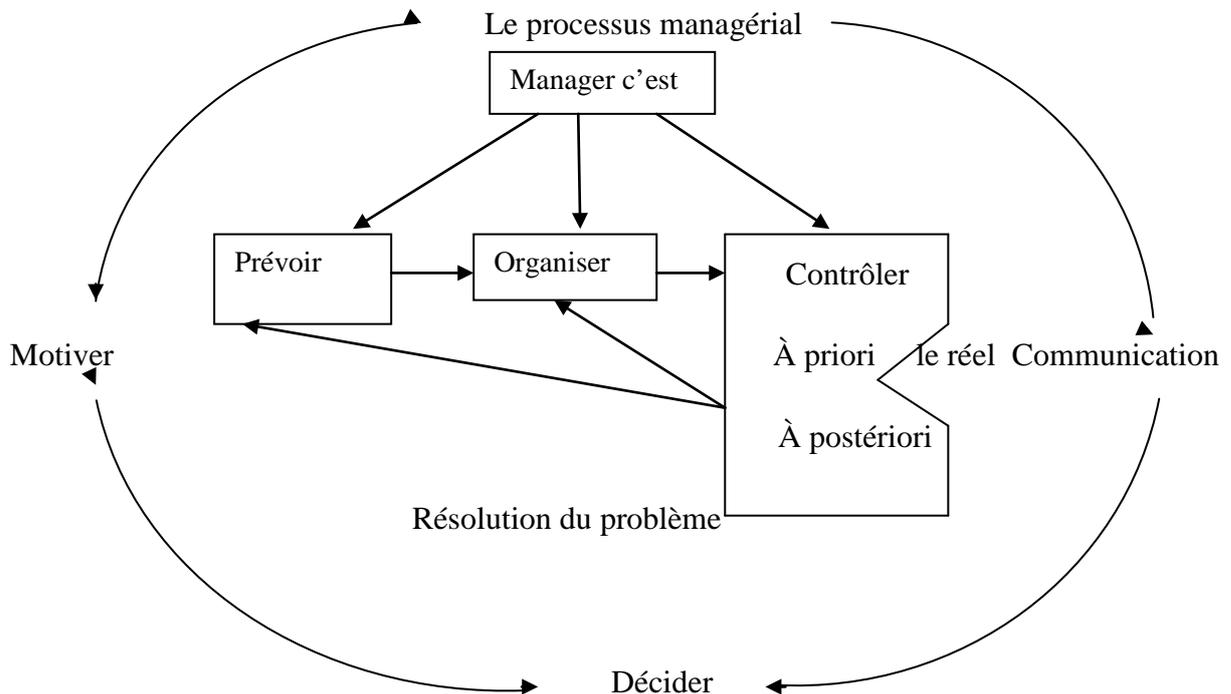
Nous représentons dans la figure suivante le processus managérial :

¹ THOMPSON, Jon. M., BUCHBINDER, Sharon. B., SHANKS, Nancy. H. [en ligne] An overview of healthcare management. Format PDF disponibles sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch1/REFERENCE%20ANGLAIS.pdf> (consulté le 19/02/2018).

² VERRIER, Pierre- Eric. Les spécificités des managements publics : le cas de la gestion des ressources humaines. *Revue politique et management publique*. 1989, Vol 7, n°4, p. 47-61.

³ EL GHAZI, Halima. *Op.cit.*, p. 76.

Figure n°04 : Le processus managérial



Source : EL GHAZI, Halima. *Type de manager et pratiques entrepreneuriales en Algérie (secteur public)*. Thèse de doctorat. Finance. Tlemcen : université aboubeker Belkaid, 2011, p. 76.

Le processus managérial vise à définir les buts de l'organisation, puis coordonne, harmonise, et mobilise le personnel et les efforts autour des objectifs afin de diriger au mieux l'organisation.

I-3-1-4 La complexité du management au milieu hospitalier

Selon Genelot « *l'être humain compte sans doute parmi les êtres les plus complexes, sa maîtrise du langage et de communication, sa capacité d'intelligence et d'apprentissage, sa faculté à se penser lui-même, ouvre les possibilités d'auto-organisation et des facteurs de complexification d'ordre supérieur¹* ». La complexité inhérente à la nature humaine gravite un échelon avec l'émergence de son esprit devenant un être de passion et d'invention, imprévisible et autonome et il se développe avec le développement de son environnement. En effet, chaque individu importe à l'organisation sa propre complexité et le management de ses immenses diversités dynamiques individuelles imbriquées en vue de la réalisation des

¹ GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité : réflexion à l'usage des dirigeants*. 4^{ème} édition. Paris : INSEP CONSULTING édition, 2011, p. 196.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

objectifs communs des hommes aussi singulière et autonomes est véritablement une gageure qui donne le vertige et suscité l'admiration¹.

L'hôpital n'échappe pas à cette complexité, la complexité de relation entre les différents acteurs due à la confrontation des rôles et au cloisonnement qui génère des conflits énormes a conduit les spécialistes des organisations à développer ses modes de fonctionnement, autrement dit leur système relationnel : comment les gents travaillent, décident, coopèrent, tentent de résoudre ces problèmes, cette pratique met en évidence des stratégies d'acteurs en fonction de ce que chacun pense être son intérêt². Ainsi la transformation de l'environnement économique et l'apparition de nouveaux enjeux managériaux ainsi que l'instabilité grandissante de l'environnement exige des entreprises et des managers de développer de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences afin de s'adapter à cet environnement,³ et ce par la redéfinition de l'organisation des services mais également le rôle des agents⁴. De plus, le développement d'une stratégie organisationnelle exige des considérations de la communication institutionnelle qui s'avère indispensable en cas d'une volonté d'un changement au niveau des attitudes et des comportements. Ceci amène certains auteurs, comme Mucchielli à affirmer que « *si le manager est incompetent en communication interne, il est incompetent en management* » et que « *le management nous apparait donc comme un art de résoudre, par différentes formes de communication internes les problèmes organisationnels standards et récurrents qui se présentent à tout responsable*⁵ ». En effet, le système formé par l'organisation et son environnement devient totalement imprévisible et incontournable et difficilement « gérable ». Cependant la capacité de ces organisations à gérer dans la complexité est un déterminant capital de leur survie et de leur développement⁶.

Autrement dit, le management consiste à se doter d'un ensemble d'outils, méthodes, dispositifs, de principes et de pratiques afin de permettre à un collectif (les acteurs) de satisfaire mieux (le souci d'efficience) des objectifs communs(les missions) dont la

¹ GENELOT, Dominique. *Op.cit.*, p. 196-197.

² CREPIN, Daniel. L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations. *Revue recherche en soins infirmier*. Avril 2007, n°91, p. 97- 105.

³ AUGER, Pascale. *Manager des situations complexe : quelles compétences développer pour l'entreprise de demain ?* 1^{ère} édition. Paris : édition DUNOD, 2008, p. 22-23.

⁴ DIVAY, Sophie. Les cadres de la santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, Avril 2008, n°128, p. 677-687.

⁵ MEDINA, Pablo. , GHIZLAINE, Lahmadi. La dimension communicationnelle du management hospitalier. *Revue communication et organisation*, n°41, p. 157-168.

⁶ CECILE, Godé. , PIERRE, Barbaroux. *Girer la complexité : quels rôles pour la technologie de collaboration ?* In : actes XVIII de conférence internationale de management stratégique : association international de management stratégique, Grenoble, juin 2009, p. 1-23.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

principale est de rendre un service de qualité en toute sécurité pour le patient. Face à ces exigences Le manager est contraint de répondre à de nouveaux rôles suscités par la complexité du système qu'il gère. Cette complexité constitue un défi pour le manager mais qui ouvre la voie à de nouveaux axes de développement en détectant ses opportunités au sein de son environnement.

I-3-2 L'apport du management à la santé

Des réformes engagées ces dernières années accélèrent la diffusion d'une culture de la performance et de l'efficacité dans les hôpitaux. Avant d'évoquer ces principaux travaux de recherche menés en gestion de la santé, il est préférable de présenter en premier lieu une vue d'ensemble sur la réalité du management à l'hôpital.

I-3-2-1 La réalité du management à l'hôpital

Selon Henry Mintzberg le management est l'activité propre du dirigeant¹. En effet l'hôpital fait partie des organisations publiques dont leur management est défini ainsi : « *un ensemble de processus, de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques, visant à développer leur performance générale et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation* »². Il offre un service public qui s'appuie sur des principes de continuité, d'égalité et de mutabilité des activités³.

En effet, « *quelques éléments de réflexion sur le management hospitalier sont développés ici. On insistera plus particulièrement sur deux points : toute approche de l'établissement de soins en terme managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme les autres et qu'il est marqué par une certaine spécificité notamment au niveau de ces missions et de son rapport avec son environnement, ensuite il est une structure complexe à l'intérieur de laquelle intervient des groupes divers* »⁴.

A l'hôpital, le management doit s'estimer en prenant en considération différents éléments constitutifs de l'organisation :

- Les hommes au travail ne sont pas seulement des employés mais également des acteurs qui 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.

¹MEDINA, Pablo. , GHIZLAINE, Lahmadi. *Op.cit.*, p. 157-168.

²RIVIERE, Audrey. *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Montpellier: université de Montpellier 2, 2014, p. 25.

³BARTOLI, Annie. , BLATRIX, Cécile. *Management dans les organisations publiques. : déficit et logiques d'action*. 4 ème édition. Paris : édition Dunod, 2015, p. 62.

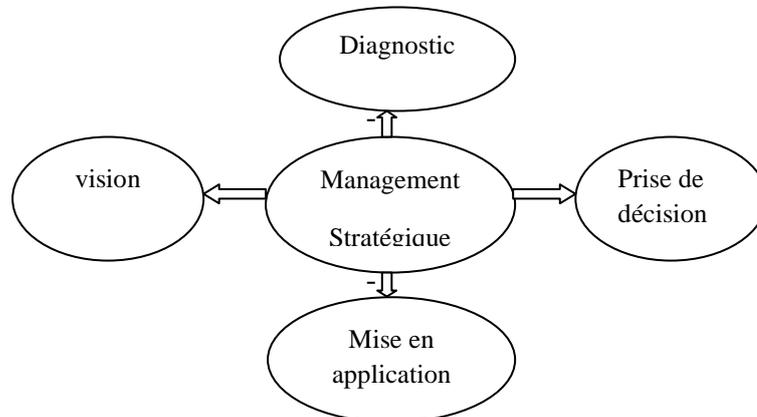
⁴STUDLER, François. *Op.cit.*, p. 43-52.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

- Ils progressent dans le système exceptionnellement complexe qui est l'hôpital avec ses variables humaines, économiques, et scientifiques...etc.
- Pour prévoir le changement, conduire les projets et innover, il est vital, pour le directeur de transformer son image et de construire une pensée stratégique.¹
- La stratégie peut être envisagée selon deux niveaux : le premier concerne la formulation stratégique qui a pour objet de « structurer la démarche de réflexion des dirigeants pour arriver à des choix stratégiques ».le second est le management stratégique reflétant « les conditions de mise en œuvre de ces choix et l'organisation des actions collectives qui permettront d'obtenir la performance attendue »².

La figure suivante représente les composantes essentielles du management stratégique :

Figure n° 05: Les composantes du management stratégiques



Source : BENOIT, Christine. Manager un établissement de santé : la logistique au service de l'humain. 2^{ème} édition. Paris : édition Gereso, 2015, p. 44.

La stratégie est une démarche proactive³, elle repose sur un diagnostic permettant l'analyse des forces et des faiblesses, des ressources et des compétences d'une organisation, ainsi que les menaces et les opportunités de l'environnement. Après avoir établi le diagnostic, il est nécessaire de prendre des décisions qui vont permettre de fixer les objectifs à atteindre et en affectant les moyens indispensables pour leur réalisation. Ensuite, les dirigeants doivent communiquer leur vision stratégique aux différents membres de cette organisation. Enfin, la mise en œuvre de celle-ci par l'allocation des moyens nécessaires, des plans opérationnels, et par la mobilisation et l'implication de l'ensemble des acteurs dans l'action.

¹ GHRISSI, Larbi. *Op.cit.*, p. 136.

² KHAMRI, Leila. *Op.cit.*, p. 9.

³ BENOIT, Christine. *Op.cit.*, p. 43.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

A l'hôpital, la construction stratégique peut avoir pour origine le sommet stratégique car celui-ci a une bonne connaissance de l'environnement, mais également cela implique une concentration des acteurs hospitaliers concernés car ceux-ci disposent d'une connaissance du terrain. La stratégie doit être la rencontre du sommet stratégique et du centre opérationnel par la construction de projets suscitant un véritable dialogue. Cependant, le développement d'une stratégie à l'hôpital permet un changement de logique et combine la stratégie individuelle dans une stratégie d'ensemble et déplace l'attention des attributions aux contributions. L'intérêt de cette stratégie qu'il s'agit d'une approche globale et transversale permettant ainsi de surmonter les clivages entre les acteurs de l'organisation.¹

Aujourd'hui le management de l'hôpital relève de la capacité à réunir les compétences scientifiques, médicales, techniques, soignantes, et managériales.²

Autrement dit, le management performant permet de maîtriser le futur d'une organisation par la réalisation de ses objectifs dans les meilleures conditions et ceux par l'implication de tous ses responsables dans la définition, l'élaboration la clarification de ses buts. Celui-ci est assumé par l'adaptation de l'organisation aux objectifs et au choix stratégiques retenus. En effet la qualité du management est évaluée au regard des décisions prises mais également de la capacité à faire adhérer les acteurs aux objectifs et aux missions afin d'assurer leurs réalisations.

I-3-2-2 Les principaux travaux en management de la santé

Quant à Etienne Minvielle « *la question du management dans la santé peut aisément être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : finance, gestion des ressources humaines, stratégie, contrôle de gestion, etc. mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe. On a peut être jamais associé le mot management à toutes les évolutions et réformes de secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de performance, évaluation, rationalisation. Pourtant la masse critique des travaux de recherche sur le sujet reste relativement faible. De ce fait les connaissances sur lesquelles s'assoient les règles du management préconisées ne sont pas toujours évidentes à cerner. Des effets de monde se glissent. La spécificité du champ de la santé ressort³ ».*

Une importante part des travaux de recherches menés dans le champ de la santé illustre l'apport du management dans ce domaine en s'intéressant à la maîtrise des dépenses

¹ BENCHIKHA, Fatma Zohra. *Op.cit.*, p. 18-19.

² *Ibid.*, p. 19.

³ Pouvoirville, Gérard. *Op.cit.*, p. 35.

de santé qui devient une question récurrente pour les pouvoirs publics.

❖ PMSI et la tarification à l'activité

Le PMSI est un système d'information rapprochant des éléments de diagnostic médical à la consommation des ressources que leur prise en charge nécessite. Selon des catégories majeures de diagnostic chaque patient est affecté à un GHM selon le type de la pathologie et les soins requis et surtout leurs coûts. Cependant, l'ensemble des activités des établissements de santé ne peuvent pas être déterminées sur la base des GHM, le système de paiement prévoit en plus de paiement au séjour pour les GHM le paiement en sus de certains médicaments ou dispositifs médicaux particulièrement onéreux, un forfait annuel pour les urgences, les prélèvements d'organes ou des greffes. Comme elle prévoit une enveloppe pour les missions d'intérêt générale, les missions enseignement et de recherche¹.

En effet l'introduction de systèmes de paiement favorise une concurrence entre les établissements ayant fondée sur la comparaison de leur coût².

❖ Gestion de la qualité et de la sécurité

La gestion s'est largement intéressée aux questions relatives au financement, cependant d'autres aspects de la performance ont été investis au cours de ces dernières années. La qualité et la sécurité des soins prennent le premier rang. En effet, de nombreux outils et méthodes ont vu le jour autour des notions de démarche qualité, et plus précisément d'assurance et d'amélioration continue de la qualité depuis les années 1980. Sur ce thème le management a conduit à mettre en lumière, à côté de l'expertise professionnelle, l'organisation requise pour garantir cette qualité. Comme dans d'autres domaines à domination professionnelle, l'expertise médicale reste la clé de voûte de la qualité des soins délivrés dont la gestion de risques est devenue une composante essentielle de ce sujet.³

❖ Performance et tableaux de bord stratégique

L'intérêt des travaux évoqués ci-dessus est de considérer simultanément le couple coût- qualité dans la performance des établissements de santé. En effet, le développement de tableaux de bord intégrés, et de systèmes associés de reporting d'indicateurs constitue un des grands sujets actuels du management hospitalier. Ce dernier ne considère plus uniquement la dimension financière mais qui intègre également des critères de qualité, de la satisfaction de clients ou de la capacité de changement. Ils sont censés d'asseoir une vision stratégique, ce

¹GREVIN, Anouk. *Les transformations du management des établissements de santé et leurs impacts sur la santé du travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soin de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste »*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Nantes : université de Nantes, 2011, p.33-34.

²Pouvoirville, Gérard. *Op.cit.*, p. 36.

³*Ibid.*, p. 37.

I-L'organisation hospitalière : de La complexité au management

qui signifie que chaque établissement est capable, à partir des données chiffrées proposées par le tableau de bord, d'anticiper ces futures contraintes ou opportunités et de développement¹.

❖ l'organisation de la prise en charge du patient

La recherche de l'organisation nécessaire à la prise en charge des patients emprunte au champ de la gestion son inclinaison à comprendre les processus par lesquels la production est assurée et à déterminer les principes qui favorisent sa performance financière. En effet, l'enjeu est de savoir comment gérer une singularité, celle du patient mais à grande échelle. Avec cette tension, il s'agit de distinguer les pans d'activité qui peuvent être standardisés par des protocoles afin que les professionnelles prennent les décisions les plus judicieuses. L'approche de l'organisation du travail est autant indispensable lors de la prise en charge de patient, il se manifeste à travers un réseau de soins coordonnés entre les professionnels donnant lieux à des liens différant avec des thèmes connexes qui seront satisfait à titre d'exemple par les nouvelles technologies de l'information constituant un grand sujet censé d'améliorer la coordination entre les professionnels. Ainsi, la relation avec le patient est également à considéré comme un élément plus visible de cette organisation du fait de sa participation par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer ou pas, aux consignes qui lui sont données, et à la qualité de l'organisation².

En effet, dans le désir d'une gestion plus cohérente pour répondre à une inefficacité du service public tant dans le service et la maîtrise des coûts, le management s'efforce à démontrer l'existence des connaissances managériales utiles à les appliqués dans le champ de la santé, et ce par la mise en place du management ressources financières, et le développement des outils de gestion d'une production à grandes échelle dispensé avec qualité et sécurité par une équipe compétente, intelligente et bien coordonnées.

¹ Pouvoirville, Gérard. Op.cit., p. 37-38.

² *Ibid.* , p. 38.

La conclusion

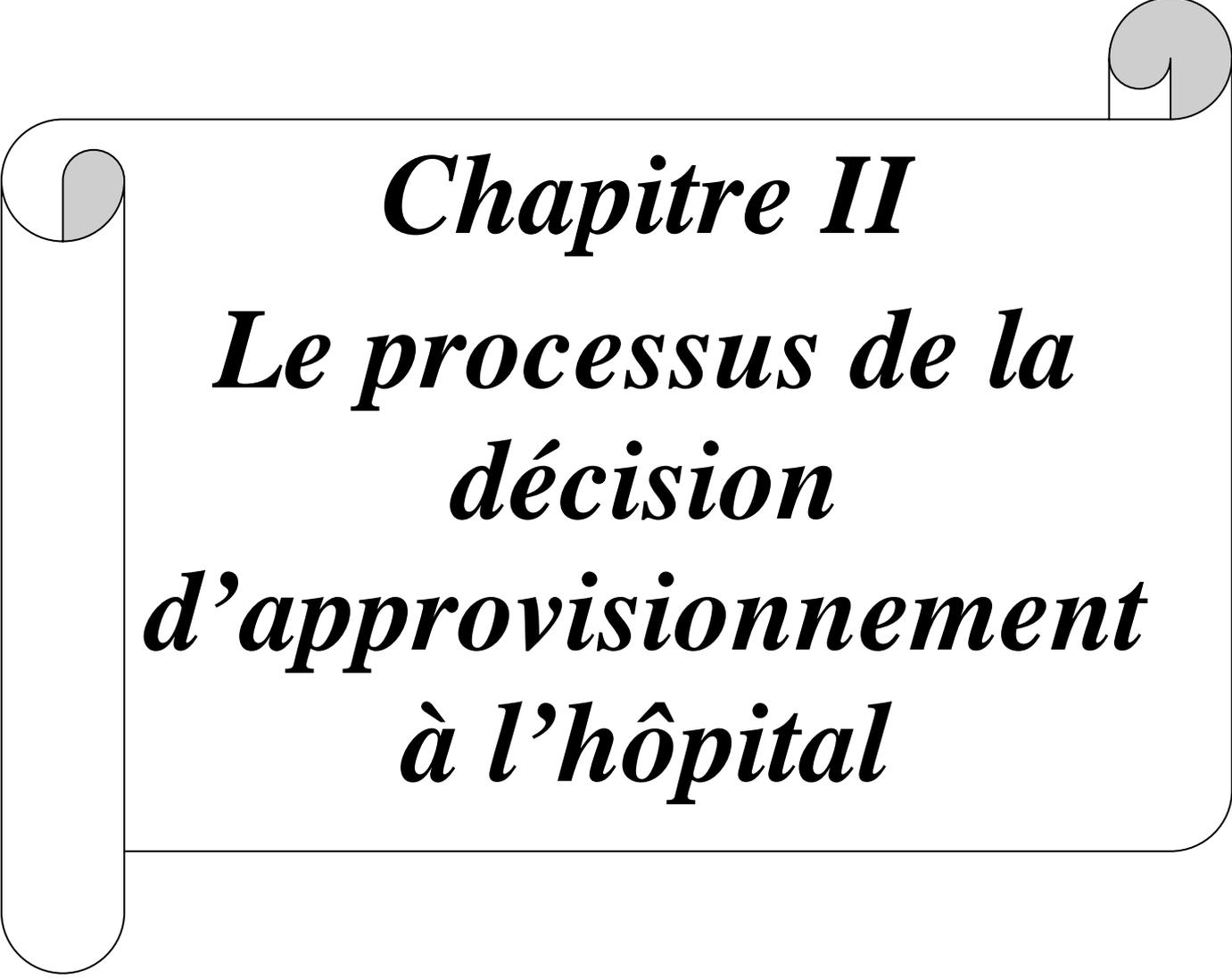
Après avoir présenté le modèle de la bureaucratie servant à appréhender l'organisation hospitalière, on peut dire que l'hôpital est un système très complexe, d'une production spécifique, axée sur l'être humain où l'incertitude est sa principale caractéristique. Cette complexité est liée aux missions, aux métiers, également au système de décision et à l'environnement. Ainsi, l'étude des différenciations existantes au sein de l'hôpital nous permet de détecter l'origine des conflits dus à la confrontation des rôles et au cloisonnement des différentes unités duquel émerge le clan des gestionnaires et celui des médecins.

Face à cette complexité le management s'efforce d'apporter ses fruits pour servir le domaine de la santé en introduisant des changements par l'adoption de nouvelles pratiques de gestions plus performantes et le développement d'un manager de type de leadership.

Dans un tel contexte la prise de décision s'avère importante et irréversible, et dans lequel la recherche de la performance vise l'optimisation des ressource et la mobilisation des acteurs afin d'atteindre les objectifs.

La décision d'approvisionnement et celle de l'achat constituent de véritables décisions stratégiques permettant le développement de l'hôpital et la gestion efficiente des deniers publiques.

Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation du concept de la décision, le processus décisionnel, ainsi que la décision d'approvisionnements et celle de l'achat à hôpital.

A decorative graphic of a scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges curving inward. The text is centered within the scroll's frame.

Chapitre II
Le processus de la
décision
d'approvisionnement
à l'hôpital

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Introduction

La prise de décision constitue l'un des aspects majeurs de la fonction du dirigeant, et un préalable à toute action.

Décider, c'est choisir l'action à entreprendre, une action parmi celle qui sont possibles permettant d'apporter une solution satisfaisante à un problème donné. Ce choix est considéré comme le plus pertinent pour atteindre l'objectif voulu. La prise de décision suit un processus où celle-ci est la dernière étape.

A l'hôpital, la prise de décision est un art difficile, confronté à un contexte de forte incertitude, un processus extrêmement complexe, caractérisé par un grand nombre d'instances consultatives où la relation entre le directeur et le médecin revêt une certaine particularité permettant d'assurer un rôle pédagogique et administratif.

La décision est un acte de management, le choix peut être rationnel, affectif, comme il peut être politique. Au niveau d'une structure hospitalière ces choix sont réunis, ils sont favorisés par le recours au système d'information considéré comme un outil d'aide à la décision accompagnées de l'intuition du décideur en cas de l'incertitude.

La logistique hospitalière apporte le soutien aux activités de soins, celles-ci s'accaparent des sommes colossales du budget ce qui revêt l'importance des décisions d'approvisionnement en matière de définition préalable des besoins et celle de l'achat.

Le second chapitre sera consacré à cerner l'aspect théorique de la décision à l'hôpital en particulier celle de l'approvisionnement et de l'achat. De ce fait, notre première section sera consacrée à présenter le processus décisionnel au milieu hospitalier, puis, la deuxième section portera sur la logistique hospitalière en particulier celle de l'approvisionnement, et enfin, la dernière section fera l'objet de l'achat publique hospitalier.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-1 Le processus décisionnel au milieu hospitalier

La décision est essentielle pour la pérennité et le développement de toute organisation car celle-ci est un préalable à toute action. En effet, la prise de décision à l'hôpital dans un contexte de recherche de la cohérence et de la performance est un phénomène complexe, L'élaboration de ce processus fait intervenir plusieurs acteurs disposant des informations complémentaires dont la dominance est détenue par le directeur et les médecins.

II-1-1 Le concept de la décision

Au préalable, il nous apparaît opportun de définir la notion de la décision, ses caractéristiques aussi bien les différents types de celle-ci avant de présenter le processus décisionnel appliqué au milieu hospitalier.

II-1-1-1 Des définitions complémentaires

Etymologiquement décider vient du latin « décider » qui veut dire « trancher ». Décider est un acte important pour le décideur¹. Selon Ricœur « *se décider, c'est trancher le débat en faisant sienne une des options considérées* ». En faisant sienne une des options possibles, le décideur exprime un jugement. En effet, prononcer un jugement c'est dans une cour de justice prendre une décision. de ce fait l'action de décider c'est une opinion exprimée, un jugement prononcé qui peut être une constatation, un ordre, un conseil, une promesse plus une décision².

Autrement dit, celle-ci présente une variété de définition selon le domaine de la recherche, dans ce qui suit, nous présenterons celle données dans notre discipline :

Mintzberg analyse « *la décision comme un processus qui consiste à être, en permanence, placé devant des choix* »³. Quand à Kast la décision est synonyme « *d'un choix entre plusieurs définitions existantes ayant chacune des conséquences différentes, le choix sera fait selon des critères précis de sélection* »⁴.

Ainsi, selon Longueville « *la décision est un processus de transformation d'information, il conduit un acteur ou un groupe d'acteurs de l'organisation à répondre à*

¹ Haute autorité de la santé. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé*. Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles. Janvier, 2005, paris, p. 20.

² HEITZ, Jean- Michel. La décision, ses fondements et ses manifestations. *RIMHE : revue interdisciplinaire management, homme et entreprise*. Janvier 2013, n° 5, p. 106-117.

³ ABI AKLE, Audrey. *Visualisation d'information pour une prise de décision informée en exploration d'espace de conception pour shopping*. Thèse de doctorat. Génie industriel. Centre Sepélec : laboratoire génie industriel, 2015, p. 38.

⁴ CHARRON Jean- Luc. , SEPARI, Sabine. *Organisation et gestion de l'entreprise : manuel et applications*. Paris : édition Dunod, 2004, p. 291.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

une question donnant lieu à une action (par la réponse) »¹.

En effet, quelque soit la définition retenue, la décision peut être considérée comme un enchaînement d'étapes qui permet de répondre à une question ou de résoudre un problème et ce par la sélection d'un choix parmi les différentes options données sur la base d'un certains nombres de critères bien précis le traitement pertinent des informations. De plus, au sein d'une organisation publique « *la décision est l'action d'arbitrage menée par une personne qui consiste à porter un jugement sur une situation comportant plusieurs options et à trancher parmi ces différentes options. La prise de décision implique l'appréhension du risque et l'engagement de la responsabilité : une décision sans action demeure une simple hypothèse sans suite »².*

Donc la décision dans une institution publique est une action d'arbitrage qui vise à obtenir les meilleurs compromis entre les objectifs contradictoires en satisfaisant au maximum les parties en négociation. La décision implique la prise d'un degré du risque selon l'importance de celle-ci et oblige les parties prenantes à assumer leurs responsabilités.

II-1-1-2 Des caractéristiques spécifiques à la décision en santé

La décision dans le domaine de la santé publique présente quelque caractéristiques spécifiques qu'on peut résumer dans les points suivants :

- ❖ **La part de l'incertitude :** la prise de décision en santé comporte une forte incertitude quand à l'activité médicale ou administrative et ceux en matière de sécurité. En effet, cette incertitude dûe au fait que ces décisions qui sont prises sur la base des informations partielles, incomplète présentent des interrogations multiples.
- ❖ **La complexité de l'établissement sanitaire :** la question de pilotage des systèmes de santé est implicite, de plus, la variété des acteurs intervenant dans ce système fait que le circuit de la décision soit beaucoup plus complexe.
- ❖ **La place de l'urgence et l'obligation d'agir :** le système de santé est confronté aux difficultés de la prise en charge des risques vitaux et immédiate. En revanche, les décisions prise sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé des personnes ce qui engendre un engagement totale de la responsabilité des décideurs.
- ❖ **La forte composante émotionnelle :** car la décision concerne la santé et, le cas échéant, la vie d'être humain, elle intervient dans un contexte de forte composante psychologique

¹ HANINE, Mohamed Amine., BOUKOUCHI, Youness. OKAR, Chafik., MARZOUK Abderrahim. *Un modèle pour la capitalisation du processus décisionnel*. In Actes de conférence, mai 2015. Researchgate, 2015, p. 1-16.

² GUIFFAULT, Béatrice. *Op.cit.*, p. 22.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

et émotionnelle. Les conséquences en sont patentes en matière de santé publique mais cette situation explique également les réactions souvent vives, parfois irrationnelles suscitées par les décisions des pouvoirs politiques de santé, de gestion hospitalière ou de remboursement des soins.

- ❖ **La prééminence de l'individu dans le processus de décision** : le caractère intime des questions de santé donne à l'individu une place déterminante dans la prise de décision. En effet l'information des patients est un préalable à son consentement et on ne peut imposer des soins à une personne que dans des cas exceptionnels. Ainsi, les autorités ont une obligation d'information et de rappel des personnes exposée à un risque. Mais cette autonomie sous l'influence de l'individu se trouve dans les choix de santé publique. Le comportement individuel est un déterminant majeur de l'état de santé influencé par la culture, la publicité, les messages d'information ainsi que les contraintes économique qui représentent un facteur primordiale des décisions de prévention ; d'adaptation des comportements et de recours aux soins. Enfin, l'individu détermine par son attitude face au système de santé l'efficacité des pouvoirs politiques publics menée, à titre d'exemple en matière de prévention et de dépistage, mais aussi l'évolution des dépenses, dans la mesure où il a la capacité de provoquer des remboursements en décidant de consulter ou exerçant une pression sur les patients.¹

II-1-1-3 Des typologies diversifiées de la décision

De multiples décisions sont prises en même temps dans l'organisation et aucune de celles-ci n'est identique à une autre : chacune a une incidence différente sur le fonctionnement, la rentabilité, la performance et même sur la survie de l'organisation. Il est possible de les répertorier selon leurs durées, leurs degrés de préparation, et leurs contextes.

Dans ce qui suit nous retiendrons la classification des décisions en fonction de leur importance donnée par Igor Ansoff² qui distingue les trois catégories suivantes :

- ❖ **La décision stratégique** : ce type de décision doit faire l'objet d'un plan d'action et d'une planification avec des objectifs tracés à l'avance. Elle engage l'organisation sur une longue période et conditionne sa position sur le marché. Elle possède également des particularités distinctes des autres types de décisions du fait de son importance, parce qu'elle peut avoir des conséquences lourdes, elle n'est pas répétitive et elle est incertaine

¹ TABUTEAU, Didier. La décision en santé. *Revue santé publique*. Avril 2008, vol. 20, p.297-312.

² AUBIN, Cédric. *Décider à hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Lyon : université Jean Moulin Lyon 3. 2013, p. 92.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

et complexe.¹ Celle-ci est prise en générale au sein d'une organisation publique par le directeur ou le comité de direction de l'organisation publique. Elle concerne les grandes orientations générales de l'établissement prise sur le long terme avec un degré de réversibilité quasi nul.²

- ❖ **Les décisions administratives :** ces décisions permettent de définir la manière dont les ressources de l'organisation doivent être utilisées pour qu'elles parviennent à la réalisation des objectifs définis dans le cadre des décisions stratégiques.³ Dans le secteur public ces décisions sont prises le plus souvent par la hiérarchie intermédiaire mais également par la direction. Ces décisions ont une implication forte pour l'organisation, elles s'inscrivent dans le moyen terme et à un degré de réversibilité plus élevé.⁴
- ❖ **Les décisions opérationnelles :** il s'agit des décisions de gestion quotidienne permettant de faire face à la demande journalière dans le respect des décisions tactiques tel que la gestion des stocks, de la main d'œuvre et des équipements.⁵ Au niveau d'une institution publique celle-ci relèvent des responsables opérationnels, elles concernent la façon dont les ressources vont être utilisées, l'élaboration des plannings de l'ensemble des imprévus qui surgissent au moment de l'exécution des opérations. Cette catégorie suppose un horizon temporel court, et une prévisibilité élevée⁷.

Ces trois catégories de décision se différencient non seulement par leurs horizons de temps mais également par le niveau de la responsabilité des décideurs et par le niveau d'agrégation.

II-1-2 Le processus décisionnel à l'hôpital

Les recherches menées sur la prise de décision ont abouti à la définition de nombreux modèles et considère cette dernière comme un processus continuant plusieurs phases successives.

Avant d'aborder ces différentes étapes et la rationalité liée au comportement du décideur il sera préférable d'avancer la définition du processus de la prise de décision et sa spécificité au milieu hospitalier.

¹ NAFFAKHI, Haïfa. *Op.cit.*, p. 121-122.

² GUIFFAULT, Béatrice. *Op.cit.*, p. 22.

³ NAFFAKHI, Haïfa. *Op.cit.*, p. 122.

⁴ GUIFFAULT, Béatrice. *Op.cit.*, p. 22.

⁵ GAOUAR, Adel. *Proposition d'un outil d'aide à l'évaluation des stratégies de coordination dans le fonctionnement d'un WEB-DSS : l'application à une gestion de production dynamique*. Mémoire de Magister. Informatique. Tlemcen : université Abou Bakr BELKAID, 2013, p. 14.

⁷ GUIFFAULT, Béatrice. *Op.cit.*, p. 22-23.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-1-2-1 Définition et caractéristiques

La décision n'est que l'aboutissement d'un cheminement ou d'un processus dont les étapes sont aussi importantes que le choix final. Celle-ci « *fait alors passer d'une situation amont à une autre situation aval entre lesquelles il y a à la fois continuité et rupture* »¹.

Donc tout type de décision est une condition d'élaboration d'un processus interne suite à une multitude de méthodes. Ce dernier est défini selon Mintzberg et autres auteurs comme étant « *un ensemble d'actions et de facteurs dynamiques qui débutent par l'identification d'un stimulus précipitant l'action et qui se termine par un engagement spécifique pour l'action* »².

La décision est un phénomène abstrait. À l'hôpital, celle-ci est un art difficile. Les acteurs intervenants dans le processus de la décision détiennent tous des connaissances très partielles dans la mesure où c'est rare qu'un acteur soit en possibilité de construire des solutions à partir de son propre savoir juger assez complet au regard de l'organisation.³

En effet, le processus de prise de décision à l'hôpital module ce critère de la qualité individuelle des acteurs dont l'organisation de processus pris après de nombreux filtres et avis et la décision ne tient compte que des arguments et des idées de bonne qualité⁴. Il présente également des similitudes avec les modalités d'exercice de la décision utilisée par d'autres organisations où le pouvoir est distribué entre plusieurs acteurs qui ne dépendent pas directement les uns des autres et où le dialogue a un rôle dans la prise de décision⁵.

De plus, le processus de prise de décision à l'hôpital public se caractérise par un grand nombre d'instances consultatives et la complexité du cheminement des propositions. En effet, ces éléments sont souvent imparfaitement maîtrisés par les acteurs. Les médecins connaissent relativement mal le circuit de la décision de l'hôpital mais le directeur assure auprès d'eux un rôle de pédagogie administrative⁶.

¹ NEMER, Rabiha. *Impact des TIC sur le processus de décision stratégique : une étude basée sur un échantillon des PME Algériennes dans le secteur des services*. Mémoire de magister. Stratégie. Oran : université d'Oran, 2011, p. 32.

² STEPHANE, Gérard. *Les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision dans les régions régionale de la santé et des services sociaux*. Mémoire maîtrise (M.Sc). Sciences de gestion. Montréal : école des hautes études commerciales de Montréal (HEC), 2003, p. 15.

³ AUBERT, François- Jérôme. *Op.cit.*, p. 10.

⁴ *Ibid.*, p. 42.

⁵ *Ibid.*, p. 43.

⁶ *Ibid.*, p. 125.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-1-2-2 Les phases de processus de décision

Le processus de la décision a commencé à susciter l'intérêt des théoriciens dès 1910¹, Il constitue un ensemble d'actions déclenchées par un événement, qui aboutissent à un engagement spécifique à l'action ce qui signifie que la décision est l'aboutissement d'un processus de réflexion². Beaucoup d'auteurs envisagent la prise de décision comme un nombre plus important de phases selon les modèles. En effet, le modèle séquentiel présenté par Schwenk synthétise les étapes à suivre en fonction de la nature du problème posé et le caractère individuel du décideur.

Nous présentant dans le tableau ci- après les phases de processus de décision selon Schwenk :

Tableau n° 03 : Les phases de processus de décision selon Schwenk

Hofer et Schendel. (1978)	Mintzberg et al. (1976)	Gluech (1976)	Mazzoulini. (1981)	Modèle générale
1- Identification de la situation. 2- Diagnostique d'environnement 3- Analyse des ressources 4- Analyser les écarts 5- Des solutions stratégiques. 6- Evaluation stratégique. 7- Choix stratégiques.	1-Phase d'identification -reconnaissance d'un besoin de décision -diagnostic. 2-Phase d'élaboration -recherche -conception 3-Phase de choix. -Examen. -Evaluation -Autorisation.	1-Evaluation (détermination des menaces et opportunité de l'environnement avantage comparatif de l'entreprise) 2-Choix, phase 1 Considérer les solutions stratégiques. 3-choix, phase 2 choix de la stratégie. 4-mise en œuvre. 5-évaluation.	1-identification d'un besoin de décision. 2-recherche de solution d'action. 3-une analyse des solutions d'action. 4-revue et approbation. 5-mise en œuvre.	1-définition de but, identification de problème. 2-énoncé des solutions stratégiques. 3-évaluation des choix. Mise en œuvre.

Source : ALDRIN. Jérémy. *Etude des processus de décision dans une organisation complexe : le cas d'une CCI*. Thèse de doctorat. Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion. Lorraine : université de lorraine, 2012, p. 19.

¹ KAROUÏ, Myriam., DAVAUCHELLE, Grégoire., DUDEZERT, Aurélie. *Système d'information et prise de décision à l'ère du « big data » : le cas d'une entreprise française de bâtiment*. In acte 18^{ème} colloque internationale de l'association information et management. Lyon : école centrale paris, laboratoire génie industriel, 2013. P. 1-18.

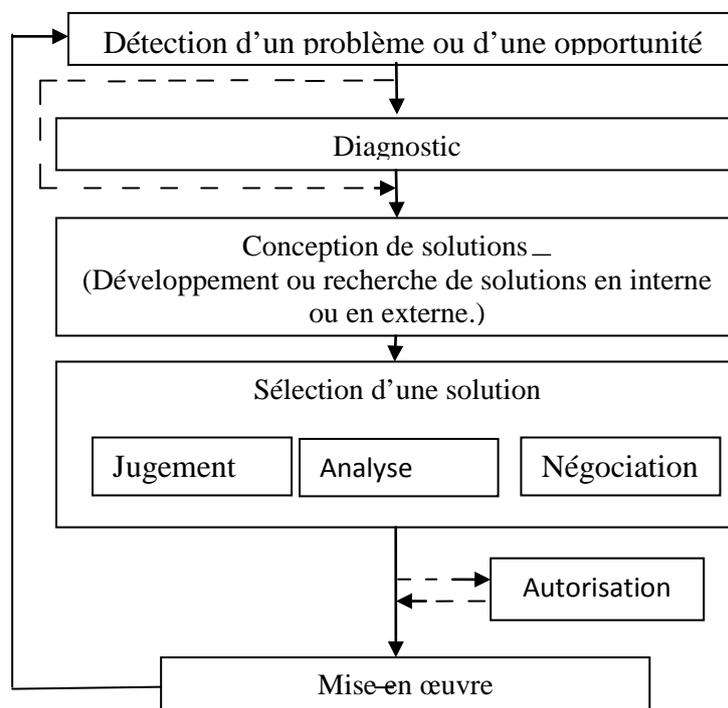
² GAOUAR, Adel. *Op.cit.*, p. 33.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

La lecture du tableau nous permet de constater que le processus décisionnel est constitué par la majorité des auteurs d'une succession d'étapes débutant par la formalisation des objectifs, ensuite l'identification des problèmes et la recherche des solutions possible ainsi que leurs analyses et enfin l'évaluation des choix et la sélection d'une solution parmi ces options et sa mise en application. Donc la décision n'est que l'étape finale de ce processus.

En effet, le modèle décisionnel adapté par l'organisation hospitalière est celui présenté par Mintzberg et autres. Ceux-ci proposent les phases suivantes: identification de problème, le développement de la solution et la sélection de la solution la plus appropriée.

Figure n° 06 : Modèle décisionnel de Mintzberg, Raisighani et Théorèt



Source : BERARD, Céline. *Le processus de décision dans les systèmes complexe : une analyse d'une intervention systémique*. Thèse de doctorat. Administration. Montréal : université de Québec à Montréal, 2009, p. 91.

L'étape la plus importante dans ce modèle est la reconnaissance de l'existence d'un problème car il oriente en grande partie la délibération des choix. Elle consiste à reconnaître en premier lieu l'écart entre la situation telle qu'elle est perçue et ce qu'elle devrait être selon l'avis des gestionnaires suivi d'un diagnostic permettant de clarifier les enjeux¹. Ensuite, pour aboutir au choix, le décideur fait recours à des approches analytiques et/ ou à un jugement

¹ GIRARD, Diane. *Le souci d'autrui dans la prise de décision des administrations*. Thèse de Ph. D. en administration. Montréal : HEC Montréal, 2013, p. 39.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

fondé sur son intuition et son expérience dépendamment de la complexité de la situation décisionnel. Ainsi une activité de négociation s'engage dès lors que les intérêts des individus divergent¹. Cette phase de développement des solutions le gestionnaire cherche à en créer une nouvelle ou à modifier celle qui existe pour résoudre le problème posé. Dans ce cas le processus devient plus complexe et peut être interactif, le décideur partant d'une vague idée de ce qui pourrait être la solution et incorporant d'une manière graduelle les divers éléments de solution provenant de la recherche ou d'une réflexion additionnelle, opération qui peut être répétée plusieurs fois avant que la solution désirée soit atteinte². L'autorisation vient en dernier lieu et permet la sélection de la solution la plus appropriée avant sa mise en application³.

A l'hôpital, le processus de décision est extrêmement complexe, il vise le traitement d'une multitude d'alternatives qui se présentent aux décideurs dans un contexte de forte incertitude⁴.

En effet, celui-ci comprend deux étapes : une délibération préalable à la décision (processus de consultation, concertation et demande d'avis) et une décision assurée par l'acteur possédant la prérogative de décider⁵. La délibération et la décision sont assurées au sein de plusieurs instances et la prérogative de la prise de décision revient dans la plupart des cas au directeur de l'établissement et étroitement dépendante de la préparation de la décision par différentes consultations et informations⁶. Le processus de la délibération à l'hôpital prend en considération les contributions argumentatives de l'ensemble des acteurs, il organise d'une façon subtile l'influence des acteurs des uns et des autres afin d'assurer à chaque instance une part de responsabilité de la décision prise par le directeur⁷. Il comprend une importante dimension de concertation, la préparation de la décision au niveau du directoire à un caractère collectif. Cette instance dont le rôle est essentiel, est concertée sous un vote pour dénombrer les préférences individuelles de ses membres. La préparation de la décision ne se limite pas à la définition des pistes de réflexion possibles, le directoire opère également une hiérarchisation des propositions et une évaluation *ex ante* des conséquences possibles de la décision⁸. La décision est arrêtée après un processus dont on ne connaît pas à l'avance le

¹ BERARD, Celine. *Op.cit.*, p. 91.

² GIRARD, Diane. *Op.cit.*, p. 40

³ BERARD, Celine. *Op.cit.*, p. 91.

⁴ AUBERT, François- Jérôme. *Op.cit.*, p. 15.

⁵ *Ibid.*, p. 28.

⁶ *Ibid.*, p. 33.

⁷ *Ibid.*, p. 119.

⁸ *Ibid.*, p. 124.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

passage de la délibération à l'étape de la décision. Le déroulement est le suivant : le président de la séance mène les débats en distribuant les paroles entre les parties prenantes, il attend que le moment semble propice, une fois que la plus part des arguments importants semblent avoir été échangés et évalués, après il formule une proposition, si cette proposition ne rencontre pas une opposition, elle devient une décision¹. Le processus de décision est alternativement dominé par les directeurs et les médecins. Ces derniers disposent des compétences techniques leur permettant de participer d'une façon prépondérante au débat et à la sélection des projets pertinents et leur architecture générale².

II-1-2-3 Les différentes rationalités du décideur

La rationalité est un phénomène complexe en lui même. En effet, chaque champ de recherche possède sa propre vision et méthode de mesure, de fonctionnement de la prise de décision³. De ce fait, nombreuses rationalités sont proposées par Simon, Cyert et Marck, Russel, héritées de la théorie économique⁴. Ces rationalités sont les suivantes :

- ❖ **La rationalité parfaite:** Appelée également la théorie des choix sans risques⁵, celle-ci suppose que l'agent économique est qualifié parfaitement ou substantivement rationnel si il agit d'une façon cohérente par rapport à l'information détenue, et si les décisions sont prise dans le but d'optimiser sa satisfaction, il possède également la capacité de traiter l'information à chaque instant et de réviser ses choix sur la base de cette information avec seul objectif qui est la détermination de l'action lui permettant d'atteindre le meilleur résultat⁶.
- ❖ **La rationalité limitée :** Cette approche de H. A. Simon s'oppose à la démarche rationnelle du fait que l'organisation est envisagé comme un système composé par de multiples acteurs évoluant en situation de rationalité limité⁷. Celle-ci est définie comme étant : « *la capacité de générer un comportement maximal en fonction des informations*

¹AUBERT, François- Jérôme. *Op.cit.*, p. 127.

² *Ibid.*, p. 173.

³ HOOREBEKE, Van Delphine. Une vision de la prise de décision rationnelle et irrationnelle, un construit individuel et collectif. *Les cahiers de série scientifique*. 2013, p. 1-29.

⁴ BELAARIBI, Fatma- Zohra. *Les méthodes quantitatives pour l'aide à la décision dans le domaine pétrolier : cas de la compagnie pétrolière SONATRAC*. Thèse de Magister. Sciences économiques. Tlemcen : université Abou Bakr Belkaid, 2009, p. 22.

⁵ BAAZIZ, Abdelkader. *Contribution à la réduction des risques liés aux décisions stratégiques dans les nouveaux environnements concurrentiels incertains : cas des entreprises publiques algériennes*. Thèse de doctorat. Sciences de l'information et de la communication. France : université d'Aix- Marseille, 2015, p. 151.

⁶ ABDERREZAK, Souhila. *Les dirigeants de la PME et la prise de décision stratégique : cas des PME productrice de boissons gazeuses et de jus dans la wilaya de Bejaia*. Mémoire de Magister. Bejaia : université A. Mira- Bejaia, 2014, p. 43.

⁷ PLANE, Jean- Michel. *Théorie et management des organisations*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2008, p. 142.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

disponibles et des ressource de calcul¹ ». Elle met en exergue la limitation des capacités cognitives du décideur qui n'est pas en mesure de l'optimisation des alternatives offertes. En effet, le décideur est incapable d'une part, de la recherche exhaustive de l'ensemble des solutions possible au problème posé, et d'autre part, d'évaluer chacune d'elles et de sélectionner la meilleure. Pour faire face à un problème donné, il opère un certain nombre de solutions envisageables, le plus souvent en puisant dans son expérience acquise dans des solutions similaire et il sélectionne la plus satisfaisante plutôt qu'il de s'efforcer à trouver une solution optimale².

- ❖ **La rationalité procédurale :** suite à la rationalité limitée en 1982, Simon introduit le concept de la rationalité procédurale mettant en avant le processus conduisant l'acteur à prendre ses décisions.³
- ❖ **La rationalité adaptative :** cette rationalité suggère que les responsables ne cherchent des solutions que sous la pression des problèmes exigeant des solutions. Le décideur dispose d'un répertoire des solutions ou procédures standards qui ont fait leur preuve dans le passé, grâce à l'expérience acquise par la résolution des problèmes identiques ou proche. Enfin, si une première tentative de solution du problème a échoué, le décideur va chercher des solutions toutes faites au voisinage du problème ou du premier essai⁴.

Le tableau ci-après résume les caractéristiques du décideur présenté à chaque type de rationalité :

¹ BELAARIBI, Fatma- Zohra. *Op.cit.*, p. 23.

² ABDERREZAK, Souhila. *Op.cit.*, p. 43.

³ BELAARIBI, Fatma- Zohra. *Op.cit.*, p. 23.

⁴ ABDERREZAK, Souhila. *Op.cit.*, p. 43.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Tableau n° 04 : Les caractéristiques de décideur adaptées aux types de rationalité

Les types de rationalité	Les caractéristiques du décideur
Rationalité parfaite	<ul style="list-style-type: none">- rationnel (maximise sa satisfaction, maîtrise les situations et les événements) ;- Complètement informé (les choix, les résultats).
Rationalité limité	<ul style="list-style-type: none">- Capacités cognitives limitées (difficulté d'anticiper l'avenir, vision partiel de l'environnement, alternatives restreintes...etc) ;- Partiellement informé (les solutions, les résultats),- Cherche une solution similaire et non pas optimal.
Rationalité procédurale	<ul style="list-style-type: none">- Rationnel.
Rationalité adaptative	<ul style="list-style-type: none">- Prends des solutions suite à l'implication des problèmes ;- Fait recours à des solutions prise dans le passé ;- Tente de trouver des solutions nouvelles.

Source : réalisé par nos-soins.

II-1-3 Le rôle du système d'information, de l'intuition dans la prise de décision

La prise de décision est un processus complexe, qui exige du décideur à être apte à analyser et anticiper en mieux les situations et les événements, en utilisant le maximum d'informations, et en faisant recours à son intuition dans des situations particulières.

II-1-3-1 Le système d'information

L'information nourrit la décision, une affirmation au cœur d'une vaste littérature¹. « *L'information est ce qui modifie notre vision morale, ce qui réduit notre incertitude*² ». Selon Mintzberg celle-ci « *est un ensemble de données qui sont reçues par un être humain qui les interprète, c'est aussi un élément de connaissances susceptible d'être codé pour être conservé, traité ou communiqué*³ ». D'une autre manière, l'information est la base du

¹ VERAN, Lucien. *La prise de décision dans les organisations : réactivité et changement*. Paris : Edition d'Organisation, 1991, p. 41.

² NEKKAL, Menana. *Le rôle du système d'information dans le développement stratégique des entreprises : étude de cas de la société Algérienne gestionnaire de réseaux de transport de gaz. (GRTG)* Mémoire de Magister. Economie et management. Oran : université d'Oran, 2014, p. 51.

³ MAHARRAR, Amina. *La mise en place d'un système d'information formalisé dans les entreprises algériennes*. Mémoire de Magister. Sciences de gestion. Tlemcen : université Abou Bekr Belkaid, 2014, p. 9.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

processus de prise de décision, il constitue la matière première du décideur, et sa valeur réside dans son emploi dans le contexte de la décision au moment le plus propice. Celle-ci n'est pas utilisée à l'état brut lors de la décision, elle nécessite un traitement et une transformation par la perception subjective du décideur ce qui nous amène à parler du système d'information.

Le système d'information est défini comme « *un ensemble de composantes inter reliées, qui recueillent de l'information, la traitent, la stockent et la diffusent afin d'aider à la prise de décision, à la coordination et au contrôle au sein d'une organisation*¹ ». En effet, Simon considère l'organisation comme un réseau d'informations qui nourrit le processus de prise de décision et apporte des modèles permettant la prise de décision, et que le système d'information représente la colonne vertébrale de celle-ci². Il précise également que la rationalité de l'individu est limitée, il cherche des solutions similaires et non pas optimales car il est incapable de le faire, mais l'ordinateur remplit ces insuffisances et apporte le soutien afin de développer sa rationalité dans la prise de décision³.

De ce fait, la maîtrise de l'information est un enjeu déterminant pour l'organisation y compris les institutions sanitaires.⁴ Quant au système d'information hospitalier celui-ci est défini « *comme l'ensemble des informations de leurs règles de circulation et de leur traitement nécessaire à son fonctionnement quotidien, à ces modes de gestion et d'évaluation aussi qu'à son processus de décisions stratégiques* ». Il constitue une des composantes des systèmes d'information de santé⁵. Il remplit énormément des besoins qu'on peut résumer dans le tableau suivant :

¹ MAHARRAR, Amina. *Op.cit.*, p. 10.

² عبد النور دحاك، رايح قارة. دور و أهمية المعلومات ونظم المعلومات في اتخاذ القرارات الإستراتيجية. مجلة نماء للاقتصاد والتجارة، دورية دولية محكمة تصدر عن جامعة جيجل، العدد 2، ديسمبر 2017، ص ص 84-100. متوفر على الرابط التالي:

<http://www.univ-jijel.dz/revue/index.php/Namaa/article/view/51/57>

³ دحاك، عبد النور. دور المعلومات و الحدس في اتخاذ القرارات الإستراتيجية بين Mintzberg و Simon. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية. دورية أكاديمية محكمة، نصف سنوية تصدر عن جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 12، ديسمبر 2017، ص ص 195-207. متوفر على الرابط التالي: <https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/12buss/4325-12>

⁴ SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat. Sciences économiques. Tizi-Ouzou : université MOULOUD MAMMERI, 2009, p. 101.

⁵ GUIRAL, Emilie. *Les systèmes d'information hospitaliers : histoire, enjeux, et difficultés rencontrés, devenir et lien avec les médecins de ville*. Thèse de doctorat. Pharmacie. Toulouse : université Toulouse III Paul SABATIER, 2014, p. 14.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Tableau n° 05 : Les besoins d'information satisfait par le SIH

Partie prenante internes	Parties prenante externe
Besoins propre aux acteurs internes	
Besoin en information des médecins interne de l'hôpital A des fins de diagnostic Afin de prendre les traitements	Besoin des médecins externes à hôpital Afin d'accéder aux données de leur patients hospitaliers Afin d'obtenir des données médicales Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital
Afin d'évaluer les prestations médicales. Besoins des personnels administratifs	Besoin de public Payer l'internet de hôpital afin d'envoyer les courriers A des fins d'éducation Afin d'être informe sur le recrutement en cours.
Besoin transversaux à hôpital	Besoin des partenaires d'affaire de l'hôpital Demande des systèmes de type Medicare Medicaid Demande des assurances privées Demande des fournisseurs d'hôpital
Besoin propre aux décisions stratégiques Afin d'analyser les situations financières A des fins de planification stratégique Afin d'allouer les ressources Afin d'assurer le contrôle de gestion	

Source : SIGNOLET, Lionel. *La relation dynamique entre système d'information et système de pilotage à hôpital*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Strasbourg : université de Robert SCHUMAN- Strasbourg III, (date inconnu), p. 75.

Burke et Menachemi définissent le SIH à partir d'une approche téléologique qui récence les besoins spécifiques satisfait par ce dernier¹. L'analyse de cette typologie d'informations nous permet de distinguer deux catégories d'informations : des besoins spécifiques à une catégorie d'acteurs (médecin ou administratif) et des besoins transversaux au fonctionnement de l'hôpital.

D'autre part, selon Simon le système d'information est considère comme un outil d'aide à la décision, sa tâche principale consiste à filtrer l'information, et non à la démultiplier². Le SIH remplit cette condition qui constitue un outil d'aide à la décision. En

¹ SIGNOLET, Lionel. *Op.cit.*, p.74

² HAKKAR, Kamel. *Evaluation d'un système d'information : pour un instrument de pilotage. Le cas du service « Evaluation des procédés » du CRIT Rhone- Poulenc Décines*. Mémoire de DEA. Sciences de l'information et de la communication. LYON : UNIVERSIT2 Jean Moulin Lyon III, école nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques, 1996, p. 12

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

effet le système interactif d'aide à la décision (SIAD) peut être défini comme « *un système d'information automatisé interactif, flexible, adaptable et spécifiquement développé pour aider à la résolution d'un problème de décision non structuré et améliorer la prise de décision. Il utilise des données, fourni une interface utilisateur simple et autoriser l'utilisateur à développer ses propres idées*¹ ». Il facilite la prise de décision d'un acteur confronté à une hypothèse de travail amenant ce dernier à se positionner sur trois dimensions temporels à la fois, le passé, le présent, et l'avenir. Il contribue également à la réduction des incohérences entre les décisions finales et les objectifs initiaux².

En effet, l'information est indissociable de la décision qu'il précède. Le système d'information permet d'une part, d'apporter le soutien aux décideurs disposant d'une rationalité limitée en développant de nouvelles idées, d'autre part de réduire l'incertitude face à la complexité et au changement de l'environnement.

II-1-3-2 Le rôle de l'intuition

L'intuition demeure un phénomène spontané, une connaissance directe et immédiate qui ne s'appuie pas sur la raison lors qu'elle se manifeste au niveau de la conscience, il est impossible de la provoquer par contrainte, elle est perçue comme une sensation vague, un présentiment de direction à suivre, ce qui complique son interprétation³. En effet, l'observation des pratiques de décision et la consultation de certains travaux en management stratégique, permet de relever que la plupart des dirigeants font recours à leur intuition dans leur prise de décision avec un degré variant selon la nature de la décision et la personnalité du décideur⁴. Cependant, Lebraty constate que le recours à l'intuition correspond à des problèmes mal structurés et aux domaines de la décision non programmable, ces situations concernent les décisions semi- structurées dans lesquelles un logiciel d'aide à la décision est utile pour la partie programmable mais garde un espace libre pour le décideur⁵. De plus, Dammak indique également que l'utilisation de l'intuition en tant que complément ou substitut à l'analyse formelle s'impose au vu des évolutions des contextes des décisions

¹ TAGHEZOUT, Noria. *Conception et développement d'un système multi- agent d'aide à la décision pour la gestion de production dynamique*. Thèse de doctorat. Toulouse, université de Toulouse, 2011, p. 47.

² *Ibid.*, p. 47-48.

³ BOURGELAS, Sylvain. *Le processus décisionnel stratégique des entraîneurs de petites entreprises industrielles*. Mémoire de la maîtrise en gestion des P.M.E et de leur environnement. Université de Québec à trois- Rivières, 1999, p. 26.

⁴ KAMMOUN, Mahja., BEN BOUBAKER CHERIB. L'intuition et la prise de décision dans les PME. [en ligne]. Format PDF. disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20sect...> (consulté le (06/07/2018).

⁵ *Ibid.*

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

caractérisées par une grande incertitude, manque de la fiabilité des données, des conséquences importantes et un engagement à long terme. Elles sont aussi non programmées, et complexe du fait qu'il n'existe pas de méthode prédéterminées qui permet de parvenir à une solution¹.

En effet, suite à la limitation de leurs capacités cognitives, le manque d'information et de temps et à cause d'autres contraintes, les dirigeants sont amenés à utiliser leurs intuitions guidées par leurs sentiments et leurs expériences.

L'hôpital demeure un système complexe où la prise de décision est confrontée à un fort degré d'incertitude et à un changement continu induit par l'environnement. Dans ce contexte, le système d'information est considéré comme un outil d'aide à la décision mettant à la disposition des décideurs les éléments nécessaires à la prise de décision, en assurant le contrôle et la coordination des parties prenantes. De plus, ces derniers font recours à leurs intuitions pour la recherche des solutions que le SI n'avait pas la possibilité de faire.

II-2 De la logistique hospitalière à la logistique approvisionnement

Selon FREMONT la logistique au sein de l'hôpital est une fonction complexe gérant des flux de produits et des circuits de distribution très différents². La logistique hospitalière représente près de la moitié du budget annuel d'un centre hospitalier. En effet, la logistique approvisionnement constitue un des leviers important permettant de moderniser les hôpitaux, mais également de réduire les coûts et ce par la diminution des stocks. La définition des besoins est une étape cruciale et la clé d'un achat réussi ce qui nécessite des études préalable et la prise en comptes des critères biens établis.

II-2-1 La logistique hospitalière

La logistique occupe une place primordiale dans le fonctionnement des hôpitaux, celle-ci assure la coordination des flux physiques et d'information afin de prodiguer des soins de qualité et à moindre coûts. L'hôpital est en mesure de satisfaire une part des achats très importantes et ce par une détermination ciblée des besoins.

Avant de procéder au traitement des éléments à prendre en considération dans la définition des besoins d'un achat public, nous allons donner un aperçu général sur la logistique hospitalière.

¹*Ibid.*

² IBEN EL FAROUK, Imane., TALBI, Abdennebi, JAWAB, Fouad. La logistique hospitalière : proposition d'une grille de sélection des indicateurs pour le pilotage de la performance. *Les cahiers du CEDIMES*. Hiver 2010, Vol 4, n° 4. P. 1-20.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-2-1-1 Le concept de la logistique

La logistique est une discipline concernant un ensemble de métiers, elle est transversale par les interactions qu'elle est amenée à exercer¹. En effet, le terme logistique vient du mot grec « logistike » signifiant l'art du raisonnement et du calcul, initialement, elle est issue du domaine militaire où elle définit l'ensemble des techniques mises en œuvre afin d'assurer l'approvisionnement, et le maintien en conditions opérationnelles des troupes armées en temps de guerre². L'ASLOG (Association des logisticiens d'entreprises) a définie la logistique comme : « *l'ensemble des activités ayant pour but la mise en place, au moindre coût, d'une quantité de produit, à l'endroit et au moment où une demande existe. La logistique concerne donc toute les opérations déterminant le mouvement de produit tel que : localisation des usines, et entrepôt, approvisionnement, gestion physique des encours de fabrication des commandes, transport et tournées de livraison* »³. » En outre, quel que soit la nature du produit et la structure de l'entreprise, le chemin de base du mouvement produits, que constitue le processus logistique de puis la matière première jusqu'au consommateur reste toujours le même : l'approvisionnement, la production et la distribution supposent une gestion efficace basée sur la planification et le contrôle des stocks⁴. De ce fait, la logistique est l'art de coordination et de combinaison de l'ensemble des flux physiques et d'information, elle contribue à une gestion efficiente des ressources de l'organisation et à la satisfaction du client.

II-2-1-2 La logistique hospitalière

« La logistique est l'ensemble des activités de conception, de planification, de gestion d'approvisionnement, de fabrication (bien et service), de livraison et de gestion des retours, du fournisseur jusqu'au bénéficiaire (patient). Tout en prenant en compte les trajectoires du patient au sein de l'hôpital sans lequel il n'y a pas de flux de production (pharmaceutique) ces activités s'orchestrent par les flux d'information entre les différents partenaires de la

¹ CAURBARIAUX, TERENCE. *Logistique appliquée à la gestion des stocks de dispositifs médicaux stériles à usage unique au centre hospitalo- universitaire de BRABOIS. Analyse de la performance des systèmes de gestion de stocks de DMS d'une CAMS et d'un BLOC commun de chirurgie*. Thèse de doctorat. Pharmacie. Nancy, université HENRI/ POINCARE NANCY 1, 2006, p. 6.

² MERZOUK, Salah Eddine. *Problème de dimensionnement de lots et de livraisons : application au cas d'une chaîne logistique*. Thèse de doctorat. Automatique et informatique. Paris : université de technologie de Belfort-Montbéliard et de l'université de Franche- Comté. 2007, p. 9.

³ BEN KAHLA-TOUI, Imen. *Op.cit.*, p. 36.

⁴ AZZARRADI, Otman. *Renforcement du système de gestion des stocks et amélioration de la logistique hospitalière : cas du stock des dispositifs médicaux implantables à la pharmacie de l'hôpital IBM SINA (CHIS)*. Projet de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de l'école nationale de commerces et de gestion. Audit et contrôle de gestion. Oujda, université Mohammed Premier, 2013, p. 28.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

chaîne et débouche sur des flux financiers. La finalité étant de fournir un service optimal pour la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients¹ »

Cette définition permet le constat de l'importance et la complexité de la fonction logistique du fait du nombre d'éléments en interaction qu'elle met en œuvre. En effet, celle-ci couvre généralement l'ensemble des activités de conception de planification et d'exécution permettant l'achat, la gestion des stocks et le réapprovisionnement des unités de soins. Ces activités sont orchestrées par les flux d'informations composés de données et de décisions permettant le bon fonctionnement de la chaîne logistique. De plus, leur accomplissement est assuré par une valeur monétaire prise comme un indicateur de performance.

La logistique hospitalière est scindée en deux parties : la première est les prestations hôtelières regroupant les activités à caractère non médicale tels que les repas, la blanchisserie, et le nettoyage, et la seconde la logistique médicaux-technique regroupant les activités à caractère médicale représentées par : les prélèvements pour analyse, les transports des produits sanguins, les achats et approvisionnements médicaux (laboratoire, pharmacie, médicaments, dispositifs), et des activités annexe comme l'action humanitaire².

Nous représentons dans le tableau ci-après les différents processus de la logistique hospitalière :

¹ La performance de la logistique hospitalière : du choix des indicateurs au pilotage de la performance. [en ligne]. Format PDF disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/important.pdf>. (consulté le 09/10/2018).

² KADDOUSSI, Aida. *Optimisation des flux logistiques : vers une gestion de la situation de crise*. Thèse de doctorat. Automatique, génie informatique, traitement du signal et Image. Lille : Ecole central de Lille, 2012, p. 32.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Tableaux n° 06 : Les processus de la logistique hospitalière

Sous- système	Processus métier	Processus logistique
Orienté patient	Consultations, interventions chirurgicales, soins	Transport sanitaire, brancardage, accueil.
Dédié pharmacie	Validation et aide aux prescriptions	Acquisition, stockage, dispensation et distribution des médicaments, dispositifs médicaux.
Dédié linge	Entretien des chambres	Collecte, nettoyage, distribution du linge.
Dédié restauration	Dispensation et distribution des repas.	Acquisition repas ou composants.
Soutient administratif	Activités administratives	Acquisition des fournitures
Soutient technique	Maintenance et équipements	Gestion des connaissances techniques des produits

Source : KADDOUSSI, Aida. *Optimisation des flux logistiques : vers une gestion de la situation de crise*. Thèse de doctorat. Automatique, génie informatique, traitement du signal et Image. Lille : Ecole central de Lille, 2012, p. 32.

II-2-1-3 L'importance de la logistique dans le budget

La logistique assure des tâches de plus en plus complexes dans des organisations des marchés en plein mutations¹. Ces multiples changements ont engendré la croissance des dépenses de santé. En effet, des études ont tenté de cerner l'ampleur des coûts associés à ces activités ; CHOW et HEAVER ont décomposé les différentes dépenses d'un hôpital en leur attribuant un pourcentage associé aux activités logistique chose qui leur permet d'estimer que le point de ces activités est à horizon de 46% des dépenses totales. Ces résultats permettent de constater que l'activité logistique dépasse les frontières d'un seul service. En outre, selon une étude américaine les centres hospitaliers représentent 41% des coûts de la chaîne d'approvisionnement (coûts de distribution physique, transport, de gestion des commandes et de gestion des stocks) alors que les fabricants et les distributeurs assurent respectivement 33% à 26%².

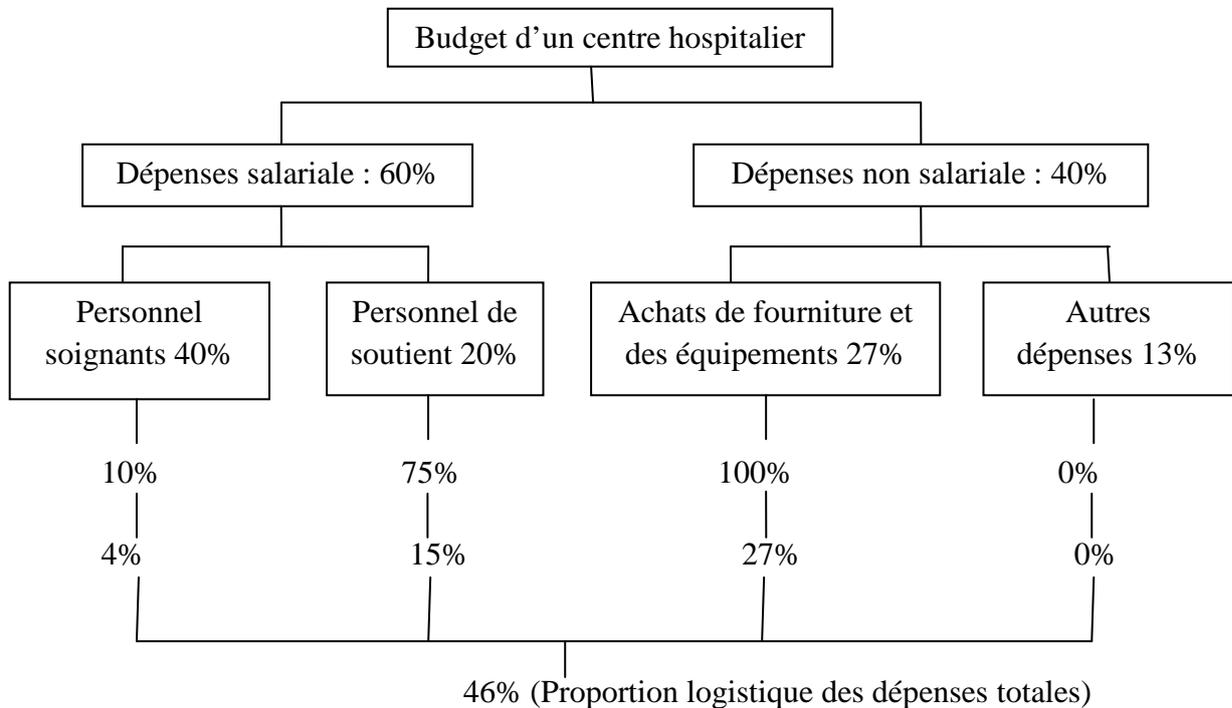
¹ GOZE BARDIN, Isabelle. *Les défis de la logistique de distribution à horizon 2035*. *Revue management et avenir*, avril 2009, n°24, p. 217-236.

² LAUDRY ; Sylvain., BEAULIEN, Martin. La logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? *Revue gestion*. Avril 2002, V26, n°4, p. 1-9.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Nous représentons dans la figure suivante la part des activités logistiques prise dans le budget globale d'un centre hospitalier.

Figure n° 07 : La part de la logistique dans le budget global selon CHOW et HEAVER



Source : LAUDRY ; Sylvain., BEAULIEN, Martin. La logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? *Revue gestion*. Avril 2002, V26, n°4, p. 1-9.

Selon CHOW et HEAVER les activités logistiques s'accaparent d'une part appréciable des dépenses du secteur de la santé pouvant atteindre jusqu'à 46% du budget total d'un centre hospitalier. En outre, la lecture de cette figure permet de constater que des sommes colossales sont réservées pour les achats en fournitures et équipements servant à réapprovisionner les services de soins. De plus, les activités logistiques s'intègrent dans des tâches effectués par le personnel de soutien et le personnel médical tel que les coûts de la gestion du matériel médical (stérilisation, la gestion des magasins, la radiologie... etc.).

En d'autres termes, la lourdeur des dépenses logistiques constitue une préoccupation majeure pour l'ensemble des organisations hospitalières ainsi que la tutelle ce qui contribue à la recherche de nouvelles pratiques visant à faire des économies en assurant une gestion efficace et efficiente.

La logistique hospitalière apporte le soutien aux unités des soins, mais celle-ci doit permettre la maîtrise et l'optimisation des flux physiques, et ceux par le développement des stratégies de réduction des coûts.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-2-2 La logistique approvisionnement

Selon BEAULIUE un établissement de santé se décompose de cinq activités centrales gérant les différents types d'intrants et d'extrants, outre que les patients, on retrouve les intrants primaires, c'est-à-dire les ressources du centre hospitalier (fournitures, équipements et main d'œuvre), les extrants intermédiaires (résultats de laboratoire, les résultats de radiologie ou les repas) et les extrants finaux (diagnostics, interventions chirurgicales et les suivis médicaux¹). En effet, la logistique approvisionnement constitue l'une de ces activités permettant l'achat et l'acquisition des besoins nécessaires pour l'accomplissement des missions qui sont à la charge de l'hôpital ainsi que la gestion et le contrôle des stocks des différents produits.

Nous allons présenter au préalable le concept d'approvisionnement et son importance, la distinction entre la fonction achat et approvisionnement ainsi que la notion du besoin et celle de pouvoir adjudicateur pour qu'on puisse maître l'accent sur les principales modalités de la définition des besoins au sein d'une organisation publique.

II-2-2-1 Définition et importance d'approvisionnement

P. PREVOST et A. VERVAET, souligne que « *l'approvisionnement est l'ensemble des opérations qui consistent à déterminer la qualité et la quantité des biens nécessaires et le moment de les acheter, à fixer les prix à payer, à choisir le fournisseur, à acheter les biens et à en contrôler l'acheminement et la réception. L'approvisionnement est une opération globale qui ne se limite pas à faire des achats. Il débute au moment où les services sont livrés à celui qui a fait la demande. L'achat est l'action de se procurer, par contrat et moyennant compensation, les biens et les services dont l'entreprise a besoin. C'est une phase de l'approvisionnement²* ».en effet, l'approvisionnement à comme objectif de répondre aux besoins de l'entreprise en matière de produits ou de services nécessaires à son fonctionnement. Il consiste à acheter au bon moment, et au meilleur prix, les quantités nécessaires des produits de qualité à des fournisseurs qui respecteront les délais. Elle comporte donc deux éléments l'achat et la gestion des stocks³.

¹ La performance de la logistique hospitalière : du choix des indicateurs au pilotage de la performance[en ligne]. Format PDF disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/important.pdf> (consulté le 09/10/2018).

² COLLER, Christelle. *L'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier PIERRE LE DAMANY*. Mémoire. RENNES. Ecole nationale de la santé publique, 2001, p. 3.

³ BONEUFANT, Joelle., LACROIX, Jean. Notion approvisionnement. [en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/02approvisionnement.pdf> (consulté le 05/10/2018).

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Nous représentons dans le tableau ci-après un résumé des principales tâches permettant d'atteindre ces objectifs :

Tableau n°07 : Les principales tâches incombées à l'approvisionnement

Achats	Contrôle et gestion des stocks
<p>La gestion des relations nécessaires à une bonne connaissance du marché-amont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visites aux fournisseurs, salons, foires... - Constitution d'un système d'information sur ce marché et ces potentialités. - Critères d'évaluation des fournisseurs et de sélection. <p>Assistance et conseil auprès des services internes de l'entreprise pour une meilleure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation des choix en fonction des innovations et/ ou opportunités du marché, - Définition des besoins. <p>La gestion des commandes et des passations des marchés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de document d'appel d'offre ; - Evaluation des propositions ; - Négociation avec les fournisseurs (délais, prix...) - Suivi des commandes et contrats (relance). <p>La réception des marchandises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôles des conformités (qualité, quantité...) - Gestion des litiges fournisseurs, transporteurs, - Comptabilisation et règlement des factures. 	<p>Hébergement et entretien physique des stocks.</p> <p>La gestion des entrées- sorties et entretenue des stocks :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutentions - Saisie des mouvements et mise à jour des fichiers. <p>La réalisation des inventaires physiques et de leurs valorisations.</p> <p>Elaboration des statistique de vente (ou de consommation) des produits à l'échelle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La semaine, le mois, l'année, etc. <p>L'élaboration des règles pour le déclenchement des commandes et le calcul des besoins</p> <p>L'élaboration des propositions d'approvisionnement avec regroupement des produits par fournisseur.</p> <p>L'établissement d'indicateurs de gestion tels que : taux de rotation, taux de service, ampleur de la démarque, etc</p>

Source : BOURBONNAIS, Régis., VALLIN, Philippe. Comment optimiser les approvisionnements ? Paris : édition ECONOMICA, 1995, p. 24.

Cependant, complexité et évolution des marchés exigent des hommes et des équipes chargées de l'approvisionnement des compétences pluridisciplinaire : qualité en communication et négociation, connaissance des marchés (de plus en plus ouvert) et de leurs rouages, connaissances techniques, financières et juridiques. D'autant, les stocks constituent

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

l'élément majeur des actifs circulants dont le financement et l'entretien nécessitant des coûts élevés¹.

En effet, La fonction approvisionnement conditionne l'efficacité du fonctionnement interne d'une organisation. D'une part, l'achat permet de sélectionner le fournisseur le plus apte à répondre aux critères de la qualité, d'autre part, la gestion et le contrôle des stocks permettent de fournir sans interruption les biens et services dont elle a besoin.

II-2-2-2 La distinction entre la fonction achat et la fonction approvisionnement

Les achats et les approvisionnements représentent les deux fonctions majeures qui régissent les rapports entre un distributeur et ses fournisseurs². Selon l'association française de normalisation AFNOR La fonction achat recouvre l'ensemble des rôles allant de l'identification des besoins jusqu'à la signature du contrat en passant par la prospection des fournisseurs et la négociation, tandis que la fonction approvisionnement où l'on trouve toute les opérations allant de l'émission des commandes au règlements de la facture en passant par le contrôle de réception et la gestion des flux et des stocks amont³. Il ressort cependant des deux définitions que leurs missions respectives sont totalement différentes mais il convient de les apprécier dans une logique complémentaire⁴.

En effet, la distinction entre la fonction achat et approvisionnement est importante car elles requièrent des compétences et des expertises différentes. Cependant, celle-ci est encore peu avancée à hôpital, en outre, l'achat et l'approvisionnement s'exerce par les mêmes personnes⁵.

Autrement dit, les fonctions achat et approvisionnement sont indissociables, requièrent des compétences distinctes, et partagent un but unique celui de répondre aux besoins.

¹ BOURBONNAIS, Régis., VALLIN, Philippe. *Op.cit.*, p. 25.

² CABY-GUILLET, Laurence. , CLEGEAU, Cécile., De CORBIERE, François. Et al. Entre achat et approvisionnement : la valeur perçue des outils des places de marché électroniques. *Revue Française de gestion*. Avril 2007, n°173 ? p. 171-181.

³ BELLOUTI, Nabil. *L'apport de la fonction achat à la performance des petites et moyennes entreprises : le cadre des PME de la wilaya d'Oran*. Thèse de doctorat. Sciences économiques, commerciales et de gestion. Oran, université d'Oran 2, 2015, p. 94-95.

⁴ Le groupe logistique conseil. Distinction entre achat et approvisionnement. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.logistiqueconseil.org/Articles/Entrepot-magasin/Achats-approvisionnement.htm> (consulté le 08/11/2018).

⁵ LAHAYE, Muriel. *Amélioré la stratégie d'achat dans les établissements de santé : l'apport d'une cartographie des achats au centre hospitalier de Bretagne Sud*. Mémoire. Filière directeur d'hôpital. Bretagne : école des hautes études en santé publique, 2009, p. 2.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-2-2-3 La notion du besoin et du pouvoir adjudicateur

Par « besoins » du pouvoir adjudicateur en tant, non seulement les besoins liés à son fonctionnement propre [...], mais également les besoins liés à son activité de l'intérêt général et qui conduit à fournir des prestations à des tiers [...]¹. En outre, selon l'article 27 le code des marchés publics (CMP) : « les besoins à satisfaire des services contractants sont préalablement déterminés avant le lancement de toute procédure de passation d'un marché public. Le montant des besoins est arrêté sur la base d'une estimation administrative sincère et raisonnable, dans les conditions fixées dans le présent article ² ». Donc la définition des besoins est un préalable indispensable qui conditionne le déroulement ultérieur de la procédure et la bonne utilisation des deniers publics³.

La notion du pouvoir adjudicateur est utilisée pour désigner l'acheteur public dans la directive 2014/24/UE du parlement européen et du conseil du 26 février. Cette directive confère la qualité du pouvoir adjudicateur assujettis aux règles procédurales de passation des quatre catégories d'organismes : l'Etat, les collectivités territoriales, les autorités régionales ou locale, les organismes de droit publics ou les associations formées par une ou plusieurs de ces autorités ou un ou plusieurs de ces organismes du droit public⁴ ».

En effet, les établissements publics de santé sont des établissements locaux⁵, donc ils sont soumis aux codes des marchés publics pour effectuer leur achats, autrement dit, la détermination préalable des besoins s'exécute dans le respect des règles strictes dictées par ce dernier.

II-2-3 La détermination des besoins du pouvoir adjudicateur

La définition des besoins est conditionnée par le respect d'un cadre juridique de plus en plus stricte sous forme de révisions régulières du code des marchés⁶. De plus, l'encadrement du droit de cette phase de définition assure le respect par l'acheteur public

¹ THELLIEZ HUGODOT, Simon. *La définition de la commande par le pouvoir adjudicateur. Mémoire de master professionnel mention droit des commandes public*. Hauts-de-France: université de Valenciennes et du Hainaut- Cambrésis, 2013, p. 9.

² Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 7.

³ Le cadre général des marchés publics : les principes fondamentaux, les achats, la notion du besoin et leur évaluation. [en ligne]. Disponibles sur : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Notions/Cles/Lecadregeneraldesmarchespublicslesprincipesfondamentauxlesacteurslanotiondebesoinetleurevaluation> (consulté le 17/11/2018).

⁴ Pouvoir adjudicateurs. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.acheteurs-publics.com/marches-publics-encyclopedie/pouvoirs-adjudicateurs> (consulté le 17/11/2018).

⁵ LAHAYE, Muriel. *Op.cit.*, p. 1.

⁶ THELLIEZ HUGODOT, Simon. *Op.cit.*, p. 22.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

d'une ligne de conduite en cohérence avec l'objectif final de réussite du marché ainsi que la satisfaction et la protection des acteurs concernés¹. L'étude des besoins consiste à identifier clairement les finalités attendues par le prescripteur pour cela, la définition du besoin doit être exhaustive et cibler le juste besoin. En outre, la définition de ces besoins est confiée à des compétences prédéfinies par le pouvoir adjudicateur prenant en considération les règles du présent décret.

II-2-3-1 L'attribution et le niveau de la définition des besoins

Le nouveau code des marchés publics ne souhaite pas interférer avec les règles d'organisation et de fonctionnement propre à chaque pouvoir adjudicateur. En effet, les règles fixées par la directive ne traitent aucune des questions tenant aux modalités d'attribution de compétences entre les différents organes chargés de la passation des marchés publics. Il s'ensuit que les modalités de la désignation des personnes chargées de mettre en œuvre les procédures du marché, les compétences qui leur sont dévolues ou le régime de délégation de pouvoir ou de signature relèvent exclusivement de leurs textes organiques ou statutaires, où sont laissées, en absence de tels textes, au libre choix du pouvoir adjudicateur. De plus, c'est à ce dernier qu'appartient d'indiquer au regard de sa politique d'achat, à quel niveau les besoins qui sont les siens doivent être appréciés².

En effet, l'organisation hospitalière confie cette tâche à la direction des moyens et matériels. Elle est répartie entre ses sous-directions parmi celle-ci, la sous-direction des services économiques qui répond aux besoins de l'hôpital et ce en matière d'approvisionnement en fournitures, mobiliers de bureaux, produits d'hygiène, comme il assure l'alimentation et la literie du malade.

Donc, le CMP laisse une marge de liberté au pouvoir adjudicateur pour désigner les compétences aptes à définir leurs besoins dans le cadre de sa politique d'achat en raison de leurs connaissances du terrain tout en respectant également la réglementation interne de fonctionnement du pouvoir adjudicateur.

II-2-3-2 Les modalités de la définition des besoins dans le marché public

Selon l'article 27 du CMP la « *nature et l'étendue des besoins du service contractant doivent être établies avec précision, par référence à des spécifications techniques détaillées*

¹ Ibidem

² Manuel d'application de code des marchés publics 2006 (abrogé par la circulaire du 29 décembre 2009). [en ligne]. Disponible sur : http://www.marche-public.fr/Manuel-2006/MACMP_04.htm (consulté le 15/11/2018).

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

établie sur la base des normes et/ou de performances ou d'exigences fonctionnelles. Ces spécifications techniques ne doivent pas être orientées vers un produit ou un opérateur économique déterminé¹ ». Cette étape bien spécifiée de la détermination préalable des besoins est à l'origine de la réunion de l'intérêt économique, des exigences juridiques et de la volonté politiques. Cette étape également qui explique aujourd'hui les difficultés de la profession d'acheteur public. Métier en plein essor mais confronté à des obstacles de reconnaissance².

En effet, la précision des besoins porte sur l'objet du marché (prestation ou le bien), et leurs quantités qui devant être déterminées par l'acheteur et mentionnées dans la documentation de la consultation et dans la publicité. Cette exigence ne peut être prise à la légère, le degré de précision étant strictement évalué par le juge qui n'hésite pas à annuler le marché³.

La définition du besoin d'un marché par le pouvoir adjudicateur est un préalable obligatoire guidé par les principes fondamentaux de la commande publique, elle est l'axe conducteur de la procédure et d'elle dépend le choix de l'architecture contractuelle, la procédure de passation à adopter ainsi que l'exécution du contrat. De cette précision intervient la performance comme composante essentielle dans la définition du besoin du marché.

❖ Des exigences juridiques de performance dans la définition des besoins : structurels, économiques et spécifications techniques

L'étendue du besoin doit remplir deux exigences, l'une structurelle et l'autre économique. En effet, la recherche de la performance structurelle du contrat dans la précision de la nature des besoins se traduit par la définition du besoin le plus en adéquation avec la nature du marché ce qui permet d'avoir un contrat stable, et d'éviter des procédures inadaptées au marché ou l'imprécision des documents de la consultation de nature à constituer des obstacles à l'élaboration des offres, qui rend irrégulière la procédure d'attribution. Cette performance permet l'obtention d'un contrat juridiquement sécurisé, c'est une conséquence en termes d'efficacité de l'économie du contrat. En revanche, la recherche de la performance économique prévoit la précision dans la définition des besoins afin d'éviter les achats de prestations inutiles ou qui présentent des caractéristiques techniques inappropriées et donc d'éviter le gaspillage des fonds publics.

Cependant, la définition de la nature du besoin doit se faire méthodiquement et ce par l'analyse des besoins fonctionnels des services, la définition des finalités et des

¹Secrétariat général du gouvernement, Algérie, décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 7.

²THELLIEZ HUGODOT, Simon. *Op.cit.*, p. 18.

³*Ibid.*, p. 37.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

objectifs du projet, au moyen de l'utilisation des spécifications techniques. En effet, une immixtion de la notion de la performance dans le référencement à des exigences techniques s'est faite en 2006, lors de la transposition du CMP et de son nouvel article 6 : dès ce moment-ci, l'acheteur public a le choix de se référer dans la définition du besoin soit à une norme, soit à une spécification technique dite « performantielle » ou bien à une exigence fonctionnelle. Cette spécificité peut être définie « *comme étant l'expression d'une attente que, l'ouvrage, le service ou la fourniture doit permettre de satisfaire, ou encore d'une nécessité à laquelle il doit répondre* ». Par opposition à une donnée qui reste intangible, une spécification préférentielle n'est pas prédéterminée ; celle-ci être graduée et résulter d'un choix. Ces spécifications peuvent inclure spécifiquement des caractéristiques environnementales.

En effet, l'utilisation de la performance et l'idée de la souplesse qui en émane a pour but de favoriser l'ouverture à la concurrence, en d'autres termes, la référence à une norme précise offre la possibilité de soumettre une offre uniquement aux entreprises aptes à fournir une telle norme ou équivalente, tandis que la référence à une spécification performantielle ouvre naturellement la concurrence à toute les entreprises capables d'atteindre l'objectif, sans avoir pour obstacle les moyens pour y parvenir, intérêt partagé avec l'exigence d'inclure dans les documents de la consultation une spécification technique en faisant référence à une norme avec la mention « ou équivalent ».

De ce fait, l'utilisation de ces spécifications préférentielles et d'exigences fonctionnelles a comme conséquence la favorisation de l'innovation technologique susceptible d'apporter des solutions novatrices.

En fin, la recherche de la performance visée dans la définition des spécifications technique dans la définition des besoins permet l'amélioration de l'efficacité de la commande publique par l'ouverture à la concurrence et en cédant plus de place à l'innovation¹.

❖ **Pratiques managériales issues du monde d'entreprise appliquées à la définition des besoins**

Aurélie Tuech résume la situation actuelle dans son mémoire en s'interrogeant sur l'évolution du métier de l'acheteur public : « *les réformes du CMP imposent une nouvelle*

¹ BERNARDINI, Niels. *La performance et les contrats de la commande publique*. Mémoire master II. Droit du contrat public et droit public des affaires. Marseille : université Aix- Marseille, 2014, p. 22-27.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

philosophie de l'acheteur public. (...). Cette nouvelle philosophie constitue la réponse à un souci d'une meilleure adéquation entre offre et besoin pour une meilleure utilisation des deniers publics, d'imposer des objectifs de performance, de donner une plus grande liberté à l'acheteur, de rééquilibrer le rapport entre l'acheteur public et candidats, et acheteur public et attributaire, d'efficacité de la commande publique, (...). Autant d'objectifs pour mener une politique d'achat publique moderne ».

Cette politique se manifeste à travers une organisation interne structurée du service achat et l'appropriation des outils de l'entreprise privée.

- **Un service marché structuré pour une définition ciblée du besoin :** Yves-René Guillon, Jean Marc Binot et Yves- Marie Legrand préconisent dès 2005 : « *auditer le fonctionnement, mettre à la plat les circuits de l'achat au sein de l'organisation, connaître le volume des achats, leur nature, le volume des fournisseurs, évalués les délais, le nombre d'intervenants, la diffusion de l'information (qui besoin de quoi) devrait être le premier chantier d'un service dédié [service marché], afin le cas échéant, de proposer une rationalisation des processus d'acquisition* », ce que le pouvoir réglementaire adopte à travers l'article 27 du CMP.

En effet, l'acheteur peut proposer une politique d'achat comme suit : dans le cas d'un service centralisé le service achat contrôle la totalité des commandes pour l'intégralité de la structure, par contre dans le cas d'un service décentralisé, chaque direction dispose de sa propre cellule d'achat, en revanche, si il s'agit d'un service déconcentré, les achats standards et récurrents sont globalisés, en toute liberté d'action des service pour leur commandes spécifiques. Cette structuration renvoie au courant « managérialisme » selon lequel l'utilisation des formules managériales dites « rationnelles » induit les organisations à une utilisation efficiente de leurs ressources. Ce qui renvoie à une bonne gestion des fonds publics et l'atteinte de l'objectif Justifiant le développement de la dimension « sociale » dans le marché public et celui de « mieux disant » d'où la nécessité d'instaurer un dialogue avec ces services.

- **Adaptation des outils du privé par l'administration publique :** pour définir les besoins les collectivités locales effectuent des recherches dans la limite du possible en « amont » afin de s'informer sur ses compétences propre par rapport au besoin émergeant d'une part, et d'autre part sur la nature et la qualité des opérateurs du secteur économique concerné.

Pour ce faire, les nouvelles stratégies d'achat issues du monde des entreprises privées de plus en plus valorisées tel que « sourcing fournisseurs » constitue un

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

véritable outil d'amélioration de ces achats. Cet outil correspond à une méthode d'analyse marketing appliquée à la fonction achat dans le but de caractériser le marché fournisseur sur quatre axes : le couple produit fournisseur, le secteur industriel, le marché des fournisseurs et les caractéristiques de l'environnement économique, commercial juridique et environnementale du marché. Celle-ci permet l'évaluation des fournisseurs en fonction du produit ou du service identifié lors de l'élaboration des cahiers des charges ce qui permet à l'acheteur d'améliorer son champ concurrentiel. L'objectif visé est une meilleure connaissance du secteur concerné (concurrence, prix, technologie nouvelle, service associé, gamme de produits proposés par les entreprises, contrôle de la santé financière, leur réputation, l'évolution du chiffre d'affaire, politique tarifaire).

En effet, l'étude du marché se fait avec un ensemble d'outils mis à la disposition de l'acheteur tels que les revues spécialisées, les sites internet, salons, exposition et conférences, comme elle s'effectue aussi avec des acteurs divers tels que les associations, syndicat professionnel, clubs ou forums également les entités avec lesquelles le marché se passe.

Cependant, le recours à une telle procédure trouve ses limites dès que les biens acquis par l'organisation sont variés et c'est le cas de l'hôpital.

De plus, une autre stratégie d'achat adoptée c'est le raisonnement en coût globale : celle-ci permet à l'acheteur de définir ses besoins le plus largement possible en intégrant l'ensemble des dépenses annexes autres que le prix. Ce raisonnement est pertinent lorsqu'il s'agit d'un ouvrage, d'un équipement ou d'un matériel ou d'autres frais d'utilisation s'ajoutent au prix initial pendant leur durée de vie sur laquelle il faut construire des hypothèses concernant a titre d'exemple d'entretien, pièce de rechange ou consommation d'énergie.

En outre, une meilleure détermination du prix conduit alors à l'évaluation du coût global lorsque le service procède à des essais comparatifs préalables à la décision du choix, où lorsqu'il a pu obtenir des informations du prix d'autre acheteur qui ont acquis de l'expérience pour une même prestation, où bien lorsqu'il peut dans le choix des produits s'appuyer sur un certificat de qualifications ou une marque, cette évaluation est largement facilitée. Dès lors, la logique de mieux disant prend tout son sens du fait que le prix ne demeure pas le seul critère déterminant pour évaluer la qualité de la prestation ou d'un produit, mais également l'intégration du raisonnement

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

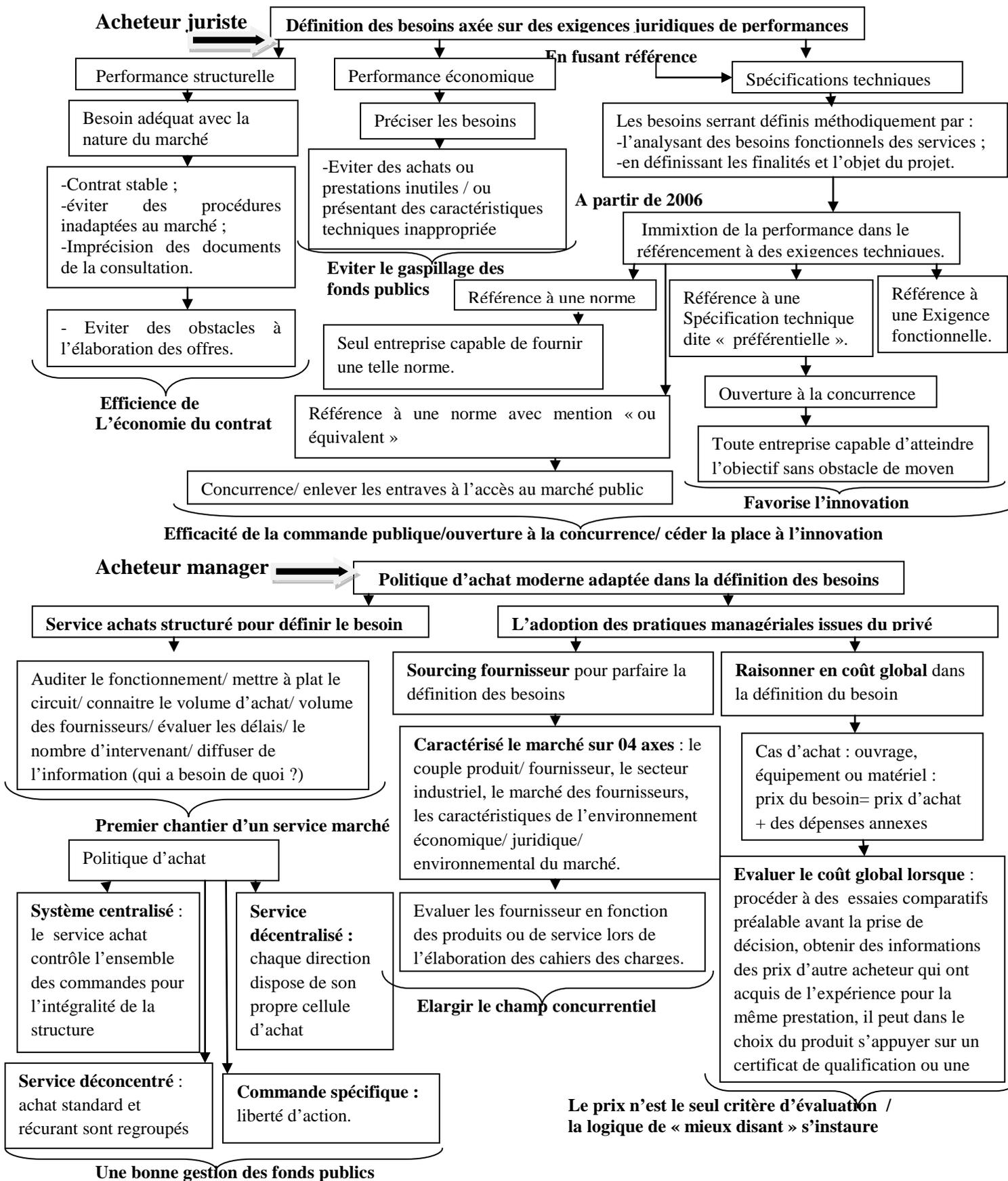
en coût globale dans la logique des acheteurs et dans le contexte économique actuelle demeure difficile¹.

Nous représentons dans la figure suivante une synthèse sur les modalités de la définition des besoins permettant de jumeler l'aspect juridique et l'aspect managérial, dans lesquels l'acteur public doit être à la fois juriste et manager :

¹ THELLIEZ HUGODOT, Simon. *Op.cit.*, p. 56-60.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Figure n° 08 : Les modalités de la définition des besoins par le pouvoir adjudicateur



Source : réalisé par nous soins.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-2-3-3 La valeur estimative des besoins

Le calcul de la valeur estimative des besoins du marché publics à comme but de regrouper les dépenses prévisionnelles ou réaliser par familles d'achats, afin de vérifier soit en programmation, soit en conduite, qu'ils seuils sont à atteindre et d'en déduire ou de contrôler le choix de la procédure à mettre en place¹.

En effet, une fois le besoin défini, l'acheteur doit procéder au calcul de sa valeur estimé afin d'identifier la procédure à mettre en œuvre pour son marché public.

La valeur estimée du besoin est calculée sur la base du montant totale hors taxe du ou des marchés publics envisagés. A cet égard, les périodes de reconduction. Les options ainsi que les éventuelles primes prévues aux profits des candidats doivent être prises en compte pour le calcul. Elle s'apprécie au moment de l'envoi de l'appel à la concurrence ou en absence d'un tel avis, au moment où l'acheteur envisage la procédure de passation de marché public.

Les méthodes de calcul de la valeur estimée du besoin diffèrent selon qu'il s'agit d'un marché public de service ou de fourniture².

La définition des besoins au sein d'une organisation publique est un processus complexe. A l'hôpital ce ci est d'autant plus complexe en raison de l'étendu et de la diversité des besoins auxquels il faut répondre, ainsi le nombre d'acteurs intervenant dans la définition des besoins et la satisfaction des priorités auxquels s'ajoute le caractère d'urgence qui règne à l'hôpital et dans lequel des décisions immédiates doivent se prendre.

En effet, dans un contexte économique où l'enjeu principal est la rationalisation des dépenses publiques dans le souci de performance, l'adoption des pratiques managériales issues du privé devient indispensable dans la détermination préalable des besoins du pouvoir adjudicateur et dans lequel l'acheteur public est l'acteur essentiel pour la réussite de cette phase.

En fin, la réponse à un besoin ou bien la décision de le satisfaire dépend de son intérêt et de la finalité envisagée tout en respectant les exigences juridiques et en adoptant une politique d'achat bien ciblée.

II-3 L'achat public hospitalier

¹ Computation des seuils- calcul de la valeur estimée des besoins- marché public. [en ligne]. (2017). Format PDF disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(3\)/imprim%C3%A9/definition-besoin-2017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(3)/imprim%C3%A9/definition-besoin-2017%20(2).pdf) (consulté le 15/11/2018).

² La direction des affaires juridiques. La définition des besoins. [en ligne]. Format PDF disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/definition-besoin-2017.pdf> (consulté le 14/10/2018).

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

L'objectif des contrats que l'on regroupe sous le terme « marchés publics » est à l'évidence, pour les personnes qui les passent de se procurer sans cesse de nouveaux biens, fournitures, équipements et services de manière à répondre le mieux possible aux besoins d'intérêt général et leurs évolutions. Ce marché se caractérise par sa grande rigidité et la lourdeur de ses procédures. La définition préalable des besoins axés sur des critères de performance et le choix de l'offre jugée économiquement la plus avantageuse sont les principales conditions d'un achat public performant ce qui soucie la responsabilisation de l'acheteur public.

II-3-1 Les principes de l'achat public

Un achat public remplit un service d'intérêt général, obéit à une réglementation stricte afin de préserver l'argent public.

Avant de traiter la complexité d'achat public en milieu hospitalier, il sera indispensable de le définir et d'évoquer les principes de la commande publique ainsi que sont importance au sein de cette organisation.

II-3-1-1 Définition du service public hospitalier

Le service public est défini comme le service du « *bien commun* », le service de « *l'intérêt général* ». *L'intérêt général dépasse l'intérêt collectif d'un groupe particulier, il se veut « intérêt de tous ».* La définition du service public tient compte du critère d'intérêt général, du type de l'activité, d'un contrôle plus au moins direct par les pouvoirs publics, et de l'usage des procédures juridiques différentes de celles du droit privé¹. D'après cette définition, le service public est une activité qui garantit l'égalité entre ses citoyens, exercée sous le contrôle des autorités publiques afin de satisfaire les besoins définis politiquement comme étant d'intérêt général. En effet, les hôpitaux publics sont des personnes morales de droit public, assurant des missions de service public, soumis aux autorités de l'Etat. Ils sont rattachés aux collectivités territoriales, jouissent d'une certaine autonomie de gestion sur le plan juridique et financier, soumis également au droit public notamment en ce qui concerne leurs achats qui doivent se conformer au code des marchés publics².

¹ GHOUL, Djihad. *Le service de soins publics : quelle satisfaction du patient ?* Mémoire de magister. Stratégie. Oran : université d'Oran 2, 2015, p. 122.

² KESSAS, Zakia. *L'application du marketing de services dans les établissements hospitaliers privées : »comment atteindre la satisfaction des patients* ». Mémoire de magister. Marketing international. Tlemcen : université Abbou Bakr BELKAID, 2001, p. 41.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

De ce fait, La gestion du service public doit être sans conteste maîtrisée par la personne publique responsable du service. Afin d'assurer cette maîtrise, il est indispensable d'analyser précisément la nature fonctionnelle des tâches assumées dans l'activité du service public et de les répartir aux niveaux de gestion¹.

Autrement dit, le service public s'exécute dans un cadre réglementaire strict, impliquant la responsabilité des autorités et des fonctionnaires et ce par la définition des niveaux de gestion et des compétences.

II-3-1-2 Définition de l'achat public

Une multitude de définitions d'achats données par plusieurs auteurs, la plus basique est celle de DEBATTE et al. Selon laquelle « *l'achat se réfère à l'acquisition de bien ou de services²* ». quant à l'achat public ce « *sont des contrats écrits au sens de la législation en vigueur, et passés à titre onéreux avec des opérateurs économiques, dans des conditions prévues (...), pour répondre à des besoins du service contractant, en matière de travaux, de fournitures, de services et d'études³* ». Les marchés publics correspondent également à la définition juridique donnée à l'action d'acheter dans le secteur privé considéré comme « *une opération par laquelle une entreprise ou une personne physique- acheteur- acquiert auprès d'une autre personne physique- le vendeur- la propriété de bien ou le bénéfice d'une prestation de service en contre partie d'un règlement, dans des conditions négociées, d'un montant déterminé qu'elles ont accepté⁴* ».

Ainsi, les achats publics peuvent être définis d'un point de vue procédural ce qui permet de distinguer l'achat proprement dit, de l'approvisionnement. En effet l'achat public se traduit par l'ensemble des procédures de passation d'un marché public de la définition des besoins jusqu'au suivi de l'exécution du contrat, donc cette fonction se situe en amont de la démarche tandis que la fonction approvisionnement se situe en aval de l'achat, se centre sur le recensement des besoins des utilisateurs, la passation des commandes, la réception des livraisons, l'éventuel stockage et le suivi des factures. Cette distinction est importante car les compétences et l'expertise qu'elles requièrent sont différentes⁵.

¹ GUGLIELMI, GILLES J., KOUBI, Geneviève. *Droit du service public*. 3^{ème} édition. Paris : lextenso édition Montchrestien, 2011, p. 328

² BELLOUTI, Nabil. *Op.cit.*, p. 102.

³ Secrétariat général du gouvernement, Algérie, décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 4.

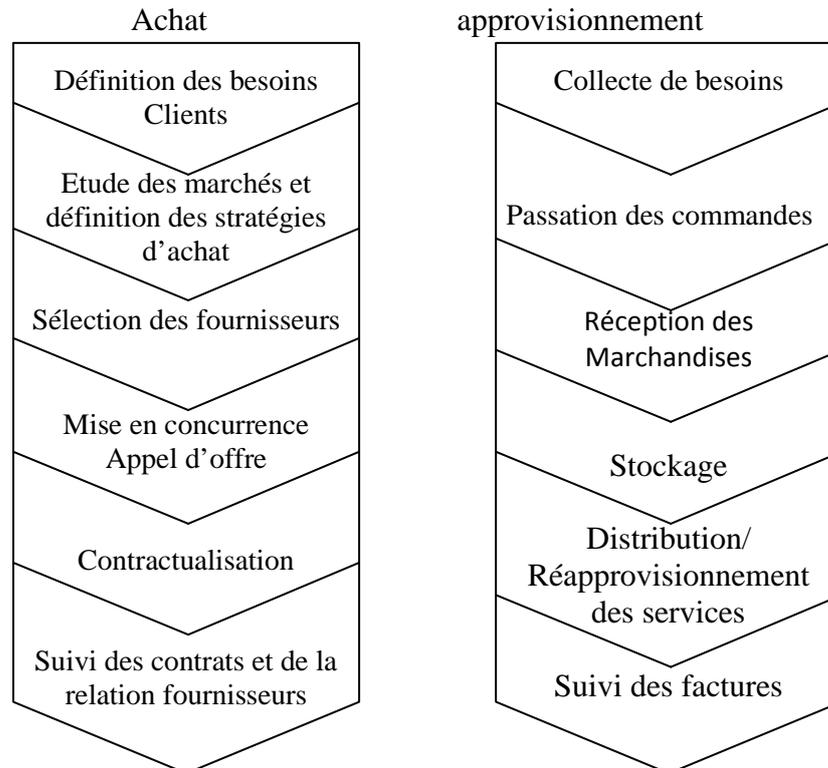
⁴ FASS, Jérémy. *La performance de l'achat public*. Mémoire de master 2. Droit public des affaires, contrats public et partenariat. Montpellier : université Montpellier, 2016, p. 14.

⁵ LAHAYE, Muriel. *Op.cit.*, p. 2.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Nous représentons dans la figure ci-après le processus d'achat et d'approvisionnement.

Figure n° 09: Distinction entre le processus achat et approvisionnement



Source : LAHAYE, Muriel. *Amélioré la stratégie d'achat dans les établissements de santé : l'apport d'une cartographie des achats au centre hospitalier de Bretagne Sud*. Mémoire. Filière directeur d'hôpital. Bretagne : école des hautes études en santé publique, 2009, p. 2.

Afin que le service public assure sa continuité, l'achat public permet de satisfaire ces besoins et ceux par l'acquisition des biens et des services demandés. Ce dernier correspond à des contrats conclus sous les conditions du code du marché public dont leur accomplissement est assuré par l'union de processus d'achat et d'approvisionnement.

II-3-1-3 Les principes de la commande publique

Les marchés publics sont des contrats inclus au sein de la notion de la commande publique¹. Celle-ci est définie comme « *un contrat à titre onéreux par lequel une personne morale du droit public ou une personne privée qui est, soit contrôlée par une ou plusieurs personnes publique, soit qui a en charge des deniers publics, se procure pour elle-même ou pour les usagers du service public dont elle à la responsabilité des biens corporels ou des*

¹ FASS, Jérémy. *Op.cit.*, p. 14.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

*services*¹».

En effet, afin d'assurer et de garantir l'utilisation rationnelles des deniers public, l'ensemble des personnes publics sont tenus de respecter les procédures et les contraintes imposées par la réglementation. En outre, le code des marchés publics précise dans son article 5 que les marchés publics reposent sur les principes de liberté d'accès à la commande public, d'égalité de traitement des candidats, et de transparence des procédures².

En d'autres termes, le principe d'égalité d'accès permet à tous les opérateurs susceptibles de vouloir répondre à l'appel d'offre de pouvoir le faire, il a aussi une influence tout au long de la phase de sélection des candidats et exige de les traiter d'une manière équitable³. Ainsi, le terme liberté sous-entend le droit de pouvoir librement d'accéder, de concourir, elle est généralement synonyme de la concurrence⁴ qui a comme objectifs la recherche de l'efficacité dans l'utilisation optimale des fonds publics dans d'allocation des ressources et de l'équité dans l'accès aux commandes publiques⁵. Enfin, le principe de la transparence des procédures qui signifie que le choix du maître d'ouvrage doit se faire sans aucune discrimination, aucune faveur ne doit être donnée à l'un des candidats durant toutes les phases du marché public⁶.

La commande publique satisfait trois objectifs importants; tout d'abord, celle-ci a pour objet de répondre aux besoins de l'administration en cherchant à obtenir le meilleur rapport qualité/ prix. Le second est issu du droit européen et s'agit du principe du non discrimination ou d'égalité concurrentielle. Enfin, le dernier objectif le plus récent a pour objet le développement durable et repose sur des considérations économiques, sociales et environnementales⁷.

En effet, la conclusion des marchés publics doit se conformer non seulement au CMP mais également aux normes supérieures du droit tout en satisfaisant les objectifs assignés. Les

¹ KALFLECHE, Grégory. *Des marchés publics à la commande publique : l'évolution des choix des marchés publics*. Thèse de doctorat. Droit- économie- sciences sociales. Paris : université Panthéon Assas paris II, 2004, p. 23.

² Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 4.

³ KALFLECHE, Grégory. *Op.cit.*, p.503.

⁴ CHARLOTTE BONTRON, Marie. *Les fonctions des principes fondamentaux de la commande publique*. Thèse de doctorat. Droit public. Montpellier : université Montpellier, 2015, p. 267.

⁵ MOUGEOT, Michel., NAEGELEN, Florence. *Les marchés hospitaliers : analyse théorique et application aux achats des pharmacies hospitalières*. Paris : Edition Economica, 1984, p. 76.

⁶ HANINE, Mohamed Abdelmouhcine. *La procédure de passation des marchés publics au Maroc : étude analytique et réflexions à la lumière du code Français des marchés publics (et des directives européennes) et des directives de la banque mondiale*. Mémoire de master. Administration publique. Paris : école national d'administration ; 2008, p. 23.

⁷ FASS, Jérémy. *Op.cit.*, p. 17.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

procédures utilisées et les modalités de leurs déroulements sont aussi encadrées, dans un souci de transparence et de prévention des pratiques illégales.

II-3-1-4 L'importance des achats hospitaliers

Les achats même s'ils sont coûteux, ils contribuent à la dynamisation de l'image de l'hôpital et influence son activité. Ces achats ont un caractère transversal du moment qu'ils concernent l'ensemble des services hospitaliers et ils sont garants du bon fonctionnement de ce dernier. De ce fait, les achats acquièrent une dimension stratégique puisque tout développement d'un nouveau projet de création d'activité intègre un volet équipement/consommation. Ce volet achat fait l'objet d'un arbitrage entre les coûts estimés et l'intérêt de la nouvelle acquisition. En effet, ces achats conditionnent largement l'accueil et le confort du patient et dont la prestation repas est essentielle pour l'évaluation de sa satisfaction d'où l'impotence d'une attention particulière lors de la passation des marchés alimentaires. De plus, ces achats doivent garantir la qualité des soins et la sécurité du patient ce qui suscite un choix approprié du produit par les professionnels de santé au moment de la définition des besoins. En outre, ils impactent directement les conditions du travail du personnel et conditionnent une partie de la qualité du travail quotidien.

En fin, la politique d'achat poursuivie par l'établissement influence et conditionne le fonctionnement quotidien de l'hôpital d'où la nécessité de renforcer la relation avec les fournisseurs¹. Les achats affectent et conditionnent le fonctionnement de l'hôpital, ils influencent également la qualité et la sécurité des soins. De ce fait, et vue leurs importances, les hôpitaux sont contraints d'optimiser leurs dépenses par une gestion rationnelle des stocks et une définition ciblée de leurs besoins ce qui permet le choix de la procédure de passation des marchés la plus appropriée mais qui permet aussi la réalisation des gains suscitant la création de nouveaux projets.

II-3-2 L'achat public : entre l'attribution et sa complexité au milieu hospitalier

En Algérie, le processus d'obtention et de l'attribution des marchés publics obéissent à une réglementation qui évolue afin de répondre aux exigences du marché et aux mutations économiques tout en assurant la concurrence et l'égalité des chances de toutes les entreprises lors de la passation des marchés publics. En plus de cette spécificité que l'achat public doit remplir, ce système à l'hôpital est caractérisé par un degré de complexité important.

¹ LAHAYE, Muriel. *Op.cit.*, p. 7-11.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

II-3-2-1 Les modes de passation des marchés publics

La personne publique, le pouvoir adjudicateur tente de répondre aux besoins par l'achat, à ce titre il est représenté par l'acheteur public chargé d'effectuer ces achats en son nom¹. A cet effet, et selon le décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public dans l'article 39 précise que l'appel d'offre constitue la règle générale ou les procédures de gré à gré sont les modes de passations des marchés publics.

❖ **L'appel d'offre** est la procédure qui vise à obtenir des offres de plusieurs soumissionnaires qui entrent en concurrence et à attribuer le marché, sans négociation, au soumissionnaire qui présente l'offre jugée économiquement la plus avantageuse sur la base de critères de choix objectifs, établis préalablement au lancement de la procédure. L'appel d'offre peut être national ou international, il peut se faire sous l'une des formes suivantes :

- **L'appel d'offre ouvert** : « est la procédure selon laquelle tout candidat qualifié peut soumissionner ».
- **L'appel d'offre ouvert avec exigence de capacité minimale** : constitue la procédure selon laquelle tous les candidats répondant à certaines conditions minimales d'éligibilité (condition concernant les capacités techniques, financières et professionnelles indispensables à l'exécution du marché), préalablement définies par le service contractant, avant le lancement de la procédure, peuvent soumissionner. Le service contractant ne procède pas à une sélection préalable des candidats.
- **L'appel d'offre restreint** : « est une procédure de consultation sélective, selon laquelle seuls les candidats préalablement présélectionnés sont invités à soumissionner ».
- **le concours** : « est la procédure de mise en concurrence d'homme de l'art, pour le choix après avis du jury(...), d'un plan ou d'un projet, conçus en réponse à un programme établi par le maître d'ouvrage, en vue de la réalisation d'une opération comportant des aspects techniques, économiques, esthétiques ou artistiques particuliers avant d'attribuer le marché à l'un des lauréats du concours »².

En effet, le guide des maîtres d'ouvrages publics précise que l'appel d'offre restreint est la procédure la plus appropriée dans la très grande majorité des cas, il présente l'intérêt de

¹ THELLIEZ HUGODOT, Simon. *Op.cit.*, p. 13.

² Secrétariat général du gouvernement, Algérie, décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 10-11.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

recevoir des offres bien étudiées et concurrentielles, et de réduire les frais de gestion des entreprises et des maîtres d'ouvrages¹.

❖ **Le gré à gré** est la procédure qui permet l'attribution d'un marché à un partenaire cocontractant son appel formel à la concurrence. Le gré à gré peut revêtir la forme d'un gré à gré simple ou la forme d'un gré à gré après consultation : celle-ci est organisée par tous moyens écrits appropriés².

Cependant, avant le lancement de l'appel d'offre, un cahier des charges doit être établi par le service contractant. Ce dernier est actualisé périodiquement, précise les conditions dans lesquelles les marchés publics sont passés et exécutés. Il contient les clauses administratives générales, les prescriptions techniques communes et spéciales à chaque marché public³.

En effet, le CMP définit précisément le contexte dans lequel se déroule l'achat public, il met l'accent sur la procédure à adapter en cas d'urgence imprévue, traite tous les cas particuliers liés à la réalisation des différents marchés et ce dans une optique d'une gestion rationnelle des fonds publics.

II-3-2-2 Le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse

Selon le CMP, quel que soit le mode de passation retenu, un marché ne peut être attribué qu'à une entreprise jugée apte à l'exécution. En outre, l'évaluation des candidats est fondée sur des critères non discriminatoires, en relation avec l'objet du marché et proportionnels à son étendue, leurs qualifications peuvent revêtir un caractère d'un certificat de qualification ou d'un argument obligatoire si elle est prévue par la réglementation⁴.

En effet, le choix de l'offre porte sur l'offre jugée économiquement la plus avantageuse⁵. Cette sélection favorise la recherche d'une offre globalement performante plutôt que celle financièrement plus performante. Cette vision globale de la performance est présente aux différentes étapes de la sélection⁶. Aux niveaux des collectivités, l'allocation optimale des ressources est assurée par les prix concurrentiels⁷. De plus, le principe en vertu duquel les entreprises de travaux ou de fournitures devraient adjudgées avec concurrence et

¹ SOKOLOFF, Pascal. *Marché public et délégations des services publics des collectivités locales*. Paris : Lavoisier TIC & DOC, 1998, p. 131.

² Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 10.

³ *Ibid.*, p. 7.

⁴ *Ibid.*, p. 14.

⁵ *Ibid.*, p. 10.

⁶ BERNARDINI, Niels. *Op.cit.*, p. 29.

⁷ MOUGEOT, Michel. *Marchés publics : règles rigides ou procédures flexibles ? Revue politiques et management public*. 1986, vol. 04, n° 03, p. 1-25.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

publicité établies pour sauvegarder l'intérêt du public et la dignité des administrations. Cela permet d'une part, de trouver un cocontractant qui lui consentait un prix particulièrement avantageux afin de garantir une meilleure valeur d'usage des francs dépenses et, d'autre part de protéger le public contre les collusions de toutes sortes auxquelles les administrations étaient tentées de se livrer¹.

L'attribution du marché public est fondée sur des critères objectifs assurant les principes fondamentaux de la commande publique et la satisfaction du rapport qualité /coût. Ces critères constituent une pierre angulaire du marché public, et un levier puissant puisqu'il joue du début à la fin de la procédure du marché public, et sa mauvaise conception peut contribuer à des résultats non souhaitables.

II-3-2-3 La spécificité d'achat public et la complexité de ce système à hôpital

Au milieu hospitalier, les achats sont soumis au code des marchés publics. Ces marchés sont des contrats à titre onéreux, leur conclusion est encadrée par un formalisme assez strict afin de garantir le bon usage des deniers publics, ce dernier répond aux trois objectifs suivants :

1. **Assurer une mise en concurrence** : il a comme objectif d'éviter toute exclusivité/situation de monopole.
2. **Garantir la transparence de l'achat** : il est assuré par la publicité en amont pour informer les fournisseurs, et en aval lors du choix de l'offre pour permettre de garantir que ce choix est efficace.
3. **Garantir l'égalité du traitement** : il permet de garantir les candidats contre l'arbitraire, l'obligation de fixer les critères de choix des offres et de les respecter sous peine d'une sanction pénale, il implique également l'égal accès à l'information ainsi que l'appel d'offre².

En plus de cette spécificité que l'achat public recommande d'être satisfaite également aux niveaux des établissements de santé publique, le système d'achat hospitalier est reconnu par sa complexité en raison de la multiplicité et de la technicité des produits qu'il concerne, des processus de gestion mis en oeuvre, des acteurs interagissant, et des caractéristiques de l'environnement de santé auquel appartient.

¹ CHARLOTTE BONTRON, Marie. *Op.cit.*, p. 57.

² Simplifier l'accès des TPE et PME à la commande publique [en ligne]. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/20150511-eco-guide-acheteurs-publics%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/20150511-eco-guide-acheteurs-publics%20(1).pdf) (Consulté le 24/10/2018).

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

En effet, La spécificité des produits achetés par hôpital (achats cœur de métier, achats hors production de soin) constitue un facteur important de la complexité car il exige souvent une grande expertise de la par des demandeurs. De plus, les achats de production de soin sont très réglementés et soumis à un régime de prix administrés, en ce qui concerne les produits et prestations remboursables à l'assuré social.

Les processus de gestion des achats sont soumis au code des marchés publics, le processus globale se découpe en deux sous processus : l'achat permettant de négocier les conditions commerciales auprès des fournisseurs et l'approvisionnement, situant en aval centré sur les besoins de l'utilisateur et ayant comme objet la livraison de bons produits au bon utilisateur. Donc, l'achat est un processus permettant de définir un cadre contractuel dans lequel un organisme pourra acquérir ces besoins (produit, prestations) en échange d'une contrepartie financière. L'approvisionnement est le processus permettant de suivre les marchés conclus.

La complexité des achats est accentuée par la multiplicité des acteurs impliqués. On distingue tout d'abord, les acteurs de l'environnement de santé publique (les structures territoriales, les établissements publics ou privée) ayant comme objet de rationaliser les achats et de générer des économies en poursuivant la qualité et l'équité de l'offre de soins et ceux par la fixation d'un cadre réglementaire régissant les achats hospitaliers. Interviennent également les acheteurs qui coordonnent le processus en respectant les règles de l'achat public, les demandeurs émettant les besoins, les fournisseurs répondant à l'appel d'offre, les approvisionneurs coordonnant les commandes d'approvisionnement et la livraison et enfin le service comptable qui gèrent la facturation.

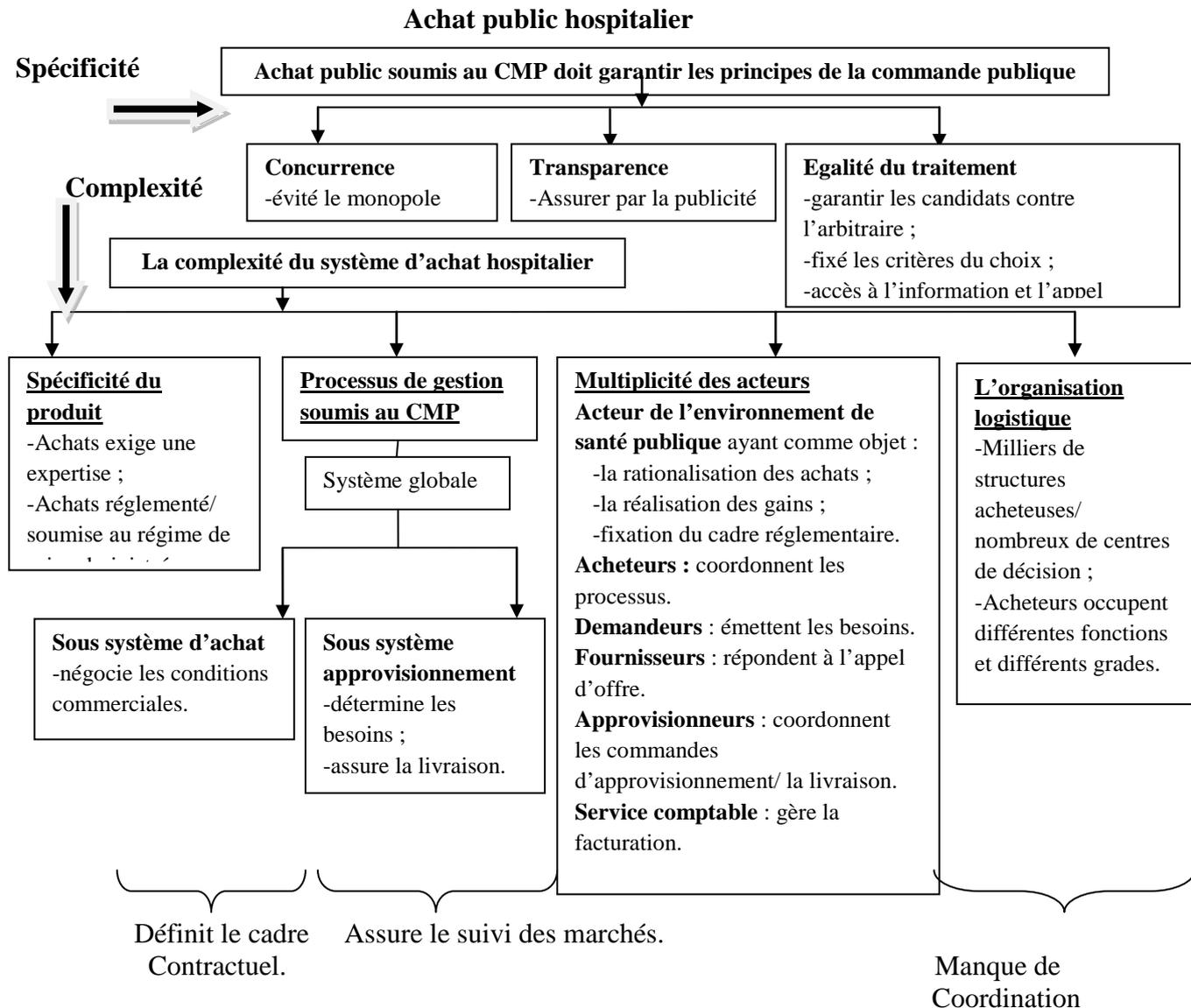
Ainsi, l'existence de milliers de structures acheteuses et de nombreux centres de décision à l'intérieur des établissements rend difficile l'organisation logistique de l'hôpital. De plus, les acheteurs occupent différentes fonctions et grades, ce qui entraîne un manque de coordination important entre les acheteurs de différentes directions¹.

Nous présentons dans la figure ci-après une synthèse sur les éléments caractéristiques liés à la spécificité d'un achat public et la complexité de ce système au milieu hospitalier :

¹ MONTALAN, Marie- Annick. La prise en compte de la complexité dans la mutualisation des achats hospitalière. *Revue projectics/ proyética/ projectique*. Février 2012, n° 8-9, p. 107-116.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Figure n°10 : La spécificité de l'achat public et la complexité de ce système au milieu hospitalier



Source : réalisé par nos soins à partir de la revue projectics/ proyética/ projectique.

Février 2012, n° 8- 9, p. 107-116.

II-3-3 La performance de l'achat public

Dans un contexte économique caractérisé par des exigences accrues des usagers et la rareté des ressources, les organisations doivent faire face à des défis multiples et parfois en opposition. En effet, ces contraintes budgétaires pesant sur le secteur public a rendu la recherche et l'amélioration de sa performance impérative¹.

¹ OKAR, Chafik., BARRIJAL, Said., MSSASSI, Said. *Vert un référentiel d'implantation des systèmes de mesure de la performance logistique*. In: Actes de conférence, Maroc: université Abdelmalek Essaâdi- Tanger, 2009. p. 1-13.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

Afin de préciser les éléments caractérisant un achat public performant, nous allons présenter le concept de performance d'une manière générale et en particulier en milieu hospitalier.

II-3-3-1 Le concept de la performance

La définition de la performance demeure ambiguë¹, selon les dictionnaires, celle-ci débouche sur des notions très vagues, ce concept résolument moderne est souvent rapproché de mots tels que « succès », « rendement », « bon résultat ». Donc, la performance ne vaut que par rapport à l'objectif auquel elle est rapportée : c'est un concept relatif et non pas absolu. La performance n'est pas une forme, elle ne vaut que par rapport à son continu².

La performance est une notion complexe, constituée de dévers et de nombreux éléments qui assurent la création de la valeur à long terme pour l'organisation³. En effet, au sein de celle-ci la performance peut être définie comme étant l'association de l'efficacité et de l'efficience car ces deux éléments peuvent influencer sa croissance. L'efficacité et la capacité à réaliser des objectifs, et l'efficience est le rapport entre les moyens et les efforts mis en œuvre ainsi que le niveau des résultats. « *L'accroissement de cette dernière provient de la maximisation de l'utilisation des ressources qui passe par l'augmentation sans accroissement des coûts, ou de la délivrance d'un niveau de production ou de service donné en réduisant les dotations factorielles*⁴ ».

Le secteur hospitalier doit répondre à une performance globale et multidimensionnelle⁵. Selon Jean de Kervasdoué, la définition de la performance des hôpitaux publics rejoint la description des objectifs organisationnels de ces hôpitaux : « *soigner tous les malades, avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité de soins, compte tenu des connaissances médicales du moment*⁶ ».

¹ EVELYNE, Lande. Performance des organisations publiques : le cas des universités. *Revue management économie*. Janvier 2009, p.1-9.

² MARTY, Clémence., MERLIN, Hervé. Mesurer la performance des hôpitaux publics en France : fondements méthodologiques, proposition d'un modèle d'évaluation, enjeux. *Cahier de recherche*. Majeure management public. Paris : école des Hautes études commerciales paris, 2007, p. 18-19.

³ PETIT, Nicolas. *Le contrôle de la logistique hospitalière. Pratique de performance modélisation des coûts en TDABC*. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université de RENNES I, 2013, p.56.

⁴ LACHTAR, Dalanda. *Contribution des systèmes multi- agent à l'analyse de la performance organisationnelle d'une cellule de crise communale*. Thèse de doctorat. Sciences et génie des activités à risques. Paris : école supérieure des mines de paris, 2012, p.68.

⁵ LE POGAM, Marie- Annick., LUANGSAY- CATELIN, Carine. NOTEBAERT, Jean-François. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Revue management et avenir*, mai 2009, n°25, p. 116-134.

⁶ MARTY, Clémence., MERLIN, Hervé. *Op.cit.*, p.19.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

En effet, l'hôpital est caractérisé par une dualité organisationnelle qui met souvent en concurrence la vision des prestataires des soins et celle des gestionnaires, par conséquent le pilotage de cette performance est une démarche des plus complexe¹.

En d'autres termes, la notion de la performance peut riveter plusieurs sens selon les objectifs à atteindre. Au niveau des organisations leur efficacité doit être privilégiée avec des résultats souhaitables ainsi que l'implication de l'ensemble des parties prenantes.

À hôpital, la performance est interprétée selon des dimensions multiples en raison de la diversité des missions à accomplir. Un système de santé performant repose notamment sur l'accessibilité équitable à des soins de qualité, de sécurité avec une efficacité clinique élevée. Il est jugé également par le degré de la satisfaction des patients et de la tutelle. Les hôpitaux sont évalués aussi au regard de leur système d'information devant répondre à l'évolution de la médecine et aux besoins de la direction. En effet, ces éléments constituent autant d'objectifs que l'organisation hospitalière doit atteindre tout en respectant une enveloppe budgétaire prédéterminée.

II-3-3-2 Les qualités spécifiques de l'acheteur public

L'action publique se déploie dans un système politique-administratif complexe produisant des résultats sur différents niveaux. En effet, on ne peut guère prétendre à l'amélioration des résultats d'une organisation publique on faisant l'impasse sur le niveau individuelle².

En outre, l'accomplissement de la mission d'achats requiert des compétences et des qualifications, l'acheteur doit être avant tout un homme ou une femme de communication dotée d'un esprit curieux et ouvert, il lui faut acquérir de solides connaissances et capacité professionnelles dans des domaines dévers et en perpétuelles évolutions, ainsi développer des aptitudes à la négociation dans un contexte multiculturel³.

L'acheteur public est un acheteur qui utilise un code pour optimiser ses achats, il doit donc avoir un double profile : économique et juridique. De ce fait, Les acheteurs publics doivent s'adapter aux domaines de compétence des collectivités dans lesquelles ils exercent et

¹ BOUHAMIDI, Laila. *Performance des services hospitaliers: quelle conception? Pour quel pilotage ? Cas de l'hôpital IBN. SINA de RABAT*. Mémoire de fin d'étude. Royaume de Maroc : institution national d'administration sanitaire, management des organisations de la santé, 2012, p. 1.

² YVES, Emery. La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée au déficit de la réalisation. [en ligne]. Format PDF disponible sur <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/la%20gestion...> (consulté le 28/10/2018).

³ JEHAN, Isabelle. *Comment caractériser les compétences du « bon » acheteur et leurs formes d'apprentissage ?* Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Pau : université de Pau et des pays de l'Adour, 2012, p. 101.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

pouvoir proposer des stratégies d'achats qui déclinent les politiques décidées par les élus¹.

La fonction achat des établissements s'appuie sur les compétences de ces acheteurs, leur rôle est primordiale voir essentiel dans l'accomplissement des objectifs de l'organisation et de la tutelle. Afin d'aboutir à ces résultats et répondre aux enjeux, l'acheteur public doit avoir d'excellentes capacités relationnelle et être en mesure de développer de nouvelles stratégie.

II-3-3-3 Les conditions de la performance de l'achat public

Quel que soit le secteur envisagé, la performance de l'achat public se mesure par sa capacité à dégager des marges bénéficière dans un contexte économique contraignant, et d'assurer une qualité optimale de service public rendu directement ou indirectement à l'utilisateur ainsi que de participer à la mise en œuvre des politiques publiques. En effet l'arbitrage s'avère parfois nécessaire pour la réalisation de ces objectifs². De ce fait, La passation du marché public ne peut être performante que dans un environnement concurrentielle faisant appel à des lois et réglementations afin de promouvoir le libre échange, ainsi que des mesures de lutte anti corruption³.

En outre, et comme le souligne Olivier FEVROT maître de conférence en droit public : « *il faut observer que c'est la définition préalable des besoins et la recherche de l'offre économiquement la plus avantageuse sont des conditions indispensables pour assurer la performance de l'achat public*⁴ ». De plus, afin que l'achat public soit performant, il faut responsabilisés les acheteurs publics non seulement pour vieller à la conformité de leurs contrats au CMP mais aussi à l'efficacité et l'efficience de leurs achats⁵.

Donc, un achat public performant est conditionné par une définition préalable des besoins intégrant les critères de la qualité et le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse ainsi que l'implication de la responsabilité de l'acheteur public.

L'achat public s'effectue selon des procédures juridiques très encadrées pour pouvoir optimiser les ressources et l'utilisation rationnelle des deniers publics. Certes cette fonction joue un rôle primordial dans la dynamique de fonctionnement de l'hôpital dans lequel celle-ci

¹ MARAVAR, Philippe. Forum des achats 2016 : s'orienter vert la performance. *Revue achetons public*. Janvier 2017, n°1, p.1-12.

² *Ibid.*, p. 1-12.

³ YETIBOCA, SANGA PEMA. *L'amélioration des systèmes de passation des marchés publics à la contribution de la performance de la gestion des projets au Bénin*. Mémoire de la maîtrise en gestion de projet. Sciences économiques et administratives. Québec : université de Québec à Chicoutimi, 2016, p. 19.

⁴ THELLIEZ HUGODOT, Simon. *Op.cit.*, p.31.

⁵ FASS, Jérémy. *Op.cit.*, p. 21.

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

demeure complexe en raison de sa spécificité organisationnelle et de la diversité des missions à accomplir. La performance de l'achat public est assurée par la détermination préalable des besoins fondés sur des critères de performance et le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse en mettant en lumière les compétences de l'acheteur public.

La conclusion

II-Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital

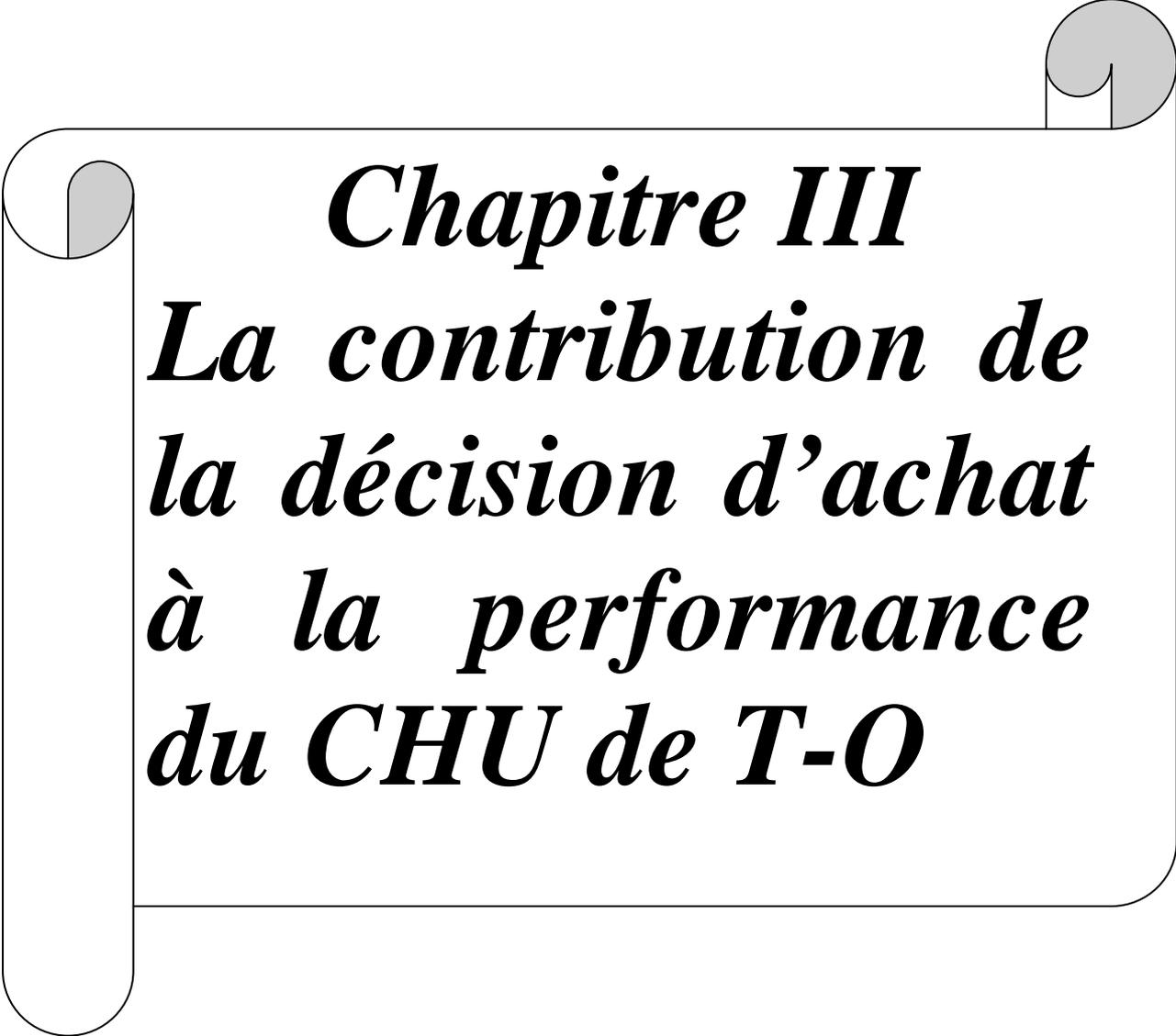
A hôpital, la prise de décision est collective, suit un cheminement de négociation entre les acteurs qui y participent, elle est omniprésente dans l'exercice des métiers du directeur et de médecin et où la responsabilité est exercée à titre personnel. Le décideur hospitalier est en fait placé dans des situations qui se caractérisent par une participation accrue, à beaucoup d'instances, de réunions, des groupes opposés, il doit faire face à des délais raccourcis de prise de position.

La prise de décision s'appuie sur l'information qui constitue la matière première du décideur devant être complète, vérifiable ce qui permet de considérer le système d'information comme un support incontournable du management hospitalier.

Pour assurer le bon fonctionnement de l'hôpital et répondre à ses besoins, la décision d'approvisionnement et celle de l'achat le permettent. En effet, ces décisions sont régies par un cadre réglementaire strict, c'est celui du code des marchés publics visant la satisfaction des principes de la commande publique et la gestion efficientes des fonds publics.

En Algérie, dans l'objectif de moderniser la gestion des hôpitaux et la rationalisation des dépenses publics, l'introduction de nouvelles pratiques managériales issues du domaine du privé devient indispensable. De ce fait, l'achat public revêt des compétences juridiques et managériales permettant d'atteindre la performance.

Le troisième chapitre fera l'objet d'une étude sur le terrain réalisé dans le but de déterminer les modalités de la définition des besoins et le processus de la décision d'achat appliqué au sein du CHU de Tizi-Ouzou, ainsi la contribution de ce dernier à sa performance.

A decorative graphic of a scroll with a black outline and rounded corners. The scroll is partially unrolled, with the top edge curving upwards. There are two circular elements at the top corners, resembling the ends of the scroll's binding, with a light gray fill and a black outline. The text is centered within the scroll's frame.

Chapitre III
La contribution de
la décision d'achat
à la performance
du CHU de T-O

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

Introduction

La définition des besoins dans la pratique est un exercice complexe et revêt une importance capitale. Celle-ci doit répondre à un cadre juridique très poussé et adapter des pratiques issues du privé en mettant l'organisation administrative face aux changements et en position de l'insécurité. Cette complexité se manifeste par la multiplicité des aspects à prendre en compte qu'ils soient d'ordre quantitatif ou qualitatif.

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre de la recherche sur le terrain et ce en vue d'apporter des éléments de réponse à la problématique du départ. A ce stade de la recherche, nous devrions confronter notre cadre conceptuel avec la réalité du terrain.

Pour ce faire, ce chapitre fera l'objet d'une analyse empirique approfondie du centre hospitalo-universitaire Nedir Mohammed dans lequel nous allons essayer de déterminer par le biais de l'entretien les modalités de la définition des besoins au sein de celui-ci, le processus de la décision d'achat appliqué, et la contribution de la décision d'achat à sa performance.

Ce chapitre sera articulé de la manière suivante : la première section est consacrée à la présentation du cadre méthodologique de l'étude, la seconde section traite l'organisation administrative du C.H.U de T.O, enfin, la dernière section est réservée à l'analyse et l'interprétation des résultats.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude

Cette section sert à évoquer successivement la méthodologie de la recherche, notamment les caractéristiques de la population et l'échantillon de l'étude.

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

Avant la présentation de la méthodologie de la recherche, il est indispensable de rappeler la problématique et les objectifs de recherche.

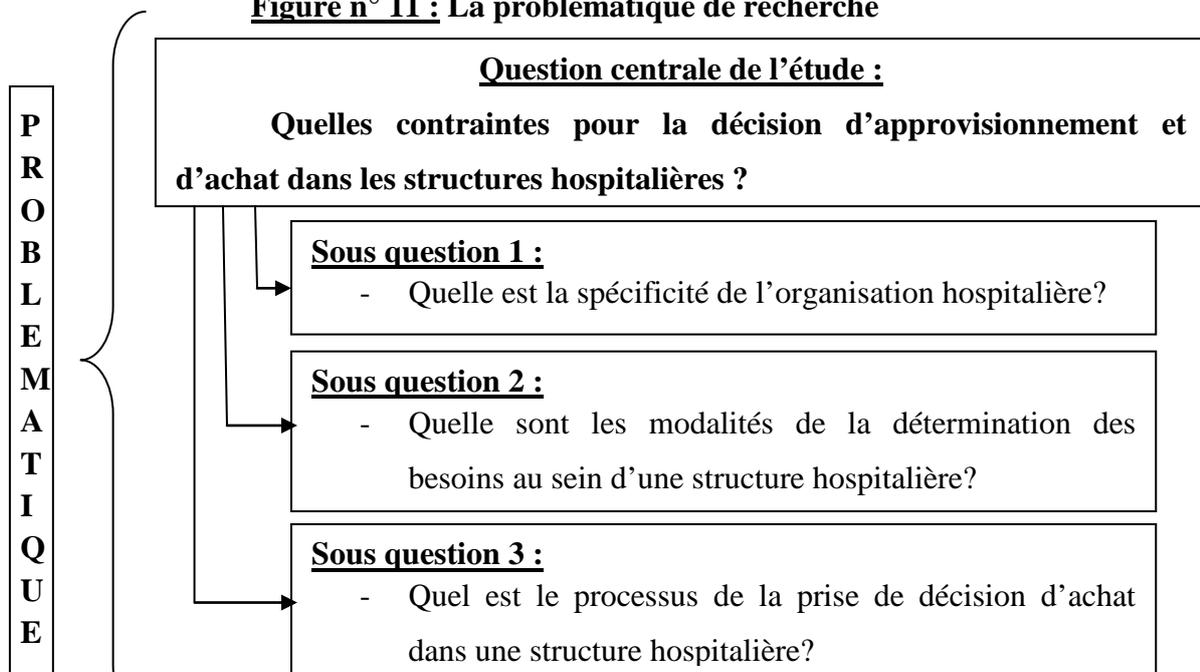
III-1-1-1 Rappel de la problématique de la recherche

Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Quelles contraintes pour la décision d'approvisionnement et d'achat dans les structures hospitalières ?**

De cette question centrale, découle les questions secondaires suivantes qui servent à tracer le chemin et à guider notre démarche empirique : ces questions sont les suivantes :

- Quelle est la spécificité de l'organisation hospitalière?
- Quelle sont les modalités de la détermination des besoins au sein d'une structure hospitalière?
- Quel est le processus de la prise de décision d'achat dans une structure hospitalière?

Figure n° 11 : La problématique de recherche



Source : réalisée par nos soins

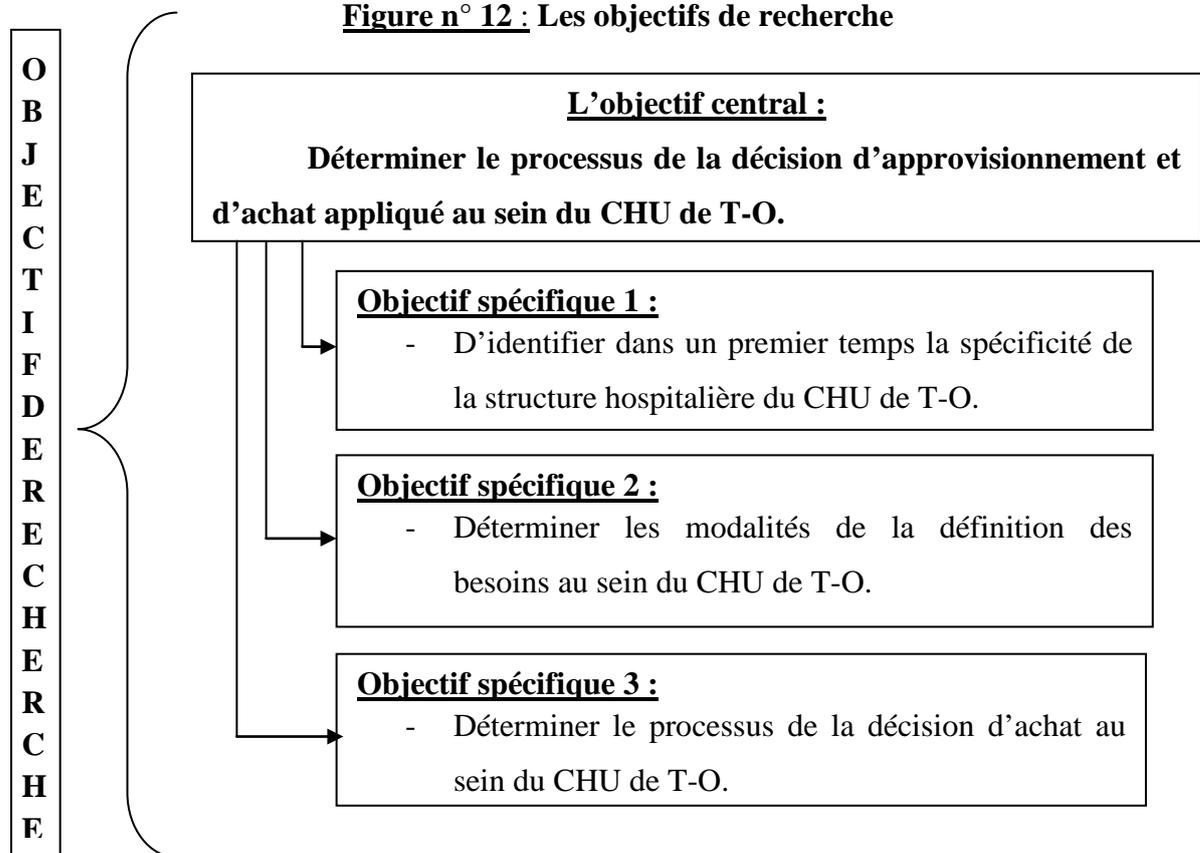
III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

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

La problématique de la recherche s'inscrit dans la logique de déterminer le **processus de la décision d'approvisionnement et d'achat au sein de CHU de T-O**. Pour ce faire, on a fixé les objectifs suivants :

- D'identifier dans un premier temps la spécificité de la structure hospitalière du CHU de T-O.
- Déterminer les modalités de la définition des besoins au sein de CHU de T-O.
- Déterminer le processus de la prise de la décision d'achat au sein de CHU de T-O.

Figure n° 12 : Les objectifs de recherche



Source : réalisée par nos soins

III-1-2 La méthodologie de recherche

Dans le but d'atteindre l'objectif tracé, on a prévu d'adopter une **visée compréhensive et descriptive** basée sur des notions théorique et fondée sur des recherches bibliographiques, ainsi que la collecte des données sur le terrain.

Le recueil des données est basé sur le cadre conceptuel et le terrain ce qui nous permettra par la suite de faire une analyse des informations en lien avec les rapports

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

théoriques et de faire une synthèse pour l'ensemble des résultats.

De ce fait, nous souhaitons un recueil des données inscrit dans une méthode qualitative. En effet, dans cette méthode la position du chercheur est prise à distance, il ne dirige pas la recherche seulement il utilise les références de l'autre pour avancer. En outre, dans ce type d'étude la collection résulte en données non mesurables exigeant des classifications en catégories, et où l'analyse est conduite à travers l'usage des notions théoriques, et dont l'accent est mis sur les acteurs¹.

Cette démarche vise à répondre à notre question du départ à travers une étude de cas dont l'objectif est de tenter de comprendre et de décrire un phénomène très complexe qui est la prise de décision en particulier celle d'approvisionnement et celle de l'achat et ce par l'application **d'une technique d'analyse du contenu**. Cette analyse « *est une technique indirecte d'investigation scientifique utilisée sur des productions écrites, (...), provenant d'individus ou de groupes, dont le continu ne se présente pas sous forme chiffrée, qui permet de faire un prélèvement soit quantitatif, soit qualitatif en vue d'expliquer, de comprendre et de comparer²* ».

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

Compte tenu des objectifs fixés pour ces échanges, et dans la volonte de laisser une liberté à la personne interrogée, nous choisissons de réaliser des entretiens non directifs.

L'entretien se caractérise par une rencontre interpersonnelle donnant lieu à une interaction essentiellement verbale : les données recueillies sont donc coproduites, elles se fondent sur des représentations stockées en mémoire du répondant : donc elles sont construites lors de leur verbalisation³.

En effet, **un entretien non directif** laisse beaucoup latitude à la personne interviewée, où il peut s'exprimer librement sur le sujet qui lui a été présenté. Ce type peut aider à définir un sujet sur lequel on ne sait rien où presque rien. On y a recours pour une recherche d'informations ou d'opinions de niveau assez général⁴.

¹ DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le mémoire de Master : du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales*. Tizi-Ouzou. Edition El Amel, 2015, p. 68-69.

² *Ibid.*, p. 125.

³ GAVARD-PERRET, Marie-Laure., GOTTELAND, David., HAON, Christophe., et al. *Méthodologie de la recherche en science de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse*. 2^{ème} édition. Paris : Pearson, 2012, p.108-109.

⁴ DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Op.cit.*, p. 96.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

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

Dans un premier lieu nous allons identifier les caractéristiques de la population choisit pour effectuer notre étude, puis, on va procéder à la sélection d'un échantillon qui représente un extrait de cette population.

III-1-3-1 Caractéristique de la population d'étude

La population d'étude peut être définie comme « *l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations, c'est ce que l'on appelle aussi la population-mère¹* ».

En effet, notre choix est porté sur le centre Hospitalo-universitaire de « NEDIR Mohamed » de Tizi-Ouzou servant à recueillir les informations nécessaires permettant d'apporter un éclairage sur notre étude et d'approfondir notre recherche. Ce dernier est « *un établissement publique à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est crée par un décret exécutifs ; sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.*

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur²». Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de la formation supérieur en science médicale concernée, des missions, de diagnostic, d'exploration, de soin, de prévention, de formation, d'étude et de recherche³.

Dans le cadre des missions, le CHU est chargé notamment de répondre aux tâches suivantes :

- ❖ **En matière de santé :** d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention, également de toute activités concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population. D'appliquer les programmes de santé : nationaux, régionaux et locaux, également de participer à l'élaboration des normes d'équipements sanitaires, scientifiques et pédagogiques des structures de la santé, comme il contribue à la protection et à la promotion de

¹ AKTOUF, Omar. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : les presses de l'université du Québec, 1987, p. 71.

² Décret n° 97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaire. Journal officiel, 10/12/1997, n° 81, p. 21-27.

³ *Ibid.*

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

- ❖ **En matière de formation** : d'assurer en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en science médicale et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- ❖ **En matière de recherche** : d'effectuer tout travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé, et ceux dans le cadre de la réglementation en vigueur. Ainsi, d'organiser des séminaires, colloque, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de la gestion.

En effet, l'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 juillet 1955. A cette époque ce dernier comportait un nombre restreint de discipline médicale.

En 1974, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire (S.S.U) grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit transformer en secteur sanitaire universitaire et ce ci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est créé par le décret n° 86/25 du février 1986 complété et modifié par le décret n° 86/294 du 16 décembre 1986.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés, répartis en 42 services d'hospitalisation, englobent ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations. Il est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas : Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes et Bouira dont la demande est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays¹.

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est créé par un décret exécutif n° 97-467 du 2 chaabane correspondant au 2 septembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires². Il englobe deux unités : Unité NEDIR Mohamed, réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent les transferts

¹ Exploitation des données de C.H.U du Tizi-Ouzou.

² OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

des malades, celle de BELLOUA, structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed au village REDJAOUNA, superficie du site 62500 m², constituée de quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés, De plus, le C.H.U de T-O a une clinique dentaire dotée de 50 fauteuils dentaires.

En 2018, le C.H.U du T-O comporte un effectif total de 3438 personnes, dont 1044 médicaux et 1101 paramédicaux.

Récemment, le budget accordé au C.H.U de T-O a permis la réalisation de nouveaux projets tels que le réaménagement du service de médecine physique et réadaptation, le réaménagement du service de radiologie, également aménagement d'un service de médecine légale et ce par le budget de fonctionnement, tandis que le budget d'équipements a permis la création de nouveaux services comme la création d'un service de chirurgie thoracique, le projet de la construction de l'hôpital de jour au C.H.U de T-O construit dans le but d'atténuer la charge sur le service des urgences avec une autorisation de programme qui s'élève à 80 000 000,00 DA. De plus le budget d'investissement quant à lui a permis la création d'un centre de désintoxication appelé Centre d'Etude et de Recherche et de Traitement des Addictions (C.E.R.T.A) avec une autorisation de programme de 137 998 000.00 DA¹.

En effet, le budget est l'acte qui prévoit et autorise pour l'année civile l'ensemble des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissements dont les dépenses d'équipement publics et les dépenses en capital. Au sens de la présente loi, on entend par recettes et dépenses, l'ensemble des ressources et des charges du budget général de l'Etat tel que définies par la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relatif aux lois de finances, modifiées. En effet, les dépenses de fonctionnements assurent la couverture des charges ordinaires nécessaires au fonctionnement des services publics dont les crédits sont inscrits au budget général de l'Etat, tandis que les dépenses d'équipements public, celle de l'investissement et celle en capital, s'inscrivent au budget générale de l'Etat sous la forme d'autorisation de programme, et s'exécutent à travers les crédits de paiement.

En outre, les autorisations de programme constituent la limite supérieure des dépenses que les ordonnateurs sont autorisés à engager pour l'exécution des opérations planifiées. Celle-ci demeurent valables sans limitations de durée jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur annulation. En revanche, les crédits de paiements représentent les dotations annuelles

¹ Exploitation des données de C.H.U du Tizi-Ouzou.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

susceptibles d'être ordonnancées, mandatées ou payées pour la couverture des engagements contractés dans le cadre des autorisations du programme correspondantes.

La nomenclature budgétaire du centre hospitalo-universitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances. Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recette et un titre de dépenses. Les recettes comprennent :

- les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- les recettes diverses ;
- les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement et le remboursement des assurances économiques au titre des dommages corporels.

En revanche, les dépenses comprennent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toute dépense nécessaire à la réalisation de son objet¹.

En effet, si l'on se fie aux paramètres et aux statistiques du CHU Nedir Mohammed, on peut dire que cette institution de santé publique particulièrement performante, occupe un rang flatteur parmi les structures hospitalières publiques et les cliniques privées en Algérie. Le CHU de T-O est une grande machine sanitaire capable de délivrer aux patients les produits de santé dont ils ont besoin. En termes de résultats sanitaires cette machine coûte en équipements médicaux cent vingt milliards de centimes. Ces acquisitions en équipements médicaux permettent une réelle prise en charge médicale des patients dans toutes les spécialités. De plus, un éclairage sur la gouvernance hospitalière s'impose par le nombre de patients admis

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

durant l'année 2016 et qui sont de 208 377 recevant des soins dans différentes services. Ainsi le laboratoire d'analyse médicales n'a pas désempli, il y a 1 351 462 examens médicaux ayant coûté trente cinq milliards de centimes. La bonne gouvernance de ladite structure et le résultat de la contribution efficiente de tous les personnels médicaux et paramédicaux à leur tête le directeur général qui font que le CHU accomplisse les missions d'intérêt général qui lui sont dévolues, ainsi que l'apport de monsieur le wali qui veille à ce que l'activité hospitalière ne souffre d'aucun blocage¹.

III-1-3-2 L'échantillon d'étude

En raison de la durée déterminée pour achever cette étude, il est difficile d'apporter l'étude sur l'ensemble de la population. En outre, pour que l'étude soit menée efficacement sur le terrain et qu'elle soit réalisée dans les délais, on a extrait un certain nombre d'individus précis appelé échantillon non probabiliste non scientifique dans lequel le chercheur met au point une procédure subjective de sélection des individus².

Compte tenu de l'organigramme de l'organisation hospitalière, et afin de subvenir aux besoins de l'hôpital en matière d'achat, la direction des moyens et matériels assure cette fonction. Celle-ci coiffe trois sous directions : la sous direction des services économique, la sous direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable et la sous direction des infrastructures, d'équipements et de maintenances.

Etant donné que notre étude est qualitative, elle ne demande pas un grand échantillon, donc l'échantillon obtenu résulte de quatre entretiens : un entretien avec la directrice des finances et du contrôle, un autre avec la directrice de la sous direction des services économiques, un entretien avec la directrice de la direction des moyens et matériels également la sous directrice de la sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance, et le dernier avec la secrétaire générale en même temps présidente de la commission d'évaluation des marchés du CHU de T-O.

III-2 L'organisation et la gestion administrative du CHU de T-O

La présente section traite la gestion administrative de l'hôpital du CHU de T-O comme il présente en particulier la sous direction des services économiques :

¹ Le soir d'Algérie. Actualité : le centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou : un pôle d'excellence[en ligne] ? Disponible sur : <file:///E:/FILM%20ISLAM/CHU%20DE%20T-O.htm> (consulté le 04/12/2018).

² DAHAK, Abdenmour., KARA, Rabah. *Op.cit.*, p. 117.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-2-1 La gestion administrative du CHU de T-O

Le CHU est administré par un conseil d'administration dirigé par le directeur général, il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil scientifique » et dans l'interval des sessions de ce dernier, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif.

III-2-1-1 Le directeur de l'hôpital

Le directeur du CHU est nommée par un décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé, il est mis fin à ses fonctions dans les même formes. Il est assisté d'un secrétaire général, du directeur et le cas échéant de directeurs d'unités. Il est le responsable de la gestion du CHU, à ce titre, il le représente le C.H.U en justice et dans tout les actes de la vie civile, il exerce le pouvoir de nominations sur l'ensemble des personnes du CHU à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, le directeur est l'ordonnateur de la dépense de santé comme il prépare les projets du budget prévisionnel et établit les compte du C.H.U. Il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur du C.H.U, également il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Le directeur établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse au ministre chargé de la santé, après approbation du conseil d'administration, il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur, le directeur exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité et il délègue, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs¹.

III-2-1-2 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration comprend le représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, un représentant des organes de sécurité sociale, un représentant de l'assemblés populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaire élus par ses pairs, un représentant des personnels médicaux élus par ses pairs, un représentant des personnels paramédicaux élus par ses pairs, un représentant des associations des usagers, un représentant

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

des travailleurs élus en assemblée générale, un représentant du conseil scientifique du C.H.U. du T.O.

Le directeur du C.H.U participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat. Les membres de ce conseil sont nommés pour un mandat de trois années renouvelable, par arrêté du wali, et ce la, sur la proposition des autorités dont ils relèvent. En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre sera désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. En effet, les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celle-ci, de plus ce conseil peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses délibérations.

Le conseil d'administration délibère sur : le plan de développement à court et moyen terme, le projet du budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissements, les projets d'organisation des services les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements, les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de la sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes, le projet des tableaux des effectifs, le règlement intérieur de l'établissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location comme il assiste à l'acceptation ou le refus de dons et legs.

Ce conseil se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six mois, comme il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé par le président et le secrétaire de la séance. Ce conseil élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres présents¹. Si le *quorum** n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. En effet les décisions sont prises à la majorité des membres présents, et en cas de partage des voix celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, à l'approbation de la tutelle dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

leur transmission, sauf opposition expresse notifiée au cours de ce délai¹.

III-2-1-3 Le conseil scientifique

Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis notamment sur : l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux, les projets de programme relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux, les programmes de santé et de population, les conventions de formations et de recherches en sciences médicales. En effet, ce conseil propose toute mesure de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la préparation des personnels en relation avec les activités des services, aussi il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche. Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire pour toute question à caractère médicale, scientifique ou de formation. Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux. Il élit en son sein un président pour une durée de trois années, renouvelable.

Ce conseil se réunit sur convocation de son président, ou du directeur du CHU en session ordinaire, une fois tous les deux mois, comme il peut se réunir en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU. De plus, le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente, cependant, si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quel soit le nombre de présents².

III-2-1-4 Le comité consultatif

Le comité consultatif assiste le directeur général du CHU dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique. Il comprend outre le directeur général, président : président du conseil scientifique, trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil

* Quorum : correspond au nombre de présence minimal parmi les membres d'une assemblée sans lequel une délibération au sein de celle-ci ne peut être valide.

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

² *Ibid.*

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

scientifique. Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du CHU ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargi au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement. De plus, le comité consultatif se réunit une fois par mois¹.

III-2-2 Les directions de l'organisation administrative

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative des centres hospitalo-universitaires comprend : la direction des ressources humaines, la direction des finances et du contrôle, la direction des moyens et matériels, et la direction des activités médicales et paramédicales, dont les unités sont organisées en bureaux².

III-2-2-1 La direction des ressources humaines

Qui comporte deux sous directions :

❖ La sous direction des personnels

Elle comporte le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service ; le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues ; le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

Les missions attribuées à la direction des ressources humaines :

- Détermination des besoins en personnels et les mettre en temps opportun à la disposition des services opérationnels ;
- L'élaboration des plans annuels et pluriannuels de recrutement des personnels ;
- D'assurer la répartition judicieuse des personnels entre les services et veiller à leur utilisation judicieuse ;
- Harmoniser l'évolution automatique et statutaire des carrières (avancement et promotion) avec la situation prévisible ou réelle de l'organisme (poste vacants, emplois nouveaux, nouvelles qualifications).

Les objectifs visés par cette direction :

- Maitriser les effectifs et les coûts ;

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

² *Ibid.*

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

- Définir les besoins qualitatif et quantitatif ;
- Maitre en place des programmes de développements des carrières ; satisfaire les besoins des services en fonction des moyens.

❖ **La sous direction de la formation et de la documentation comportant**

Qui comporte le bureau de la formation et le bureau de la documentation. En effet, la sous direction de la documentation à ouvert ses portes en 1999 suite à l'application du nouvel organigramme initié par le ministre de la santé, elle a comme activité :

- Formation et formation continue du corps médicale, paramédicale, administrative et technique ;
- Perfectionnement, recyclage, formation de courte durée à l'étranger ;
- Encadrement et suivi des stagiaires ;
- Suivi et formation des enfants hospitalisée en deux unités ;
- Organisation des manifestations scientifiques.

III-2-2-2 La direction des finances et du contrôle

La direction des finances et du contrôle à été crée par l'arrêté interministériel du 26/04/98 fixant l'organisation administrative des CHU.

❖ **La sous direction des finances**

Qui comporte le bureau du budget et de la comptabilité et le bureau des recettes et des dépenses : il est chargé :

- D'établir les prévisions budgétaires ;
- De répartir par chapitre et par partie, les crédits alloués par titre, par le ministre de la tutelle ;
- De faire adopter par le conseil d'administration le projet réparti et le faire approuver par le ministre de la tutelle ;
- D'assurer le suivi et l'exécution du budget à travers la comptabilité des engagements et des paiements ;
- De confectionner les situations budgétaires périodiques (mensuelle et ministérielle) faisant ressortir les crédits, les engagements, les budgets, les mandatements et le paiement par article du budget ;
- De tenir un fichier fournisseur, renouvelables tout les ans ;
- De suivre les paiements en marchés ;

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

- De produire le compte administratif après la clôture de chaque année budgétaire dont une copie est transmise à la cour des comptes au plus tard, le 30 juin de l'année suivante ;
- De prendre en charge par le biais de la régie et des différentes sous régis, l'ensemble des recettes réalisées par l'établissement.

❖ **La sous direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts**

Créée en vertu de l'arrêté interministériel du 26 avril 1988, portant organisation des centres hospitalo-universitaires, celle-ci rattachée à la direction des finances et du contrôle. Son existence au CHU de Tizi-Ouzou remonte au mois de décembre 2001 et ce en application de la circulaire n° 15/MSP/MIN du 30 octobre relative à la mise en place du « calcul des coûts par la méthode des sections homogènes dans les établissements de santé ».

Selon l'arrêté ministériel suscit, celle-ci est composée de deux bureaux :

- **Le bureau d'analyse et de et de la maîtrise des coûts et le bureau de la facturation** : chargé de :
 - Calculer le coût global des activités pratiquées dans les services hospitaliers ;
 - Déterminer le coût par unité d'œuvre (journée d'hospitalisation, consultation, séance de dialyse, examen...) et par service selon le découpage de l'établissement en centres de responsabilités ;
 - Elaborer les rapports trimestriels et annuels relatifs au calcul des coûts détaillés par service et par rubrique des dépenses selon le guide méthodologique élaboré par une commission ad-hoc.
- **Le bureau de la facturation** est chargé de :
 - Recueillir les données relatives aux actes et prestations prodiguée aux malades hospitalisés sur la base de la fiche navette.
 - Contrôler la tenue correcte et régulière de la fiche navette dans les services d'hospitalisation, afin de permettre une meilleurs évaluation de l'activité et éventuellement de la qualité des soins ou de la prise en charge des malades ;
 - Etablir les décomptes des frais d'hospitalisation individualisés à la sortie du malade hospitalisé
 - Déterminer éventuellement la part qui revient à chaque partie concerné à savoir le

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

malade lui même, la caisse d'assurance, les mutuelles, l'Etat.¹

III-2-2-3 La direction des moyens et matériels comporte :

- **La sous direction des ressources économiques** : elle comprend le bureau des approvisionnements, le bureau de la gestion des magasins, de l'inventaire et des réformes, ainsi que le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- **La sous direction des produits pharmaceutiques, l'instrumentation et du consommable** : il comprend : le bureau des produits pharmaceutiques ainsi que le bureau des instruments et du contrôle.
- **La sous direction des équipements et infrastructure et de maintenance** : celle-ci comprend : le bureau des équipements, le bureau des infrastructures et celui de la maintenance.

III-2-2-4 La direction des activités médicales et paramédicales comporte :

- **La sous direction des activités médicale** : elle est composée de trois bureaux : Le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; Le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et de suivi des étudiants.
- **La sous direction des activités paramédicales comporte** : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers ; le bureau de la programmation et de suivi des stagiaires.
- **La sous direction de la gestion administrative du malade comporte** : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio- thérapeutiques².

Chaque sous direction assure un rôle spécifique et satisfait un besoin particulier. Elles sont complémentaires et visent l'intérêt du malade.

¹ MALEK, Nadir. *Essai d'analyse des pratiques de la G.R.H dans les institutions sanitaire publiques algerienne. Cas du CHU de Tizi-Ouzou*. Mémoire de Magister sciences économiques. Tizi-Ouzou : université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, FSEGC, (date inconnue), p. 96-100.

² OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-2-3 La gestion des services économiques

La sous-direction des services économiques du CHU du T-O appelée également « économat », dirigé par un économiste. Celui-ci gère l'approvisionnement scolaire, hospitalière, d'une entreprise ou d'une administration. Il veille à ce que rien ne manque (denrées alimentaires, produit d'entretien, ustensiles et petits équipements divers). Il est doté des compétences (la connaissance de la logistique de gestion, des notions comptable, capacité à gérer, le respect des normes d'hygiène...etc.) et d'un savoir être (organisation, planification, sens de négociation, disponibilité...etc.)¹. Le responsable d'approvisionnement occupe un poste clé dans l'établissement. Ce dernier doit assurer la prise en charge du patient en matière de restauration-hôtellerie, de répondre aux besoins des services, ce qui suscite la tenue d'une gestion efficace des ressources.

En effet, La sous direction des services économiques de CHU de T-O accomplit des missions importantes qui conditionnent le devenir de l'hôpital, ces missions sont réparties entre les bureaux qui le compose :

III-2-3-1 Le bureau des approvisionnements

C'est le bureau chargé d'établir les prévisions, d'estimer les besoins de l'hôpital en matière de denrées alimentaires, l'immobilier du bureau, du consommable et de produits d'hygiène, d'établir des bons de commande selon les marchés, comme il s'occupe gestion des magasins².

En matière d'approvisionnement, beaucoup de difficultés résident au niveau de la disponibilité de certains produits, mais un effort doit être fourni pour rechercher les meilleures produits, et au moindre coût. De ce fait, des consultations fréquentes sont nécessaires, tant au niveau des entreprises publiques que des fournisseurs privée, ainsi, des démarcheurs compétents doivent être affectés à cette fin et une commission de réception des produits alimentaires doit être instituée³. Celle-ci est chargée :

- D'apprécier la qualité des aliments conformément aux critères de choix dans les cahiers des charges ;

¹Fiche métier. Economiste/ intendant.e. [en ligne]. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/Fiche%20m%C3%A9tier%20%20Economiste%20%20Intendant%C2%B7e%20-%20M%C3%A9tiers.be.html>(consulté le 14/12/2018).

² Exploitation des données de CHU de T-O.

³ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

- De contrôler les dates de fabrications et de péremption et l'état d'emballage de toutes les denrées alimentaires. ;
- De contrôler le respect des normes d'hygiène et de transport des aliments ;
- De contrôler le respect de la chaîne de froid ;

Toutes les observations sont notées sur un registre spécial ouvert à cet effet.

En outre, cette commission est souveraine et peut de ce fait refuser toute denrée non conforme au cahier de prescription de l'établissement, de plus, le contrôle de la qualité peut faire appel, sous sa responsabilité à toute compétence susceptible de l'aider dans ses travaux¹.

De plus, pour le stockage, dès la réception, les denrées doivent être stockées dans des locaux appropriés répondant aux normes suivantes :

- Locaux propres, aérés et spécialement aménagés
- Locaux spécialisés par nature de famille de produits (séparer les denrées alimentaire des produits de droguerie, par exemple)
- Locaux équipés en armoires, étagères et installation frigorifiques².

III-2-3-2 Bureau des inventaires

L'objectif de la tenue du registre d'inventaire répond au souci de connaître à tout moment la consistance du patrimoine mobilier détenu par chaque structure publique, l'utilisation qui en est faite ainsi que les conditions dans lesquelles en assurée la gestion, la conservation et la maintenance. Comme il permet à toute structure de justifier en ce qui concerne chacun des objets qu'elle a acquis ou qu'elle a reçus soit son existence effective, soit sa réforme ou bien sa remise au service des domaines, aux fins d'aliénation. En effet, sont inventoriés tous les biens immobiliers, quelle qu'en soit la nature ou la provenance, détenue par les institutions, services, organismes et établissements publics de l'Etat et des collectivités locales, à l'exception des objets consommables par le premier usage et des objets non consommable par le premier usage dont la valeur d'achat unitaire ne dépasse pas trois cent dinars. Pour ces derniers, il est indispensable d'instituer un inventaire spécial permettant un contrôle aisé de quantités consommées, et ce par la tenue d'un compte d'emploi pour certains objets de consommation dont les modalités de contrôle sont laissées à l'initiative de chef de service. En revanche, pour les objets *détruits, perdus ou volés, le chef du service doit*

¹ Exploitation des données de CHU de T-O.

² OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

adresser immédiatement à son supérieur hiérarchique un rapport précisant les conditions et les circonstances dans lesquelles s'est produit la destruction, la perte ou le vol, lui soumettre un procès-verbal y afférent. Egalement, les services ne peuvent en aucun cas effectuer des actes de disposition portant sur des objets mobiliers qu'ils ont pris en charge et dont ils en assurent la gestion, mais ces derniers sont remis aux services des domaines.

III-2-3-3 Bureau de restauration-hôtellerie

C'est la mission première des structures sanitaires et de soigner la qualité de l'alimentation à servir aux malades et aux personnels doit constituer une préoccupation majeure, à cet effet les gestionnaires doivent rechercher les méthodes permettant la qualité du repas. En effet, ce bureau assure :

- ❖ **Le suivi et la préparation des repas et hygiène des locaux** : les différentes phases de préparation des repas dans le temps et dans l'espace sont impératives (individualisés les zones de découpage de viande, d'épluchage de plonge et de cuisson). Également, les locaux, les installations et le matériel de cuisine doivent être rigoureusement propres et l'accès à la cuisine doit être strictement réglementé.
- ❖ **Le contrôle du personnel de la cuisine** : le personnel travaillant à la cuisine est soumis à un contrôle régulier, la tenue vestimentaire comprend : un costume blanc, un tablier blanc, un calot blanc et une paire de chausseurs antidérapantes, doit être constamment propre. De plus l'hygiène corporelle doit être respectée par ce personnel. Et en cas d'absence du personnel compétant, les gestionnaires devront élaborer un plan de recyclage des agents affectés aux cuisines¹.
- ❖ **Les menus** : en effet, les malades ont droit à trois repas : le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner, ces trois repas doivent être équilibrés en calories et vitamines et doivent répondre à l'un des régimes suivants : régime normale ordinaire, régime sans sel, régime hépatique ou sans gras, régime pour malades opérés régime infantile. De plus, le petit déjeunés doit comporter du café, du lait (servi séparément), de la confiture et du pain, et doit être servi chaud et régulièrement à l'heure fixe comme il peut comporter des biscuits, du thé et de la tisane. Pour le déjeuner et le dîner, ils doivent comporter chacun un hors- d'œuvre, une viande, un légume et un dessert. Cependant,

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

ces repas sont préparés en fonction de la disponibilité des marchés et de la saison et conformément aux demandes des médecins traitants.

- ❖ **La distribution des repas** : il se fait en 2 étapes : de la cuisine centrale aux offices des services, ensuite, des offices des services aux malades. L'alimentation doit être servi et transporté dans des récipients hermétiques ou des containers spéciaux. Ainsi, le véhicule assurant le transport de l'alimentation doit être réservé uniquement à cet fin, et tenu en permanence propre. Les repas sont servis par des officiers devant communiqués régulièrement les observations des malades et des praticiens relatives à la qualité des repas aux responsables¹.

En plus, des missions que chaque bureau assure les services économiques assurent le remboursement de frais de missions accomplies par le personnel de l'hôpital. En effet, la réglementation fixe dans les institutions et les administrations publiques le montant et les conditions d'attribution des indemnités compositrices des frais engagés par l'agent appelé dans le cadre des missions commandées par son organisme employeur, à effectuer des déplacement dans un rayon supérieur à cinquante kilomètres de son lieu habituel de travail et pendant une période inférieure ou égale à 30 jours consécutifs.

En effet, tout déplacement doit être préalablement autorisé et donne lieu à un ordre de mission par l'autorité où le responsable concerné. Ces indemnités compensatrices assurent une couverture forfaitaire de frais de restauration, d'hébergement également de transport si celui-ci n'est pas assuré par l'organisme employeur².

Également, les services économiques sont dotés d'une comptabilité propre à leurs services permettant le suivi des engagements et des factures.

III-3 Analyse et interprétation des résultats

Dans le but de répondre aux objectifs fixés, la présente section sera consacré à l'analyse des résultats de l'étude concernant le processus de la décision aussi bien sur le plan d'approvisionnement que sur les processus de l'évaluation des offres publiques et à la confrontation des données avec la revue de la littérature.

¹ OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010.

² *Ibid.*,

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-3-1 La spécificité de l'organisation hospitalière du C.H.U de Tizi-Ouzou

L'analyse fonctionnelle de la structure hospitalière du C.H.U du Tizi-Ouzou nous a permis de conclure que celui-ci est une organisation bureaucratique, il s'agit d'un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité moral est d'une autonomie financière et soumis au contrôle de l'Etat. Sa structure organisationnelle est constituée de plusieurs niveaux hiérarchiques présidés par le directeur général nommé par un décret exécutif sur proposition du ministre de la santé, et administrée par un conseil d'administration, accompagné de deux organes consultatifs représentant le staff ; le conseil scientifique et le comité consultatif. Le C.H.U étudié est une organisation complexe, composé de sous-systèmes avec diverses catégories de personnels (médecins, universitaires, administratifs et soignants). La structure organisationnelle de Nedir Mohammed est une bureaucratie professionnelle constituée de médecins et d'infirmiers qui accomplissent et assurent la délivrance d'un nombre important de services médicaux mais également qui s'imposent par le métier et optent souvent pour une autonomie complète.

Dans le but de rendre un service de soins de qualité au patient, l'accomplissement des missions du centre opérationnel est soutenu par les activités de la logistique telle que les services médicaux-techniques comme la pharmacie qui assure l'approvisionnement en médicaments et autres produit pharmaceutiques accompagnés par les prestations hôtelières telle que la restauration qui assure une gamme de repas aux malades.

Le C.H.U de T-O est composé de deux hiérarchies qui se cloisonnent l'une par rapport à l'autre, celle des professionnelles de la santé dont le pouvoir de la décision est axée sur les compétences et le savoir faire, et celle de la fonction administratif axée sur l'enceinté et l'expérience. Cette répartition conflictuelle de pouvoir entre deux logiques qui s'affrontent constituent un obstacle à la réalisation des objectifs de l'hôpital et rends la prise de décision un processus complexe devant répondre à un cadre réglementaire strict et implique la satisfaction de la logique médicale.

III-3-2 Les modalités de la détermination des besoins au C.H.U de Tizi-Ouzou

Le fonctionnement quotidien du C.H.U de T-O est assuré par des achats qu'il effectue annuellement afin de répondre aux besoins des utilisateurs. Ces achats sont influencés par des contraintes et des obstacles rendant leur satisfaction au moment voulu un exercice complexe.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-3-2-1 Les modalités de la définition globale des besoins du C.H.U de T-O

Au sein du C.H.U de T-O la définition des besoins est conditionnée par l'enveloppe budgétaire et revêt une spécificité particulière dans sa répartition. Afin de comprendre en mieux les raisons de la satisfaction de certains besoins au détriment des autres, nous nous sommes référés à des entretiens réalisés avec la directrice de la direction des finances et de contrôle, la directrice de la sous direction des services économiques et la directrice des moyens et matériels du C.H.U de T- O en date du 11,12 et 13décembre 2018. La durée est de 25 min à 40 minutes.

La directrice des finances et de contrôle déplore que les modalités de la définition globale des besoins de C.H.U soient assurées par la rédaction de cahier d'observation. En effet, le ministre des finances adresse un courrier au C.H.U généralement en fin de mois de septembre et début du mois d'octobre leur demandant de donner leurs prévisions budgétaires pour l'année n+1 comme il peut exiger que ces prévisions soient déterminées pour plus d'une année tel que le cas de dernier courrier ou les besoins sont estimés pour trois années (2018/2019/2020). Suite à ce dernier la direction des finances et de contrôle adresse à son tour un courrier à toutes les directions leur demandant d'estimer leurs besoins globalement et de faire leurs prévisions en matière de budget pour l'année n+1. De ce fait, chaque direction détermine globalement ses besoins et estime l'enveloppe budgétaire nécessaire pour leurs couvertures avec un justificatif de chaque dépense ou bien le speech que chaque direction est tenue de le remettre à la direction des finances et de contrôle en donnant lieu à la fin à la rédaction du cahier d'observation qui sera adressé au ministère des finances et sur lequel l'Etat établit son budget.(voir annexe n°3)

Au niveau du ministère, la décision d'approvisionnement est conditionnée en premier lieu par les recettes de l'Etat et les consommations des crédits révisés des années précédentes, en second lieu, l'approvisionnement de cette structure présente une spécificité particulière lors de la répartition de son budget.

Afin de détecter la spécificité de la décision d'approvisionnement de C.H.U de T-O, nous allons procéder à l'étude de l'évolution de son budget de fonctionnement entre 2015 et 2017 et sa répartition.

❖ **Analyse du budget du C.H.U de Tizi-Ouzou**

Le centre hospitalo-universitaire Nedir Mohammed a principalement deux budgets : un budget général géré par la direction des finances et de contrôle, celui-ci a également deux composantes principales ; il s'agit des dépenses et des recettes, a son tour les dépenses

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

comportent deux parties : les dépenses des personnels et celles de fonctionnement qui fera l'objet de notre analyse, l'autre est le budget d'investissement ou bien celui accordé dans le cadre des opérations planifiées gérées par la direction des moyens et matériels.

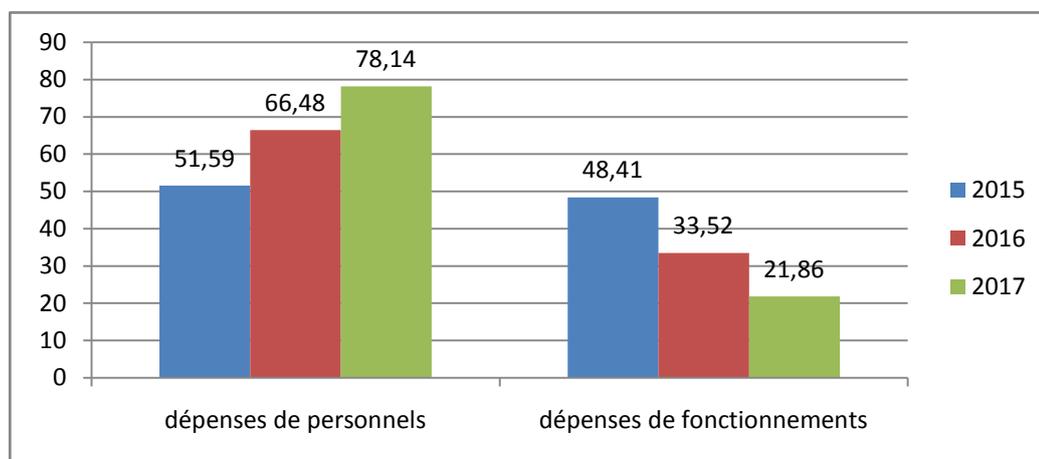
Le tableau ci après représente l'évolution du budget de CHU de T-O entre 2015 et 2017

Tableau n°08 :L'évolution du budget globale du C.H.U de T. O entre 2015/2017

L'année Types de dépenses	2015		2016		2017	
	montant	%	montant	%	Montant	%
Dépenses de personnels	3142200000.00	51.59	2910111120.00	66.48	7804360000.00	78.14
Dépenses de fonctionnements	2948814 000.00	48.41	1467006480.00	33.52	2182900000.00	21.86
Total	6091014000.00	100	4377117600.00	100	9987260000.00	100

Source : Etablis par nos soins à partir des données du C.H.U de T-O.

Figure n°13: L'évolution du budget globale du C.H.U de T-O entre 2015/2017



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°08.

Nous observons que le budget accordé a connu des perturbations durant ces trois années. En effet, en 2015 on constate une répartition équitable entre les deux parties, les dépenses des personnels constituent la moitié des dépenses d'exploitation, l'importance est due à la consistance des indemnités et charges sociales assurées par l'hôpital.

Quand aux dépenses de fonctionnement, celle-ci sont nombreuses et diverses, elles représentent 48.41% du budget global. En effet, une part importante de ces dépenses est accordée aux financements du chapitre 13 : 68% médicaments, produits pharmaceutiques et

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

autres produits destinés à la médecine humaine, car ces dépenses sont le propre de l'activité hospitalière, elles permettent la prise en charge du patient. Suivi par le chapitre 8 Entretien et réparation des infrastructures 9.82%, et le chapitre 15 Acquisition et maintenance du matériel, accessoire et outillage médical 9.32%. En dernier lieu les dépenses liées à l'alimentation et frais de restaurations. En plus de celle-ci, d'autres sommes sont affectées au financement de certaines dépenses venant en seconde position d'importance mais qui représentent des parts peu significatives dans le budget.

En 2016, cette année est marquée par une gestion financière particulière. Le budget accordé dans un premier temps à connu une baisse légère par rapport au budget de 2015 de 10.17% et ce suivant les recettes de l'Etat mais il permet le fonctionnement habituel de l'hôpital. En juillet 2016, suite aux restrictions budgétaires le CHU de T-O a reçu une décision ministérielle de plafonnement qui s'élève à 20% du budget total ce qui a aggravé la situation financière et le CHU de T-O s'est retrouvé dans une crise.

Face à cette situation d'annulation de 20% du budget à la fin de l'année, les dépenses des titres de personnels seront baissées de 4% et celle de fonctionnement de 16% ce qui contraint l'hôpital à contracter des dettes car la décision s'est arrêtée au milieu de l'année, après le lancement des travaux et la réception des livraisons.

Habituellement les transferts inter chapitres et inter articles de fonds sont autorisés sauf le chapitre 13 médicaments qui est interdit de toucher. Durant cette période il y a eu une interdiction de faire les transferts inter chapitres et le contrôleur financier à geler vraiment les marchés en interdisant même les transferts inter articles.

Afin de faire face aux dépenses obligatoires le centre hospitalo-universitaire de Nedir Mohammed à contracter des dettes. Quand à la sous direction des services économiques, celle-ci à contracter des dettes pour assurer l'alimentation aux malades et pour l'achat des sacs jaunes pour la gestion des déchets.

En 2017, on constate un accroissement à un rythme très élevé du budget accordé. En effet, ce dernier est réparti inégalement entre les deux titres. Cette hausse est due aux charges sociales des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants (chapitre 5) qui représentent 60.58% du budget total et qui dépassent elles seules le montant accordé au titre II dépenses de fonctionnement de 4 728 000 000 DA. Quand à ce dernier, on constate une hausse modérée suite à la levée du gèle, il accorde 70.64% pour le chapitre 13 Médicaments, produits pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux suivi du chapitre 15 Acquisition et maintenance du matériel, accessoires et outillage

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

médical avec 11.45%, et le chapitre 11 Alimentation et frais de restauration a une part de 5.54% du budget de fonctionnement suivi par d'autres dépenses à des pourcentages très bas.

Nous représentons dans le tableau ci-après l'évolution et la répartition au niveau ministériel du budget de fonctionnement du C.H.U du T-O entre 2015 et 2017 suivi de la figure n°11 qui nous permet détecter la priorité prise au niveau ministériel dans son financement et la satisfaction des besoins de fonctionnement.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

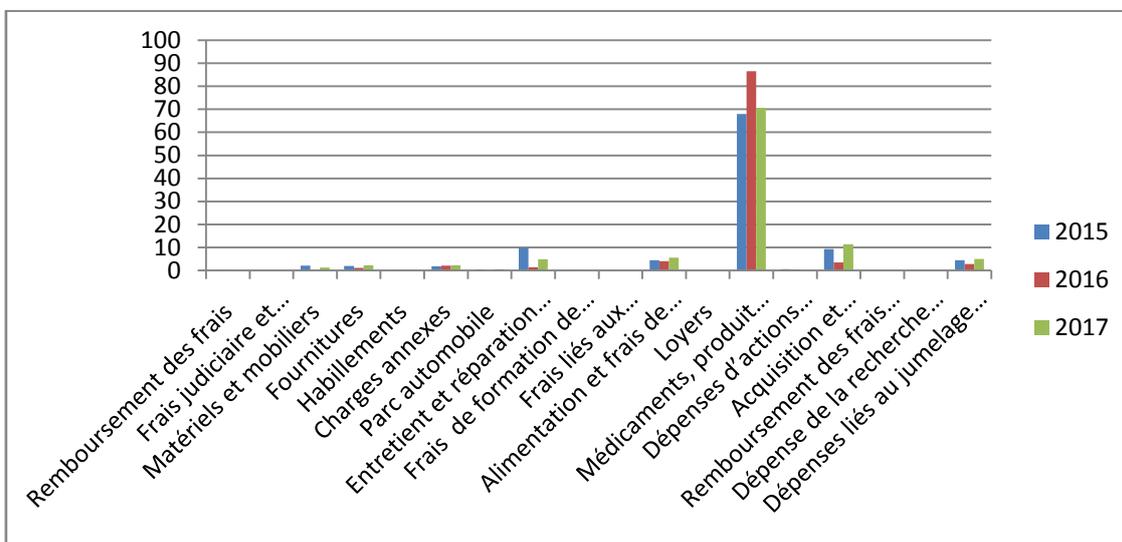
Tableau n°09 : L'évolution et la répartition au niveau ministériel des dépenses de fonctionnements par chapitre du C.H.U de T. O entre 2015/2017

Chapitre	Intitulé	2015	%	2016	%	2017	%
01	Remboursement des frais	6 042 500.00	0.20%	2 000 000.00	0.14%	4000 000.00	0.18%
02	Frais judiciaire et indemnités dues par l'Etat	300 000.00	0.01%	200 000.00	0.01%	400 000.00	0.02%
03	Matériels et mobiliers	61 951 000.00	2.10%	2 980 000.00	0.20%	28 900 000.00	1.32%
04	Fouritures	59 300 000.00	2.01%	15 560 000.00	1.06%	48 000 000.00	2.19%
05	Habilllements	6 000 000.00	0.20%	2 000 000.00	0.14%	5 000 000.00	0.23%
06	Charges annexes	52 400 002.00	1.78%	30 000 000.00	2.04%	50 000 000.00	2.29%
07	Parc automobile	1 292 200.00	0.4%	1700 000.00	0.12%	12 000 000.00	0.55%
08	Entretien et réparation des infrastructures	289 500001.00	9.82%	20 700 000.00	1.41%	107 300 000.00	4.92%
09	Frais de formation de perfectionnement, de recyclage et de stage des personnels	2700000.00	0.09%	1300 000.00	0.09%	3 300 000.00	0.15%
10	Frais liés aux congés, séminaires et autres manifestation scientifiques	5000000.00	0.17%	1000 000.00	0.07%	4 050 000.00	0.19%
11	Alimentation et frais de restauration	130 000 000.00	4.41%	60 000 000.00	4.09%	121 000 000.00	5.54%
12	Loyers	50002.00	0.00%	10000.00	0.00%	50 000.00	0.00%
13	Médicaments, produit pharmaceutiques et autres produit destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux	2014214000.00	68%	1270 000 000.00	86.57%	1 542 100 000.00	70.64%
14	Dépenses d'actions spécifiques de prévention	19 000 000.00	0.6%	7 000 000.00	0.47%	4 500 000.00	0.21%
15	Acquisition et maintenance du matériel, accessoires et outillage médical	275950002.00	9.36%	50 000 000.00	3.41%	250 000 000.00	11.45%
16	Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics aux titres des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière	246000.00	0.01%	100 000.00	0.01%	1 260 000.00	0.06%
17	Dépense de la recherche médicale	698902.00	0.02%	-		-	
18	Dépenses liés au jumelage entre établissements publiques de santé	1 254 000.00	0.43%	2 456 480.00	0.16%	1 040 000.00	0.05%
Total		2 948 814 409.00	97.84%	1 467 006 480.00	99.99%	2 182 900 000.00	99.99%

Source : Etablis par nos soins à partir des données du C.H.U de T-O.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

Figure n°14 : L'évolution de la répartition du budget de fonctionnement du C.H.U de T-O entre 2015 et 2017



Source : réalisée par nos soins à partir des données du tableau n°09.

On constate que la part la plus importante du budget de fonctionnement est accordé chaque année au chapitre 13 (Médicaments, produits pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux) car la principale activité de cette structure hospitalière est la prise en charge du patient et les dépenses en médicaments constituent les charges d'exploitation de l'hôpital, est la raison elle-même de l'interdiction de faire des transferts de fonds de celui-ci vers d'autres chapitres. En second lieu l'importance est également accordée au chapitre 15 (Acquisition et maintenance du matériel, accessoires et outillage médical), puis le chapitre 11 (Alimentation et frais de restauration), et enfin le chapitre 8 (Entretien et réparation des infrastructures) et celui-ci selon la dégradation des locaux mais également suivant les recettes de l'Etat, comme il affecte des sommes importantes au chapitre 18 (Dépenses liées au jumelage entre établissements publics de santé). En effet, ces dépenses obligatoires permettent la prise en charge du patient sur tous les niveaux ce qui nous permet de conclure que la spécificité de la décision d'approvisionnement d'une structure hospitalière est la priorité qu'il accorde aux malades permettant l'acquisition des besoins nécessaires et ce dans l'objectif d'une prise en charge totale des malades hospitalisés.

Cependant, d'autres dépenses de moindre importance, sont indispensables au fonctionnement quotidien de l'hôpital, tel que les charges annexes, Fournitures, Matériels et mobiliers, Parc automobile, Remboursement des frais, Habillements...etc.,c elles-ci

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

représentent des parts moins significatives par rapport aux dépenses prioritaires et évoluent selon les dotations budgétaires, comme on peut transférer leurs fonds à d'autres chapitres afin d'assurer les dépenses obligatoires en cas de nécessité ou bien d'urgence.

Enfin, certaines dépenses s'inscrivent dans le cadre du perfectionnement du personnels hospitalier comme : les Frais de formation de perfectionnement, de recyclage et de stage des personnels, Frais liés aux congés, séminaires et autres manifestations scientifiques, Dépense de la recherche médicale, celle-ci représente des parts minimales du budget et peuvent faire l'objet d'un transfert comme elles peuvent être annulées en cas de restriction budgétaires tel est le cas des dépenses de la recherche médicale en 2016 et 2017.

Nous représentons dans le tableau ci après la part du budget affectée à chaque direction du C.H.U de T-O et ce en 2017 :

Tableau n°10 : La répartition du budget de fonctionnement de 2017 entre les directions du CHU de T-O

Les directions	Le montant	Le pourcentage
La sous direction des ressources économiques	188 690 000.00	8.64%
La sous direction des produits pharmaceutique, d'instrumentation et de consommables	1 546 600 000.00	70.85%
La sous direction des équipements et infrastructure et de maintenances	415 950 000.00	19.06%
La direction des finances et de contrôles	31 660 000.00	1.45%
Total	2 182 900 000.00	100%

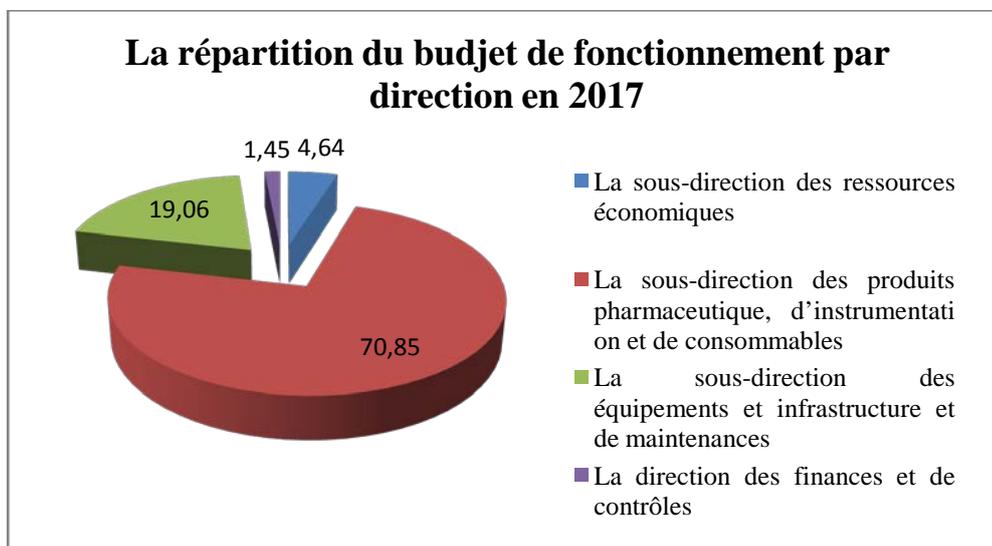
Source : réalisé à partir des données de l'annexe n°04.

Le budget du C.H.U de T-O subit une seconde répartition à son niveau, certains chapitres et également certains articles sont en commun entre les directions, une réunion du conseil d'administration est tenue chaque année pour la répartition des sommes entre les concernés de sorte que tout le monde soit satisfait.

Nous représentons dans la figure suivante la part des directions dans le budget de fonctionnement du C.H.U en 2017 :

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

Figure n°15: La part des directions du CHU de T-O dans le budget de fonctionnement de 2017



Source : réalisée par nos soins à partir des données du tableau n°10.

Nous constatons d'après la figure que la sous direction des produits pharmaceutiques, d'instrumentation et de consommables s'accapare les $\frac{3}{4}$ du budget total de fonctionnement ce qui confirme le propre de l'activité hospitalière, suivi de la sous direction des équipements et infrastructures et de maintenances par 19.06% du budget, celle-ci se charge de l'acquisition des équipements médicaux, de la réalisation des travaux visant l'amélioration des locaux et de la mise en place de nouveaux projets dans le cadre de la prise en charge des nouvelles pathologies ou bien l'augmentation de la capacité d'hospitalisation des services comme elle assure d'autres dépenses citées dans l'annexe n°04 . Quand à la sous direction des ressources économiques, elle engage 8.64% du budget de fonctionnement équivalant de 0.19% du budget global. Celle-ci assure des gammes de repas aux patients car la réglementation interdit au visiteur de faire entrer la nourriture au malade ce qui contraint le CHU à assurer la prise en charge alimentaire des malades. Elle assure la literie au malade et équipe les bureaux et les services par le matériel et le mobilier nécessaire et les approvisionne en fournitures, comme elle prend en charge d'autres dépenses qui relève de sa responsabilité. En dernier, 1.45% s'engage de la part de la direction des finances et de contrôle en vue de répondre à des dépenses juridiques et de régler quelques factures. (Voir annexe n°04).

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III-3-2-2 Les modalités de la définition des besoins satisfaits par la sous-direction des services économiques :

La définition des besoins à ce niveau est conditionnée par la coopération de plusieurs acteurs. A ce stade, celle-ci veille à l'application et à la mise en place de la réglementation, à la satisfaction des besoins de sorte que l'enveloppe budgétaire ne soit pas dépassée.

Afin de recenser ses besoins, la sous direction des services économiques adresse un courrier aux différents services, en leur demandant de faire leurs prévisions pour l'année N+1. En effet, ces besoins sont transmis sur une simple feuille de papier ou bien par voie téléphonique. Ils sont estimés d'une façon excessive ce qui contraint la sous direction à adapter des procédures dans la détermination réel du montant du marché.

En matière des consommations courantes : tel que les fournitures, les habillements, les besoins sont définis sur la base des devis quantitatifs de l'année n-1 avec la prise en compte des évolutions annuelles des besoins.

En matière du matériel et mobiliers : les besoins sont déterminées sur la base d'un justificatif d'emploi.

En matière des denrées alimentaires : les besoins sont estimés sur la base des devis quantitatif de l'année n-1, en prenant en comptes les quantités disponibles en stock, également la capacité d'accueil et d'hospitalisation de l'hôpital.

En outre, dans cette phase, l'économate raisonne en termes de quantités, de la durée de l'utilisation, du nombre de personnes bénéficiant du bien ou du service rendu avec un degré de sécurité particulier.

La seconde étape dans la définition des besoins est l'application de l'aspect juridique. En effet, selon les déclarations de la directrice des moyens et matériels, la définition des besoins suit un processus long et complexe. Au niveau du bureau des marchés se tiennent des réunions pour la détermination du type de la procédure et les critères de choix et d'attribution qualifiant l'objet du marché.

En outre, après l'anticipation globale des besoins, il sera indispensable en premier lieu d'envisager l'ensemble des dépenses gravitant autour du besoin, afin de répondre aux exigences de la publicité.

Selon l'article 13 du CMP « *tout marché public dont le montant estimé des besoins du service contractant est égal ou inférieur à douze millions de Dinars (12.000.000) pour les travaux ou les fournitures, et six millions de dinars (6.000.000) pour les études ou services ne*

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

donne pas lieu, obligatoirement, à passation de marché public selon le formalisme prévu dans le présent titre¹ ».

Les services économiques concluent ces marchés soit par un appel d'offre, soit sous forme d'une consultation, ou bien par un simple règlement de factures. En effet, pour l'année 2017 l'économat a réalisé un seul appel d'offre c'est celui du marché de l'alimentation, tandis que la majorité des marchés sont réalisés par voie de consultation tels que l'acquisition du matériel et de mobilier de bureau, acquisition de matériel et d'accessoires de cuisine, d'équipements collectifs d'exploitations et de soutien, la fourniture de bureau, produit d'entretien ménager, achat, confection et entretien de lingerie et literie, frais de confection d'imprimerie et divers documents. Elle a acquis également des achats réglés par des factures comme acquisition du matériel et de mobiliers de bureaux, acquisition du matériel audiovisuel. Et enfin, toutes les dépenses dont le montant est inférieur à (6 000.000) sont réglées par des factures.

Après la détermination de la procédure à adapter, il convient d'allotir les marchés. En effet, selon l'article 31 du CMP *« la satisfaction des besoins, peut s'effectuer sous forme de lot unique ou de lots séparés. Le lot unique est attribué à un partenaire cocontractant, tel que défini à l'article 37 du présent décret. Les lots séparés sont attribués à un ou plusieurs partenaires cocontractant. Dans ce cas, l'évaluation des offres doit se faire lot par lot. Le service contractant peut, lorsque cela est justifié, limiter le nombre de lots à attribuer à un seul soumissionnaire² ».*

L'approvisionnement du C.H.U de T-O durant l'année budgétaire 2017 en denrée alimentaires réparti en lots suivants :

- **Lot n°01:** Fruits et légumes 1^{er} choix.
- **Lot n°02:** Alimentation générale 1^{er} choix.
- **Lot n°03:** Viande fraîche de veau 1^{er} choix.
- **Lot n°04:** Viande blanche et œufs frais 1^{er} choix.
- **Lot n°05:** Pain frais 1^{er} choix.
- **Lot n°06:** Produits laitiers 1^{er} choix.
- **Lot n°07:** Poissons frais 1^{er} choix.
- **Lot n°08:** Gâteaux et viennoiseries 1^{er} choix.

¹ Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 5.

² *Ibid.*, p. 8.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

Lors de l'allotissement du marché, l'économate fixe et exige la qualité des produits commandés pour chaque lot. (Voir annexe n° 05 partie 01), et le bureau des marchés définit les critères de sélection des candidats visant à partager le marché. De plus, sur la base des prix antérieurement pratiqués (devis quantitatif et estimatif des prix), les services économiques évaluent le montant des marchés.

La dernière étape dans la définition des besoins est la rédaction des cahiers des charges, en effet, une fois ces derniers précisés, il est temps de rédiger le cahier des charges et ce au niveau du bureau des marchés. Celui-ci trace toutes les phases de la définition des besoins cités précédemment, comme il précise les documents exigés par le service contractant (C.H.U de T-O) nécessaire pour participer aux l'offre tels qu'elles sont définies dans l'article n°67 du CMP (voir annexe n°01). Le cahier des charges retrace également la procédure d'évaluation des offres techniques et financières et autres dispositifs techniques, financières et particulières indispensables à la transparence du marché contracté.

III-3-3 Le processus de la décision d'achat appliqué au CHU de T-O

Le processus de la décision d'achat au C.H.U de T-O est extrêmement complexe, il est soumis à une réglementation stricte, celle du C.M.P et dont le fil conducteur et celui des critères d'attribution. Pour mieux comprendre ce processus, nous nous sommes référés à un entretien réalisé avec la présidente de la commission d'ouverture et d'évaluation en date de 17 décembre 2018, la durée de cet entretien est de 25 minutes.

III-3-3-1 Les phases de processus achat

Selon les déclarations de la présidente de la commission d'ouverture et d'évaluation, le processus achat est initialisé par l'avis d'appel d'offre que le bureau des marchés est tenu d'assurer. En effet, selon l'article 65 du C.M.P ce dernier « *est rédigé en langue arabe, et au moins, une langue étrangère. Il est publié obligatoirement dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et, au moins dans deux quotidiens nationaux, diffusés au niveau national* », et dont la durée de préparation de ces offres est fixée en fonction des éléments tels que la complexité de l'objet du marché et le temps nécessaire pour leur préparation et leur acheminement¹.

¹ Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 15.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

En suite, après avoir remis les dossiers des candidatures, une séance publique d'ouverture des plis des offres techniques et financiers sera tenue à son siège et à laquelle assistera les candidats soumissionnaires.

En effet, les membres de la commission d'ouverture et d'évaluation du C.H.U de T-O, sont désignés par le directeur général qui est indépendant d'elle. Elle est constituée des administrateurs et des gestionnaires aptes et qualifiés. Ainsi, celle-ci est assistées par le comité technique lors de l'évaluation et ce concernant le consommable et le matériels médical. Celle-ci effectue les missions suivantes :

Lors de l'ouverture, elle constate la régularité de l'enregistrement des offres, elle dresse la liste des soumissionnaires dans l'ordre d'arriver des plis de leurs dossiers de candidature, avec l'indication du contenu, des montants des propositions et des rabais éventuels comme elle dresse la liste des pièces constitutives de chaque offre, celle-ci paraphe les documents des plis ouverts qui ne sont pas concernés par la demande de compliments et invite ceux qui sont concernés par le rejet de leurs offres à compléter leurs dossiers dans un délai de 10 jours à compter de la date d'ouverture des plis. Egalement cette commission rédige le procès-verbal et elle le fait signer par tous les membres présents de la commission, comme elle propose au service contractant de déclarer l'infirmité de la procédure et restitué aux opérateurs économiques concernés leurs plis non ouverts.

Lors de l'évaluation, elle élimine les offres non conformes au contenu des cahiers des charges, elle procède à l'analyse des offres restantes en deux phases sur la base des critères et de la méthodologie prévue dans les cahiers des charges, celle-ci établit dans une première phase le classement des offres et élimine les offres qui n'ont pas obtenu la note minimale prévue, ensuite, elle examine dans une deuxième phase les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés techniquement et retient l'offre économiquement la plus avantageuse, correspond à l'offre :

1. La moins-disante, parmi les offres financières des candidats retenus, quand l'objet du marché le permet. Dans ce cas, l'évaluation des offres se base uniquement sur le critère prix ;
2. La moins-disante, parmi les offres pré-qualifiées techniquement, lorsqu'il s'agit des prestations courantes, dans ce cas l'évaluation se base sur plusieurs critères parmi lesquels figure le critère prix ;

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

3. Qui obtient la note totale la plus élevée sur la base de pondération de plusieurs critères parmi lesquels figure le critère prix, lorsque le choix est basé essentiellement sur l'aspect technique des prestations¹.

En effet, l'évaluation des offres est basée sur les critères d'attributions qui peuvent définir « *l'élément normalement inscrit dans les cahiers des charges permettant de départager ou d'arbitrer les offres déposées dans le cadre d'une procédure de marché public. Il s'agit donc bien d'évaluer, de coter, de juger les offres des soumissionnaires et non les soumissionnaires eux mêmes* », ils sont choisis librement par le pouvoir adjudicateur avec le respect de certaines limites découlant des principes de transparence, d'égalité de traitement et des proportionnalités qui dirigent toute la matière des marchés publics².

Concernant le cahier des charges relatif à la fourniture des denrées alimentaires, celui-ci fixe comme critères d'attribution pour la majorité des lots ce qui suit : la qualité des soumissionnaires, les moyens humains, les moyens de transports, les moyens financiers, des références professionnelles (attestation de bonne exécution) et pour certaine il exige la chambre froide.

Pour attribuer le marché à l'entreprise qui présente l'offre économiquement la plus avantageuse, l'acheteur public a l'obligation de pondérer selon des méthodes précises. De ce fait, il définit précisément l'équilibre entre les différents critères et leurs valeurs respectives en moyens d'application d'un pourcentage et si pour des raisons dénombrables, la pondération n'est pas possible, l'acheteur utilise la hiérarchisation des critères, il établit une liste dans laquelle les critères sont présentés dans un ordre décroissant d'importance. Ensuite, introduire un système de notation des offres selon une échelle de valeur préétablie. Enfin, la note obtenu au regard de chaque critère étant multipliée par un coefficient numérique plus au moins grand selon l'importance attribuée a chaque critère³.

Selon le cahier des charges relatif aux fournitures des denrées alimentaires. La pondération des critères se traduit par la somme des notes attribuées à chaque critère, (voir

¹ Secrétariat général du gouvernement, Algérie, *décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public*. Journal officiel, 20/09/2015, n°50, p. 17- 18.

² Critères d'attribution : choix, pondération, cotation et motivation... et autre complications ? [en ligne]. Format PDF disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/evaluation/crit%C3%A8re%20d'attribution%20du%20march%C3%A9.pdf> (consulté le 24/10/2018)

³ Achat public, le classement des offres. [en ligne]. Format PDF disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/le_classement_des_offres_0.pdf (consulté le 15/11/2018).

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

annexe n°05 partie 02) et ce concernant l'évaluation technique et l'attributaire sera celui qui présente l'offre la moins-disante parmi les offres pré-qualifiées techniquement.

III-3-3-2 Les contraintes et dysfonctionnements liés à la décision d'approvisionnement et d'achat au CHU de T-O

Au niveau du CHU de T-O on recense trois sous directions responsables de l'acquisition des besoins fonctionnels de cet hôpital. En effet, la diversité d'acteurs responsables des achats constituent une source de beaucoup de difficultés en termes d'échange réciproque contenant des transferts inter-articles et inter-chapitre, et de coordination des actions menées par les acheteurs.

Au niveau des services économiques, et d'après les procédures utilisées on constate des dysfonctionnements provenant des défauts d'analyses fonctionnelles des besoins des services. En effet, pour certains besoins définis sur la base des consommations précédentes posent des problèmes où les consommations courantes connaissent des évolutions, comme il permet parfois l'acquisition des besoins qui ne sont pas demandés, alors que certains besoins non prévus en début seront exigés au moment où l'enveloppe budgétaire est consommée. De plus, on constate que ces besoins sont définis anarchiquement et la sous direction des services économiques ne dispose d'aucune fiche de demande d'achat et l'analyse des coûts est totalement absente.

Compte- tenu des achats, le CHU de T-O confié cette fonction à des acteurs qui ne disposent d'aucune compétence en matière d'achat. Ils sont peu formés en technique d'achat assurée au niveau du bureau des marchés. Pour la direction des services économiques, leurs achats sont réalisés par une biologiste, contrôle de qualité, ce qui pose leur légitimité par rapport aux autres composantes de l'hôpital notamment les médecins qui ont un pouvoir important dans la décision d'achat, car ils sont au courant des évolutions technologiques des équipements et des produits.

Quant à l'exécution des marchés de l'hôpital, ce dernier connaît des contraintes diverses tels que les coûts de publication des avis d'appels d'offres qui oblige parfois la direction des moyens et matériels a ne pas les publier dans la presse seulement sur le site internet de l'hôpital ou bien informer les fournisseurs par voie téléphonique. Ainsi, une absence totale de la connaissance des fournisseurs qui se limite aux pièces constitutives de son dossier. De plus, l'analyse de processus d'achat constitue une source de dysfonctionnement dans la passation des marchés en raison de la lenteur des procédures et les

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

exigences du contrôleur financier qui fait que le marché est lancé en janvier et son exécution sera en décembre. Egalement, le CHU de T-O ne dispose d'aucun système d'information intéressant permettant la gestion de la fonction achat à l'exemple d'un logiciel qui peut constituer un outil efficace pour la passation des marchés de la définition des besoins à leurs notifications.

III-3-3-3 Evaluation du processus de la décision approvisionnement et d'achat du CHU de T-O

En dehors de la période de la crise que notre pays a connue, Le processus de la décision approvisionnement et d'achat du Centre Hospitalo-universitaire Nedir Mohammed est qualifié performant du fait de la satisfaction de 98% des besoins de ses besoins. En effet, le budget d'investissement et d'équipement est octroyé selon les besoins de l'hôpital, il constitue des sommes colossales attribuées à la l'acquisition du matériel médical, à doter l'hôpital des équipements nécessaires et à la réalisation des projets ce qui contribue à la satisfaction d'un nombre important des besoins malgré la charge qu'il subit. A l'inverse, le budget de fonctionnement est octroyé annuellement, il permet seulement la satisfaction dépenses obligatoires pour lesquelles on constate des insuffisances. Quant à la sous-direction des services économiques, celle-ci n'arrive pas à équiper l'hôpital en mobiliers de bureaux ni à équiper les services en lits car elle satisfait en premier lieu les besoins en alimentation et la prise en charge du malade.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

La conclusion

A travers l'analyse et l'interprétation des données nous avons constaté que les modalités de la définition des besoins au sein du CHU de T-O est conditionnée par l'enveloppe budgétaire. En effet, la spécificité de la décision d'approvisionnement quant au niveau du ministère ou bien au niveau du CHU de T-O réside dans la répartition du budget qui a comme priorité la prise en charge du malade.

L'acquisition des achats du CHU de T-O est soumise au code des marchés publics. Au niveau de la sous direction des services économiques, la définition des besoins suit un enchainement d'étapes qui débutent du recensement des besoins à la rédaction des cahiers des charges. Pour la décision d'achats, celle-ci est confrontée à une réglementation stricte, elle est prise par la commission d'ouverture et d'évaluation sur la base des critères d'attribution qui attribuent l'offre au soumissionnaire qui présente l'offre économiquement la plus avantageuse.

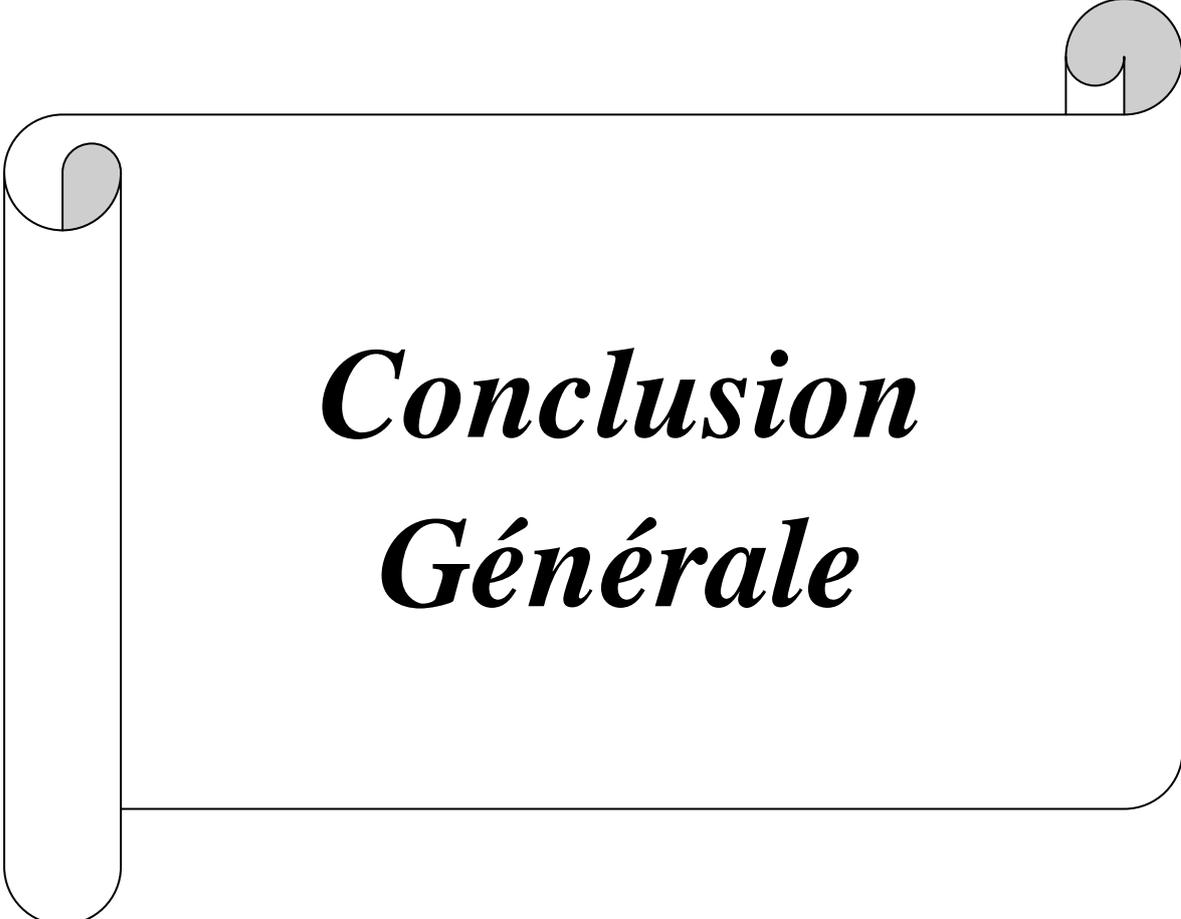
La décision d'approvisionnement et d'achat est influencée par des contraintes et des dysfonctionnements observés sur le terrain de la définition des besoins à l'exécution des marchés ce qui pose problème notamment en terme de performance.

Le processus de la décision d'approvisionnement et de la décision d'achat du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou peut être qualifié performant grâce aux contributions du budget accordé dans le cadre des opérations planifiées qui contribuent à la satisfaction des besoins nécessitant des sommes importantes mais également au budget de fonctionnement qui satisfait les dépenses obligatoires avec une certaine insuffisance.

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O

III- La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O



***Conclusion
Générale***

Conclusion générale

L'objectif principal de ce travail de recherche est de déterminer les contraintes liées à la décision d'approvisionnement et d'achat au niveau du CHU de Tizi-Ouzou.

Les questions de recherche auxquelles nous avons tenté de répondre sont comme suit :
Quelle est la spécificité de l'organisation hospitalière ? Quelle sont les modalités de la définition des besoins au sein d'une structure hospitalière ? Quel est le processus de la prise de décision d'achat dans une structure hospitalière ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté l'organisation hospitalière comme un modèle de la bureaucratie professionnelle, présenté le management hospitalier, le processus décisionnel à l'hôpital, la logistique approvisionnement, puis l'achat public hospitalier.

En deuxième lieu nous avons confronté notre recherche à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais des entretiens non directifs réalisés avec la directrice de la direction des finances et de contrôle, la directrice de la sous-direction des services économiques, la directrice des moyens et matériels et le secrétaire générale du CHU de T-O. Ce travail de recherche nous a permis de déterminer les modalités de la définition des besoins et la spécificité de la décision d'approvisionnement d'une structure hospitalière. Ainsi, cette étude nous a permis de déterminer le processus de la décision d'achat appliqué au sein de cet hôpital comme nous avons mis l'accent sur les contraintes et le dysfonctionnement liés à la décision d'approvisionnement et celle d'achat à cet hôpital. Et enfin, on a évalué le processus de la décision d'approvisionnement et la décision d'achat en termes de performance.

Nous retenons ces quelques questions :

- Le CHU du T-O est une organisation bureaucratique du fait qu'il est :
 - Un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est présidé par le directeur général nommé par un décret exécutif sur proposition du ministre de la santé et administré par un conseil d'administration, accompagné de deux organes consultatifs représentant le staff : le conseil scientifique et le comité consultatif.
 - L'organisation et le fonctionnement du CHU de T-O ce fait à la base d'un organigramme établi par la tutelle qui précise les missions et les objectifs attribués à chaque niveau hiérarchique.
 - La sous direction des services économiques assure la prise en charge du patient en matière de l'alimentation et d'hygiène.

Conclusion générale

- Le CHU de T-O est régi par une multiplicité des textes réglementaires stricts qui entravent son fonctionnement.
- Le CHU de T-O fonctionne avec deux budgets : le budget de fonctionnement et celui d'investissement.

Les modalités de la définition des besoins au sein du CHU de T-O se fait à deux niveaux :

- Au niveau du ministère de la santé : Celle-ci détermine le budget sur la base de cahier des observations tel qu'il est défini par l'hôpital, son approvisionnement est conditionné par les recettes de l'Etat et les consommations des crédits révisés des années précédentes. La décision d'approvisionnement de cet hôpital revêt une spécificité particulière dans sa répartition.
- Au niveau du CHU de T-O : cette décision subit quant à elle une répartition particulière. En effet, l'analyse de son budget de fonctionnement nous a permis de détecter la spécificité de la décision d'approvisionnement définie au niveau du ministère qui réside dans sa répartition. Le budget de fonctionnement à comme priorité la prise en charge du malade en lui assurant le médicament et les produits pharmaceutiques, le matériel médical, l'alimentation et les dépenses liées au jumelage entre établissement de santé. quant au service économique, ce dernier s'occupe de la prise en charge alimentaire du patient en lui offrant le repas selon son régime.

La définition des besoins satisfaits par la sous direction des services économiques est conditionnée par la coopération de plusieurs acteurs, leurs recensements et leur définition se fait à travers des procédures bien précises. En effet, l'acquisition de ces besoins est régie par le code des marchés publics. La procédure de passation du marché est définie selon le montant affecté à cette dépense qui peut être un appel d'offre, une consultation ou bien par un simple règlement de facture. Après la détermination de la procédure de la passation des marchés, l'étape suivante est l'allotissement du marché dans le but de regrouper les achats et maîtriser les dépenses. Enfin, il est temps de rédiger le cahier des charges qui va tracer l'ensemble de ces étapes et définir le cadre juridique des exécutions de ce marché.

La décision d'achats quant à elle, suit un processus complexe. Les achats du CHU de T-O sont acquis dans le cadre du marché public, nécessitant leur publication et la suscitation de la concurrence. Après la séance de l'ouverture des plis et de l'évaluation, celle-ci est prise par la commission d'ouverture et d'évaluation sur la base des critères d'attribution de l'offre technique et de l'offre financière pondérées selon des méthodes précises permettant d'attribuer le marché au soumissionnaire présentant l'offre la moins-disante parmi les offres

Conclusion générale

près-qualifiées techniquement, et ce pour le marché relatif aux fournitures des denrées alimentaires.

Au sein du CHU de T-O nous avons constaté l'existence de plusieurs contraintes et dysfonctionnement qui paralysent le processus de la décision d'approvisionnement et la décision d'achat. En effet, la multiplicité d'acteurs intervenant dans ce processus constitue une source de problèmes posés par la difficulté de la coordination de ces achats. Egalement, la définition des besoins, connaît des insuffisances, concernant leurs analyses fonctionnelles telle qu'elle est requise par le CMP qui exige d'intégrer la finalité et l'objectif du besoin à acquérir, et l'analyse des coûts avant l'achat. De ce fait, nous avons constaté l'absence de l'aspect manageriel lors de la définition des besoins qui se limitent à l'aspect juridique reflété par la conformité du dossier de soumissionnaire.

Quant à la décision d'achat nous avons constaté également des contraintes, tels que les coûts de la publication des avis d'appel d'offres, la lenteur des procédures et les exigences du contrôleur financier, auquel s'associe la non disponibilité d'un système d'informations permettant la gestion de cette fonction.

La politique d'achat du CHU de T- O est conditionnée par le budget et la définition des besoins. Ce processus est qualifié performant en matière d'achat et ce grâce aux contributions du budget d'investissement permettant la satisfaction d'une part importante des besoins de l'hôpital, mais également au budget de fonctionnement qui assure la continuité du service public.

Enfin, nous avons constaté que l'intuition des dirigeants est met de coté car celui-ci s'agit d'un établissement public dont la gestion se limite à l'application stricte de la réglementation.

Le déroulement de cette étude n'a pas été sans rencontre d'entraves. Dont nous citons :

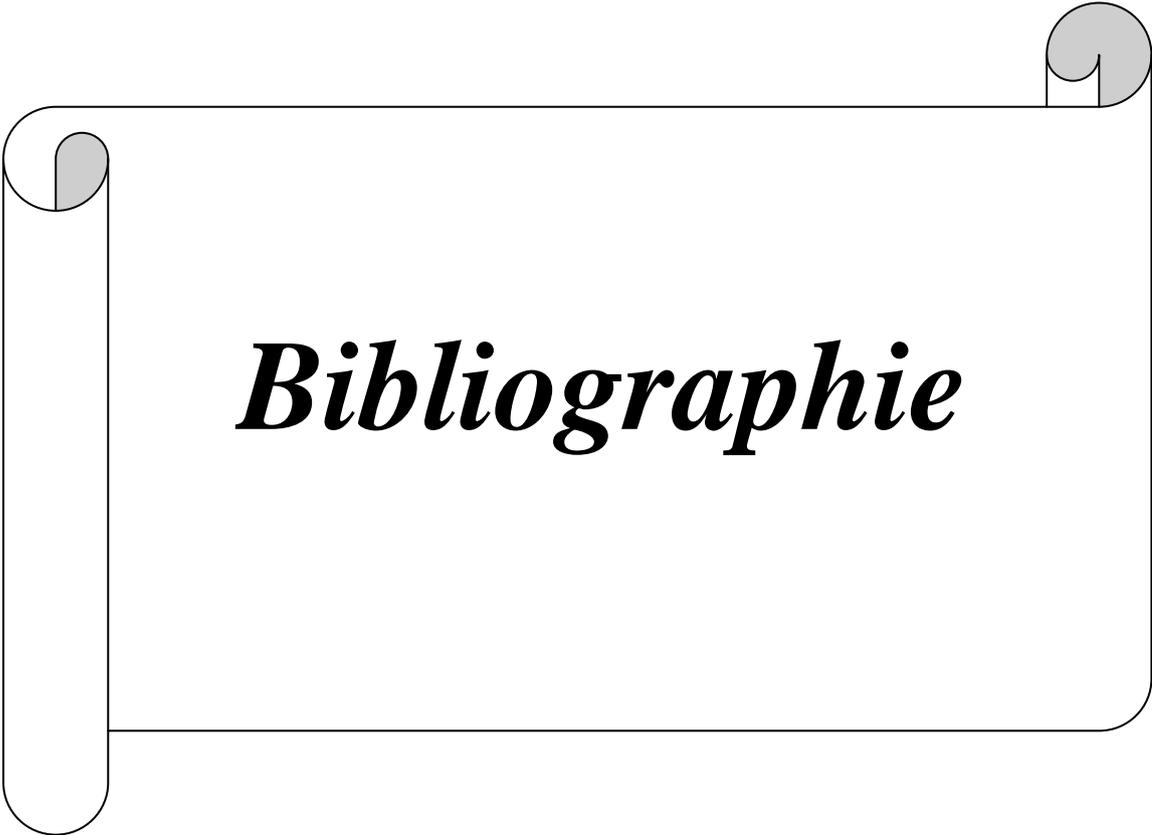
- La difficulté par rapport à la disponibilité des personnes interviewées ;
- Utilisation avec prudence des informations recueillies ;
- L'impossibilité d'accéder à certaines données en raison de leur caractère confidentiel ;
- Le manque des textes réglementaires sur le management des établissements de santé en Algérie et la gestion des services économiques ;
- Le manque d'étude, sur les modalités de la définition des besoins et la prise de décision dans les établissements de santé en Algérie.

Enfin, il est nécessaire de souligner que le travail de recherche que nous avons effectué n'est qu'un traitement préliminaire du sujet d'actualité. D'autres études encore plus

Conclusion générale

approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Néanmoins, notre souhait est que notre étude donne naissance à une vague de recherches ultérieures qui portera sur :

- Le processus de la prise de décision d'approvisionnement et d'achat dans une clinique privée en Algérie ;
- Une étude comparative du processus de la prise de décision d'approvisionnement et d'achat entre un établissement de santé en Algérie et un hôpital d'un pays étranger ;
- La mise en place d'une stratégie d'amélioration des achats ;
- L'évaluation du processus de la prise de décision d'approvisionnement et d'achats dans les établissements de santé public en Algérie.



Bibliographie

I-SOURCES ET REFERENCES EN FRANÇAIS

A- OUVRAGES

- 1- AKTOUF, Omar. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : les presses de l'université du Québec, 1987. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/metho_sc_soc_organisations.pdf (consulté le 20/12/2018).
- 2- AUGER, Pascale. *Manager des situations complexe : quelles compétences développer pour l'entreprise de demain ?* 1^{ère} édition. Paris : édition DUNOD, 2008.
- 3- BARTOLI, Annie. , BLATRIX, Cécile. *Management dans les organisations publiques. : défi et logiques d'action*. 4^{ème} édition. Paris : édition Dunod, 2015.
- 4- BENOIT, Christine. *Manager un établissement de santé : la logistique au service de l'humain*. 2^{ème} édition. Paris : édition Gereso, 2015.
- 5- BERNOUX. Philippe. *La sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. 6^{ème} édition. Paris : édition de Seuil, 2005.
- 6- BOURBONNAIS, Régis., VALLIN, Philippe. *Comment optimiser les approvisionnements ?* Paris : édition ECONOMICA, 1995.
- 7- CHARRON Jean- Luc. , SEPARI, Sabine. *Organisation et gestion de l'entreprise : manuel et applications*. Paris : édition Dunod, 2004.
- 8- CHARRON, Jean-Luc. , SEPARI, Sabine. , BERTRAND, Françoise. *DCG7. Management : L'essentiel en fiches*. 5^{ème} édition. Paris : Dunod ,2018.
- 9- CROZIER ; Michel. FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : édition du Seuil, 1977.
- 10- DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le mémoire de Master : du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales*. Tizi-Ouzou. Edition El Amel, 2015.
- 11- GAVARD-PERRET, Marie-Laure., GOTTELAND, David., HAON, Christophe., et al. *Méthodologie de la recherche en science de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse*. 2^{ème} édition. Paris : Pearson, 2012.
- 12- GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité : réflexion à l'usage des dirigeants*. 4^{ème} édition. Paris : INSEP CONSULTING édition, 2011.

- 13- GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité : réflexion à l'usage des dirigeants*. 4^{ème} éd. Paris : I.N.S.E.P. 2011.
- 14- GREMADEZ, Michel., GRATEAU, Françoise. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} édition. Paris : InterEdition, 1992.
- 15- GUGLIELMI, GILLES J., KOUBI, Geneviève. *Droit du service public*. 3^{ème} édition. Paris : lextenso édition Montchrestien, 2011.
- 16- MINTZBERG, Henry. *Le management : voyage au centre des organisations*. Paris : les éditions d'Organisation, 1990.
- 17- MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : édition d'Organisation, 1982.
- 18- MOUGEOT, Michel., NAEGELEN, Florence. *Les marchés hospitaliers : analyse théorique et application aux achats des pharmacies hospitalières*. Paris : Edition Economica, 1984.
- 19- PLANE, Jean- Michel. *Théorie et management des organisations*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2008, p. 142.
- 20- POUVOURVILLE, Gérard. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. France : Edition de santé .2009.
- 21- SOKOLOFF, Pascal. *Marché public et délégations des services publics des collectivités locales*. Paris : Lavoisier TIC & DOC, 1998.
- 22- VERAN, Lucien. *La prise de décision dans les organisations : réactivité et changement*. Paris : Edition d'Organisation, 1991.

B- REVUES ET PERIODIQUES

- 23- BARTOLI, Annie., CHOMIENNE, Hervé. Le développement du management dans le service public : évolution ou révolution ? **[en ligne]**. *Revue information sociale*, mai 2011, n° 197, P. 24-35. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/developement%20du%20management%20public.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/developement%20du%20management%20public.pdf) (consulté le 26/08/2018).
- 24- BUTTARD, Anne. L'évolution du réseau en santé : des obstacles pratique aux propositions méthodologiques**[en ligne]**. *Revue politique et management public*, avril 2008, vol. 26, p. 87-110. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/pmp-1666%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/pmp-1666%20(1).pdf) (consulté le 13/07/2018).

- 25- CABY-GUILLET, Laurence. , CLEGEAU, Cécile., De CORBIERE, François. Et al.
Entre achat et approvisionnement : la valeur perçue des outils des places de marché électroniques[**en ligne**]. *Revue Française de gestion*. Avril 2007, n°173 ? p. 171-181.
Disponible sur :
file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/RFG_173_0171.pdf
- 26- CREPIN, Daniel. L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations[**en ligne**]. *Revue recherche en soins infirmier*. Avril 2007, n°91, p. 97- 105.Format PDF. Disponible sur :
[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(2\)/RSI_091_0097.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(2)/RSI_091_0097.pdf) (consulté le 19/07/2018).
- 27- CREPIN, Daniel. L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations. [**en ligne**]. *Revue recherche en soins infirmier*. Avril 2007, n°91, p. 97- 105 forma PDF disponible sur :
[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)'/APPROCHE%20SYST%C3%89MIQUE%20%20POUR%20MANAGER%20PLUS.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)'/APPROCHE%20SYST%C3%89MIQUE%20%20POUR%20MANAGER%20PLUS.pdf) (consulté le 19/01/2018).
- 28- CROZ, Paul., Kaanich, Asma., LIENARD, Jean. Nouvelle gouvernance à hôpital, recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines[**en ligne**]. *Revue politique et management publique*, Février 2008, vol 26, p. 31-52. Disponible sur :
[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/pmp-1366%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/pmp-1366%20(1).pdf) (consulté le 23/07/2018).
- 29- DES MARAIS, Céline., DE CHATILLON, Emmanuel. Le rôle de traduction du manager[**en ligne**]. *Revue française de gestion*. Juin 2010, n° 205, p 71-88.
Disponible sur :
[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/RFG_205_0071.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/RFG_205_0071.pdf)(Consulté le 29/08/2018).
- 30- DIVAY, Sophie. Les cadres de la santé face à la logique managériale[**en ligne**]. *Revue françaises d'administration publique*, Avril 2008, n°128, p. 677-687.
Disponible sur :
[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/LES%20CADRES%20DE%20SANTÉ%20FACE%20À%20](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/LES%20CADRES%20DE%20SANTÉ%20FACE%20À%20) (consulté le 02/07/2018).
- 31- EVELYNE, Lande. Performance des organisations publiques : le cas des universités[**en ligne**]. *Revue management économie*. Janvier 2009, p.1-9. Disponible

- sur:file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/Performanceetuniversit_dossierrevueManagementEconomi.pdf (consulté le 28/10/2018).
- 32- GOZE BARDIN, Isabelle. Les défis de la logistique de distribution à horizon 2035[**en ligne**]. *Revue management et avenir*, avril 2009, n°24, p. 217-236. Disponibles sur :<file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/les%20d%C3%A9fis%20de%20la%20logistique.pdf> (consulté le 03/10/2018).
- 33- HEITZ, Jean- Michel. La décision, ses fondements et ses manifestations[**en ligne**]. *RIMHE : revue interdisciplinaire management, homme et entreprise*. Janvier 2013, n° 5, p. 106-117. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/decion%20et%20ces%20fondements.pdf> (consulté le 22/06/2018).
- 34- HOOREBEKE, Van Delphine. Une vision de la prise de décision rationnelle et irrationnelle, un construit individuel et collectif[**en ligne**]. *Les cahiers de série scientifique*. 2013, p. 1-29. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/une%20visio n%20de%20la%20prise%20de%20decision.pdf> (consulté le 23/06/2018).
- 35- IBEN EL FAROUK, Imane., TALBI, Abdennebi, JAWAB, Fouad. La logistique hospitalière : proposition d'une grille de sélection des indicateurs pour le pilotage de la performance[**en ligne**]. *Les cahiers du CEDIMES*. Hiver 2010, Vol 4, n° 4. P. 1-20. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/MPRA_paper_85663%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/MPRA_paper_85663%20(1).pdf)(consulté le 03/10/2018).
- 36- KRIEF, Nathalie. Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective[**en ligne**]. *Revue@ gestion des ressources humaines*. Février 2012, n°3, p.34-67. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2012-2-page-43.htm>(consulté le 30/11/2018).
- 37- LAUDRY ; Sylvain., BEAULIEN, Martin. La logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? [**en ligne**]. *Revue gestion*. Avril 2002, V26, n°4, p. 1-9. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier/logistique%20hospitali%C3%A8re%20un%20rem%C3%A8de%20pour%20les%20maux%20du%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.pdf> (consulté le 03/10/2018).

- 38- LE POGAM, Marie- Annick., LUANGSAY- CATELIN, Carine. NOTEBAERT, Jean-François. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent[en ligne]. *Revue management et avenir*, mai 2009, n°25, p. 116-134. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/performance.pdf>(consulté le 24/10/2018).
- 39- MAKLOUFFI, Imane., SAADI, Janad., EL HIKI, Lahcen., EL HASSANI, Amine. Analyse organisationnel de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire CHEIKI ZAID[en ligne]. *Revue santé publique*. 2012, vol.24, p.573-585. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(2\)/ANALYSE%20DE%20MODELE%20DE%20HOPITAL%20A%20TRAVER%20%20BP.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(2)/ANALYSE%20DE%20MODELE%20DE%20HOPITAL%20A%20TRAVER%20%20BP.pdf) (consulté le 23/07/2018).
- 40- MARAVAR, Philippe. Forum des achats 2016 : s'orienter vert la performance[en ligne]. *Revue achetons public*. Janvier 2017, n°1, p.1-12. Disponible sur : <http://www.cdaf.fr/wp-content/uploads/2017/03/Achetons-public-1.pdf> (consulté le 03/11/2018).
- 41- MEDINA, Pablo. , GHIZLAINE, Lahmadi. La dimension communicationnelle du management hospitalier[en ligne]. *Revue communication et organisation*, n°41, p.157-168. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/dimention%20du%20management.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/dimention%20du%20management.pdf) (Consulté le 27/08/2018).
- 42- MONTALAN, Marie- Annick. La prise en compte de la complexité dans la mutualisation des achats hospitalière[en ligne]. *Revue projectics/ proyéctica/ projectique*. Février 2012, n° 8-9, p. 107-116.Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/la%20complexit%C3%A9%20des%20achat%20hospitalier.pdf> (consulté le 09/10/2018).
- 43- MONTET ; Isabelle. La pensée de la complexité, couteau suisse des gouvernances[en ligne]. *Revue l'informatique psychiatrique*, Octobre 2017, vol.93, p. 799-806. Disponible sur : https://www.persee.fr/docAsPDF/pomap_07581726_1999_num_17_3_2240.pdf (consulté le 08/08/2018).

- 44- MOUGEOT, Michel. Marché publics : règles rigides ou procédures flexibles ? [**en ligne**] .*Revue politiques et management public*. 1986, vol. 04, n° 03, p. 1-25. Disponible sur : https://www.persee.fr/docAsPDF/pomap_0758-1726_1986_num_4_3_1900.pdf (consulté le 09/10/2018).
- 45- NOMBRE, Thierry. Performance et pouvoir à hôpital[**en ligne**]. *Revue politique et management publique*, septembre 1999, vol 17, n° 03, p 71-91. Disponible sur : https://www.persee.fr/docAsPDF/pomap_0758-1726_1999_num_17_3_2240.pdf (consulté le 08/08/2018).
- 46- STUDLER, François. Le management hospitalier de demain : approche sociologique[**en ligne**]. *Revue hospitalière de France*, Mars- Avril 2004, n° 497, p. 43-52. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/th%C3%A8se%20hopital/43-52.pdf> (consulté le 15/03/2018).
- 47- TABUTEAU, Didier. La décision en santé[**en ligne**]. *Revue santé publique*. Avril 2008, vol. 20, p.297-312. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/SPUB_084_0297%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/SPUB_084_0297%20(1).pdf) (consulté le 12/09/2018).
- 48- TORDEURS, David. , ZDANOWICZ, Nicolas. , REYNAERT, Christine. De la complexité dans les relations thérapeutique ; l'approche auto poïétique[**en ligne**]. *Revue cahier de psychologie clinique*.2007/1, n°28, p33-47. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/CPC_028_0033%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/CPC_028_0033%20(1).pdf) (consulté le 10/08/2018).
- 49- VERRIER, Pierre- Eric. Les spécificités des managements publics : le cas de la gestion des ressources humaines[**en ligne**]. *Revue politique et management publique*. 1989, Vol 7, n°4, p. 47-61. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch1/section%203%20chapitre%201/LA%20sp%C3%A9cificit%C3%A9%20du%20management%20publique.pdf> (consulté le 08/10/2018).

C- COLLOQUES ET SEMINAIRES

- 50- ALVAREZ, Fabienne. *Le contrôle de gestion au milieu hospitalier : une repense à l'émergence de risque organisationnel*[**en ligne**]. In : Actes de 21^{ème} congrès de l'association francophones de comptabilité, France, 2000, p. 1-20. Forma PDF. Disponible sur :

[file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/ALVAREZ%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/ALVAREZ%20(1).pdf)

(consulté le 15/08/2018).

- 51- CECILE, Godé. , PIERRE, Barbaroux. *Girer la complexité : quels rôles pour la technologie de collaboration ?* [en ligne]. In : actes XVIII de conférence internationale de management stratégique : association international de management stratégique, Grenoble, 2009, p. 1-23. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00386399/document> (consulté le 06/08/2018).
- 52- GEORGE, Alain. , MANNARINT., Michel. *L'hôpital un système organisé de territoires et de processus orienté performance et contrôle*[en ligne]. In : acte de colloque de la comptabilité sans frontière, the french connection, canada, 2013, p. 1-24. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/TERRITOIRES%20ET%20DE%20PROCESSUS%20ORIENT.pdf> (consulté le 12/08/2018).
- 53- HANINE, Mohamed Amine., BOUKOUCHI, Youness. OKAR, Chafik., MARZOUK Abederahim. *Un modèle pour la capitalisation du processus décisionnel*[en ligne]. In : actes de conférence, mai 2015. Researchgate, 2015, p. 1-16. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/un%20mod%20C3%A8le%20pour%20la%20capitalisation%20du%20processus%20de%20%205Erise%20de%20d%C3%A9cision.pdf> (consulté le 23/06/2018).
- 54- KAROUI, Myriam., DAVAUCHELLE, Grégoire., DUDEZERT, Aurélie. *Système d'information et prise de décision à l'ère du « big data » : le cas d'une entreprise française de bâtiment*[en ligne]. In acte 18^{ème} colloque internationale de l'association information et management. Lyon : école centrale paris, laboratoire génie industriel, 2013. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/AIM2013_BigDataVHAL.pdf (consulté le 30/09/2018).
- 55- MORIN, Egard. *Complexité restreinte, complexité générale*[en ligne]. In actes de colloque intelligence de la complexité : épistémologie et pragmatique- Cerisy-la-Salle.26 juin 2005,1-27. Forma PDF. Disponible sur : <file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/section%202%20chapitre1/1a%20compexit%C3%A9%20acte%20de%20colloque.pdf>
- 56- NOBRE, Thierry. *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du cout des dysfonctionnements*[en ligne]. In : acte de 20^{ème}

congrès de l'association francophone de comptabilité (AFC) ; France, May. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Section%201/psa620_nobre.pdf (consulté le 12/07/2018).

57- OKAR, Chafik., BARRIJAL, Said., MSSASSI, Said. *Vert un référentiel d'implantation des systèmes de mesure de la performance logistique.*[en ligne]. In: Actes de conférence, Maroc: université Abdelmalek Essaâdi- Tanger, 2009. p. 1-13. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/performance.pdf> (consulté le 10/10/2018).

D- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

1-Thèses de doctorat

58- ABI AKLE, Audrey. *Visualisation d'information pour une prise de décision informée en exploration d'espace de conception pour shopping*[en ligne]. Thèse de doctorat. Génie industriel. Centre Sepélec : laboratoire génie industriel, 2015.Format PDF. Disponiblesur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/Visualisation%20d%E2%80%99information%20pour%20une%20d%C3%A9cision%20inform%C3%A9e%20en.pdf> (consulté le 07/07/2018).

59- ALDRIN. Jérémy. *Etude des processus de décision dans une organisation complexe : le cas d'une CCI*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences juridique, politiques, économique et de gestion. Lorraine : université de lorraine, 2012. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/le%20processus%20de%20prise%20de%20d%C3%A9cision%20dans%20les%20organisme%20complexe.pdf> (consulté le 26/04/2018).

60- AUBERT, François- Jérôme. *La décision à l'hôpital publique : quelle relation entre directeur et médecin ?* [en ligne].Thèse de doctorat. Sciences politique. BOURDEAUX : université de bordeaux, 2014. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(7\)/la%20decision%20%C3%A0%20hopital%20puplique.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(7)/la%20decision%20%C3%A0%20hopital%20puplique.pdf) (consulté le 14/03/2018).

61- AUBIN, Cédric. *Décider à hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Lyon : université Jean Moulin Lyon 3. 2013. Format PDF. Disponible sur :

- <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/D%C3%89CI%20DER%20%C3%80%20L%E2%80%99H%C3%94PITAL.pdf> (consulté le 05/07/2018).
- 62- BAAZIZ, Abdelkader. *Contribution à la réduction des risques liés aux décisions stratégiques dans les nouveaux environnements concurrentiels incertains : cas des entreprises publiques algériennes*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de l'information et de la communication. France : université d'Aix- Marseille, 2015. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/150409_BAAZIZ_566e958bc2319_TH.pdf (consulté le 12/09/2018).
- 63- BELAARIBI, Fatma- Zohra. *Les méthodes quantitatives pour l'aide à la décision dans le domaine pétrolier : cas de la compagnie pétrolière SONATRAC*[en ligne]. Thèse de Magister. Sciences économiques. Tlemcen : université Abou Bakr Belkaid, 2009. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/Belaaribi-fatimazohra.mag%20la%20t%C3%A9orie%20et%20le%20processus%20de%20d%C3%A9cision.pdf> (consulté le 07/07/2018).
- 64- BELLOUTI, Nabil. *L'apport de la fonction achat à la performance des petites et moyennes entreprises : le cadre des PME de la wilaya d'Oran*[en ligne]. Thèse de doctorat. Science économique, commerciale et de gestion. Oran, université d'Oran 2, 2015. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/appor%20de%20la%20fonction%20achat%20dans%20l'entreprise> (consulté le 17/10/2018).
- 65- BEN KAHLA-TOUI, Imen. *Gestion des risques et aide à la décision dans la chaîne logistique hospitalière : cas des blocs opératoires du CHU Sahloul* [en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Lille : école centrale de Lille, 2011. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier/logistique%20hospitali%C3%A8re.pdf> (consulté le 11/10/2018).
- 66- BERARD, Céline. *Le processus de décision dans les systèmes complexe : une analyse d'une intervention systémique*[en ligne]. Thèse de doctorat. Administration. Montréal : université de Québec à Montréal, 2009. Format PDF. Disponible sur <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/LE%20PRO>

[CESSUS%20DE%20D%C3%89CISION%20DANS%20LES%20SYST%C3%88ME%20COMPLEXES.pdf](#) (consulté le 22/03/2018).

- 67- CHARLOTTE BONTRON, Marie. *Les fonctions des principes fondamentaux de la commande publique*[en ligne]. Thèse de doctorat. Droit public. Montpellier : université Montpellier, 2015. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/2015_BONTRON_diff%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/2015_BONTRON_diff%20(1).pdf) (consulté le 14/10/2018).
- 68- DAKNOU, Amani. *Architecture distribué à base d'agent pour optimiser la prise en charge du patient dans les services d'urgence au milieu hospitalier*[en ligne]. Thèse de doctorat. Automatique et informatique industrielle. LILLE, école centrale de Lille, 2011. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/Architecture%20distribu%C3%A9e%20%C3%A0%20base%20d%E2%80%99agents%20pour%20optimiser.pdf>(consulté le 15/08/2018).
- 69- EL GHAZI, Halima. *Type de manager et pratiques entrepreneuriales en Algérie (secteur public)*[en ligne]. Thèse de doctorat. Finance. Tlemcen, université aboubeker Belkaid, 2011. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/El-ghazi-halima.mag.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/El-ghazi-halima.mag.pdf) (Consulté le 29/08/2018).
- 70- GHRISSI, Larbi. *Le management des ressources humaines dans l'hôpital public : cas de CHU d'ORAN*[en ligne]. Thèse de doctorats. FSESG.ORAN: Université d'ORAN 2012. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/LE%20MANAGEMENT%20DES%20RESSOURCES%20HUMAINE.pdf> (consulté le 29/06/2018).
- 71- GIRARD, Diane. *Le souci d'autrui dans la prise de décision des administrations*[en ligne]. Thèse de Ph. D. en administration. Montréal : HEC Montréal, 2013. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/Le%20souci%20d'autrui%20dans%20la%20prise%20de%20d%C3%A9cision.PDF> (consulté le 22/03/2018).
- 72- GREVIN, Anouk. *Les transformations du management des établissements de santé et leurs impacts sur la santé du travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soin de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste »* [en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Nantes : université

- de Nantes, 2011.Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/THESE_Anouk_Grevin_2011.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/THESE_Anouk_Grevin_2011.pdf) (Consulté le (17/03/2018).
- 73- GUIRAL, Emilie. *Les systèmes d'information hospitaliers : histoire, enjeux, et difficultés rencontrés, devenir et lien avec les médecins de ville*[en ligne]. Thèse de doctorat. Pharmacie. Toulouse : université Toulouse III Paul SABATIER, 2014. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/2014TOU32058.pdf> (consulté le 29/06/2018).
- 74- HOLCMAN, Robert. *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail : l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre dirigeant à hôpital*[en ligne]. Thèse de doctorat. Paris : CNAM, 2006. Format PDF. Disponiblesur :file:///E:/FILM%20ISLAM/chapitre_2_hopital_analyse_strategique_organisations_these_robert_holcman.pdf (consulté le 30/07/2018).
- 75- JEHAN, Isabelle. *Comment caractériser les compétences du « bon » acheteur et leurs formes d'apprentissage ?* [en ligne]. Thèse de doctorat. Science de gestion. Pau : université de Pau et des pays de l'Adour, 2012. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier/les%20caract%C3%A9ristique%20du%20bon%20acheteur.pdf> (consulté le 11/10/2018).
- 76- KADDOUSSI, Aida. *Optimisation des flux logistiques : vers une gestion de la situation de crise*[en ligne]. Thèse de doctorat. Automatique, génie informatique, traitement du signal et Image. Lille : Ecole central de Lille, 2012. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/Kaddoussi_Aida_DLE.pdf (consulté le 03/11/2018).
- 77- KALFLECHE, Grégory. *Des marchés publics à la commande publique : l'évolution des choix des marchés publics*[en ligne]. Thèse de doctorat. Droit- économie- science sociale. Paris : université Panthéon Assas paris II, 2004. Format PDF. Disponible sur :<file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier/des%20march%C3%A9%20publique%20%C3%A0%20la%20commande%20publique.pdf> (consulté le 11/10/2018).
- 78- KOSREMELLELLI ASMAR, Michel. *La collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université DUPHINE, 2006. Forma PDF.

- Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(7\)/these%20MAsmar%20-%20Juin%202011%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(7)/these%20MAsmar%20-%20Juin%202011%20(1).pdf) (consulté le 12/08/2018).
- 79- LACHTAR, Dalanda. *Contribution des systèmes multi- agent à l'analyse de la performance organisationnelle d'une cellule de crise communale***[en ligne]**. Thèse de doctorat. Sciences et génie des activités à risques. Paris : école supérieur des mines de paris, 2012. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/performance%20organisationnelle.pdf> (consulté le 26/10/2018).
- 80- MERZOUK, Salah Eddine. *Problème de dimensionnement de lots et de livraisons : application au cas d'une chaîne logistique***[en ligne]**. Thèse de doctorat. Automatique et informatique. Paris : université de technologie de Belfort- Montbéliard et de l'université de Franche- Comté. 2007. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier/g%C3%A9n%C3%A9ralit%C3%A9%20sur%20la%20chaîne%20logistique.pdf> (consulté le 11/10/2018).
- 81- NAFFAKHI, Haïfa. *Equipe entrepreneuriale et prise de décision : une étude exploratoire sur le rôle de la diversité du capitale humain***[en ligne]**. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Nancy : université Nancy 2, 2008. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/EQUIPE%20ENTREPRENEURIALE%20ET%20PRISE%20DE%20DECISION%20%20UNE.pdf> (consulté le 08/05/2018).
- 82- OUIDU. Frédérique. *Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitaliers Français : une analyse dynamique des accords, de coopération***[en ligne]**. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université rennes 2, 2015. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Section%201/PROCESSUS%20RATIONNEL%20ET%20STRATIGIE%20DES%20ORGANISATIONS.pdf> (consulté le 17/03/2018).
- 83- PETIT, Nicolas. *Le contrôle de la logistique hospitalière. Pratique de performance modélisation des coûts en TDABC***[en ligne]**. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Paris : université de RENNES I, 2013. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/Petit Nicolas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/Petit Nicolas%20(1).pdf) (consulté le 26/10/2018).

- 84- RAKOTONDRANAIVO, Auguste. *Contribution de la modernisation à l'évaluation des performances des organisations de santé*[en ligne]. Thèse de doctorat. Génie des systèmes industriel. LORRAINE : institut national polytechnique de LORRAINE. 2006. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/Contribution%20de%20la%20mod%C3%A9lisation%20%C3%A0%20l'E2%80%99%C3%A9valuation.pdf>(consulté le 03/07/2018).
- 85- RIVIERE, Audrey. *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à hôpital public*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Montpellier: université de Montpellier 2, 2014.Format PDF. Disponible sur [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/MANAGEMENT%20DES%20ETABLISSEMENT%20DE%20SANTE.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/MANAGEMENT%20DES%20ETABLISSEMENT%20DE%20SANTE.pdf) (Consulté le 28/08/2018).
- 86- SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins.* [en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences économiques. Tizi-Ouzou : université MOULOUD MAMMERRI, 2009, p. 101. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/cahpitre%20II%20section%20I/Copie%20de%20Th%C3%A8se%20de%20doctorat%20de%20Mr%20SALMI%20Madjid.pdf> (consulté le 08/12/2017).
- 87- SIGNOLET, Lionel. *La relation dynamique entre système d'information et système de pilotage à hôpital*[en ligne]. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Strasbourg : université de Robert SCHUMAN- Strasbourg III. (date inconnu). Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/le%20SI%20H%20ET%20LE%20PILOTAGE%20DE%20%C3%A0%20hopitale.pdf> (consulté le 06/07/2018).
- 88- TAGHEZOUT, Noria. *Conception et développement d'un système multi- agent d'aide à la décision pour la gestion de production dynamique*[en ligne]. Thèse de doctorat. Toulouse, université de Toulouse, 2011. Format PDF. Disponible sur : <file:///E:/FILM%20ISLAM/2011TOU30127.pdf> (consulté le 06/07/2018).
- 89- TAHER, Hassan. *Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et l'optimisation des flux de consommables et des matières à usage unique*[en ligne]. Thèse de Doctorat. Informatique. Lyon : université CLAUDE

- BERNARD- Lyon.1, 2006. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/theseTaher_HASSAN%20\(2\)%20voir%20p%2036.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/theseTaher_HASSAN%20(2)%20voir%20p%2036.pdf) (consulté le 09/10/2018).
- 90- TLAHIG, Houda. *Verts un outil d'aide à la prise de décision pour le choix entre internationalisation/ externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation*[en ligne]. Thèse de doctorat. Génie industriel. GRONOBLE : institut polytechnique de GRONOBLE, 2009. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/m%C3%A9moire%20la%20complexité%C3%A9.pdf> (consulté le 15/07/2018).
- 91- TRRILING, Lorraine. *Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaine mutualisées en milieu hospitalier*[en ligne]. Thèse de doctorat. Génie informatique .Lyon, institue nationale des sciences appliquées ; 2006. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/Aide%20%C3%A0%20la%20décision%20pour%20le%20dimensionnement%20et.pdf> (consulté le 18/05/2018).
- 92- VINOT, Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formation du concept à son instrumentalisation*[en ligne]. Thèse de Doctorat. Sciences de gestion. LYON 3 : Université Jean MOULIN-LYON3, 1999. Forma PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Section%201/le%20projet%20d%C3%A9tablissement%20%C3%A0%20hopital.pdf> (consulté le 03/07/2018).

2-Mémoires de Magister

- 93- ABDERREZAK, Souhila. *Les dirigeants de la PME et la prise de décision stratégique : cas des PME productrice de boissons gazeuses et de jus dans la wilaya de Bejaia*[en ligne]. Mémoire de Magister. Bejaia : université A. Mira- Bejaia, 2014. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(3\)/Le%20dirigeant%20de%20la%20pme%20et%20la%20prise%20de%20d%C3%A9cision%20strat%C3%A9gique.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(3)/Le%20dirigeant%20de%20la%20pme%20et%20la%20prise%20de%20d%C3%A9cision%20strat%C3%A9gique.pdf) (consulté le 06/07/2018).
- 94- BENCHIKHA, Fatma Zohra. *Le management hospitalier : étude de cas du secteur sanitaire d'Arzew*[en ligne]. Mémoire de Magister. Stratégie. ORON. Université d'ORAN, 2012. Format PDF. Disponible sur :

- <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/mimoi%20re%20de%200management.pdf> (consulté le 03/07/2018).
- 95- BOUADI, Sonia. *Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain AL Hammam* [en ligne]. Mémoire de Magister. Sciences économiques. Tizi-Ouzou : université Mouloud MAMMARI de Tizi-Ouzou, Année. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/BOUADI_Sonia.pdf (consulté le 25/12/2018).
- 96- GAOUAR, Adel. *Proposition d'un outil d'aide à l'évaluation des stratégies de coordination dans le fonctionnement d'un WEB-DSS : l'application à une gestion de production dynamique* [en ligne]. Mémoire de Magister. Informatique. Tlemcen : université Abou Bakr BELKAID, 2013. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/memoire_ma_gister_GAOUAR.pdf (consulté le 23/03/2018).
- 97- GHOUL, Djihad. *Le service de soins publics : quelle satisfaction du patient ?* [en ligne]. Mémoire de Magister. Stratégie. Oran : université d'Oran 2, 2015. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/marketing%20des%20service.pdf> (consulté le 17/10/2018).
- 98- KESSAS, Zakia. *L'application du marketing de services dans les établissements hospitalières privées : »comment atteindre la satisfaction des patients «* [en ligne]. Mémoire de Magister. Marketing international. Tlemcen : université Abbou Bakr BELKAID, 2001. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/KESSASZakia.mag%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/KESSASZakia.mag%20(2).pdf) (consulté le 15/10/2018).
- 99- KHAMRI Leila. *Apport du management stratégique dans le management des risques environnementaux* [en ligne]. Mémoire Magister. Hygiène et sécurité industrielle. BATNA : université Hadj Lakhdar BATNA, 2015. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/Apport%20du%20Management%20Strat%C3%A9gique%20dans%20le.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/Apport%20du%20Management%20Strat%C3%A9gique%20dans%20le.pdf) (Consulté le 09/06/2018).
- 100- MAHARRAR, Amina. *La mise en place d'un système d'information formalisé dans les entreprises algériennes* [en ligne]. Mémoire de Magister. Sciences de

- gestion. Tlemcen : université Abou Bekr Belkaid, 2014. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/La-mise-en-place-d-un-systeme-d-information-formalise-dans-les-entreprisesAlgeriennes.mag.pdf> (consulté le 18/05/2018).
- 101- MALEK, Nadir. *Essai d'analyse des pratiques de la G.R.H dans les institutions sanitaire publiques algerienne. Cas du CHU de Tizi-Ouzou*[en ligne]. Mémoire de Magister. Sciences économiques. Tizi-Ouzou : université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, FSEGC, (date inconnue). Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/les%20besoins/M%C3%A9moire%20cas%20CHU%20de%20T-O.pdf> (consulté le 15/12/2018).
- 102- NEKKAL, Menana. *Le rôle du système d'information dans le développement stratégique des entreprises : étude de cas de la société Algérienne gestionnaire de réseaux de transport de gaz(GRTG)* [en ligne]. Mémoire de Magister. Économie et management. Oran : université d'Oran, 2014. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/le%20role%20du%20syst%C3%A8me%20d'information%20dans%20le%20developement%20des%20entreprises.pdf> (consulté le 18/05/2018).
- 103- NEMER, Rabiha. *Impact des TIC sur le processus de décision stratégique : une étude basée sur un échantillon des PME Algériennes dans le secteur des services*[en ligne]. Mémoire de Magister. Stratégie. Oran : université d'Oran, 2011. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/Impacte%20des%20tic.pdf> (consulté le 23/03/2018).

3- Mémoires de Master

- 104- BERNARDINI, Niels. *La performance et les contrats de la commande publique*[en ligne]. Mémoire Master II. Droit du contrat public et droit public des affaires. Marseille : université Aix- Marseille, 2014. Format PDF. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/NielsBernardini/mmoire-la-performance-et-les-contrats-de-la-commande-publiqueniels-bernardini>(consulté le 10/10/2018).
- 105- DIFFALLAH, Kamilia. , SIFAOU, Fatma. *Le système d'information hospitalier (SIH) comme utile d'aide à la prise de décision : cas de CHU de T-O*[en ligne]. Mémoire de Master. Sciences économiqueS. T-O : université de MOULOUD MAMMERI de T-O, 2016. Forma PDF. Disponible sur :

- [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(5\)/Diaffalah%20fatma_memoire.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(5)/Diaffalah%20fatma_memoire.pdf) (consulté le 10/07/2018).
- 106- FASS, Jérémy. *La performance de l'achat public*[en ligne]. Mémoire de Master 2. Droit public des affaires, contrats public et partenariat. Montpellier : université Montpellier, 2016. Format PDF. Disponible sur : https://www.memoireonline.com/04/17/9817/m_La-performance-de-l-achat-public.html (consulté le 10/10/2018).
- 107- HANINE, Mohamed Abdelmouhcine. *La procédure de passation des marchés publics au Maroc : étude analytique et réflexions à la lumière du code Français des marchés publics (et des directives européennes) et des directive de la banque mondiale*[en ligne]. Mémoire de Master. Administration publique. Paris : école national d'administration ; 2008. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/la%20performance%20de%20la%20passation%20des%20march%C3%A9%20publique.pdf> (consulté le 27/10/2018).
- 108- KLEIN, Isabelle. *Modélisation pour mieux piloté l'interface ville-hôpital. Bilan et perspective dans un réseau régionale de santé*[en ligne]. Mémoire de recherche Master RIC. LORRAINE : institut nationale polytechnique de LORRAINE, 2008. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%202/modeliser%20pour%20mieux%20comprendre.pdf> consulté le (17/08/2018).
- 109- THELLIEZ HUGODOT, Simon. *La définition de la commande par le pouvoir adjudicateur*[en ligne]. Mémoire de Master professionnel mention droit des commandes public. Hauts-de-France: université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, 2013. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(3\)/Nouveau%20dossier%20\(3\)/FDEG_2013_thelliez--hugodot-simon.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(3)/Nouveau%20dossier%20(3)/FDEG_2013_thelliez--hugodot-simon.pdf) (consulté le 15/10/2018).
- 110- VALLEJO, Jimmy. *La modernisation des services de RH hospitalière : un enjeu stratégique ?* [en ligne]. Mémoire Master 2 dynamique des organisations, travail et ressources humaines. Sciences économiques et de gestion. Aix Marseille : université Aix Marseille, 2013. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/section%202%20chapitre1/m%C3%A9moire%20important.pdf> (consulté le 10/07/2018).

4-Autres mémoires

- 111- AZZARRADI, Otman. *Renforcement du système de gestion des stocks et amélioration de la logistique hospitalière : cas du stock des dispositifs médicaux implantables à la pharmacie de l'hôpital IBM SINA (CHIS)* [en ligne]. Projet de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de l'école nationale de commerces et de gestion. Audit et contrôle de gestion. Oujda, université Mohammed Premier, 2013. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/Renforcementdusystmedegestiondestocksetamliorationdelalogistiquehospitalireanalyseparlapprochesystmique%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/Renforcementdusystmedegestiondestocksetamliorationdelalogistiquehospitalireanalyseparlapprochesystmique%20(3).pdf) (consulté le 03/10/2018).
- 112- BOURGELAS, Sylvain. *Le processus décisionnel stratégique des entrepreneurs de petites entreprises industrielles*[en ligne]. Mémoire de la maîtrise en gestion des P.M.E et de leur environnement. Université de Québec à trois- Rivières, 1999. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/LE%20PROCESSUS%20D%20C3%89CISIONNEL%20STRAT%20C3%89GIQUE%20DES%20ENTREPRENEURS.pdf> (consulté le 08/05/2018).
- 113- BRAHMI, Bechir. *Impacte de l'approche managériale sur la performance organisationnelle en matière de la gestion des connaissances dans le secteur de la haute technologie*[en ligne]. Mémoire de maîtrise. Administration des affaires, MONTREAL : Université de QUEBEC à MONTREAL.2008. Format PDF. Disponible sur : <https://archipel.uqam.ca/1457/1/M10524.pdf> (consulté le 22/07/2018).
- 114- BURNIER, Clara. (sans titre). [en ligne] Mémoire de recherche. Ecole de commerce de LYON, 2015. Forma PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/M%20C3%A9moire-Management-Clara-B-M1-.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/M%20C3%A9moire-Management-Clara-B-M1-.pdf) (Consulté le 29/08/2018).
- 115- CHAPIN, Virginie. *Le management participatif dans les établissements sanitaire, sociaux et médicaux sociaux : exemple de L'EHPAD Mont- Loux*[en ligne]. Mémoire. Ecole des hautes études en santé publique, 2008. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/management%20participatif.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/management%20participatif.pdf) (Consulté le 19/07/2018).
- 116- CLAUDE GASTE, Marie. *Les indicateurs d'activité en soins infirmiers : outil de management stratégique pour un directeur de soin, MYTHE OU REALITE*[en

- ligne]**. Mémoire. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/memoire%20ensp%20\(1\)%20management%20d%C3%A9cision.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/memoire%20ensp%20(1)%20management%20d%C3%A9cision.pdf) (consulté le 26/12/2018).
- 117- COLLER, Christelle. *L'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier PIERRE LE DAMANY* **[en ligne]**. Mémoire. Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 2001. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/TAMDAT/achat.pdf> (consulté le 25/12/2018).
- 118- EL KARTA, Boubaker. *Gouvernance hospitalière : cas du centre hospitalier régional Souss-Massa- Draa (CHU- SMD)* **[en ligne]**. Mémoire. Management des organisations sanitaires. Rayoume du Maroc : Ecole Nationale de Santé Publique, 2013. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/EL_karta_boubker%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/introduction/EL_karta_boubker%20(1).pdf) (consulté le 23/09/2018).
- 119- GUIFFAULT, Béatrice. *Lieu et mode de prise de décision en bibliothèque (au filtre de l'organisation et de la communication)* **[en ligne]**. Mémoire Diplôme de conservateur de bibliothèque. Ecole nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques. 2010. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/dehbia/th%C3%A8ses/48473-lieux-et-modes-de-prise-de-decision-en-bibliotheque-au-filtre-de-l-organigramme-et-de-la-communication-interne.pdf> (consulté le 29/06/2018).
- 120- HAKKAR, Kamel. *Evaluation d'un système d'information : pour un instrument de pilotage. Le cas du service « Evaluation des procédés » du CRIT Rhone- Poulenc Décines* **[en ligne]**. Mémoire de DEA. Sciences de l'information et de la communication. LYON : UNIVERSIT2 Jean Moulin Lyon III, école nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques, 1996. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/61510-evaluation-d-un-systeme-d-information-pour-un-instrument-de-pilotage-le-cas-du-service-evaluation-des-procedes-du-crit-rhone-poulenc-decines.pdf> (consulté le 01/10/2018).
- 121- LAHAYE, Muriel. *Amélioré la stratégie d'achat dans les établissements de santé : l'apport d'une cartographie des achats au centre hospitalier de Bretagne*

- Sud*[en ligne]. Mémoire. Filière directeur d'hôpital. Bretagne : école des hautes études en santé publique, 2009. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/am%C3%A9loirer%20la%20strategie%20d'achat%20dans%20un%20%C3%A9tablissement%20de%20sant%C3%A9%20publique.pdf> (consulté le 05/10/2018).
- 122- LE PUT, Karine. , TOUATI, Delphine. , Sénèque. , SENEQUE, Hélène. *Le DRH « manager » : quelle réalité ?* [en ligne]. Mémoire de fin d'étude. Paris : Université paris Dauphine, 2008. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(8\)/MBA_RH_PROMO_5_MEMOIRE-LEPUT_SENEQUE_TOUATI-.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(8)/MBA_RH_PROMO_5_MEMOIRE-LEPUT_SENEQUE_TOUATI-.pdf) (Consulté le 29/08/2018).
- 123- PERRIN, Michèle. *La fonction achat et approvisionnement au centre hospitalier sud FRANCILIEN*[en ligne]. *Projet de réorganisation*. Mémoire. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/TAMDAT/approvisionnement.pdf> (consulté le 25/12/2018).
- 124- STEPHANE, Gérard. *Les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision dans les régies régionale de la santé et des services sociaux*[en ligne]. Mémoire maîtrise (M.Sc). Sciences de gestion. Montréal : école des hautes études commerciales de Montréal (HEC), 2003. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/Les_impacts_de_la_structure_organisationnelle_sur_.pdf (consulté le 23/09/2018).
- 125- YANN, Lequel. *L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la « nouvelle gouvernance » l'expérience du centre opérationnel université de Dijon*[en ligne]. Mémoire. Ecole nationale de la santé publique, 2005. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(7\)/lequet.pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(7)/lequet.pdf) (consulté le 12/08/2018).
- 126- YETIBOCA, SANGA PEMA. *L'amélioration des systèmes de passation des marchés publics à la contribution de la performance de la gestion des projets au Bénin*[en ligne]. Mémoire de la maîtrise en gestion de projet. Sciences économiques et administratives. Québec : université de Québec à Chicoutimi, 2016. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/am%C3%A9loirer%20la%20>

[Ostrategie%20d'achat%20dans%20un%20%C3%A9tablissement%20de%20sant%C3%A9%20publique.pdf](#) (consulté le 05/10/2018).

E-RAPPORT ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 127- Haute autorité de la santé. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques en management en établissement de santé*[en ligne]. Direction de l'accréditation et des pratiques professionnelles. Janvier, 2005, paris. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/guide_mangement_2006_10_06_10_04_53_949%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/guide_mangement_2006_10_06_10_04_53_949%20(1).pdf) consulté le 06/09/2018).
- 128- DE BOVIS, Camille. , INTEILE-YALENOIS, Jocelyne., BARET, Christophe. « *Les hôpitaux sont-ils des organisations à haute fiabilité* » ? *Apport du concept des « HRO » a la GRH des personnels soignants*. Centre de recherche Magellan IAE. Université Jean Moulin Lyon 3. (document word).
- 129- RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*[en ligne]. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. Cned. Université Lyon 2- Université de Rouen. Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/SocioM1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Downloads/SocioM1%20(1).pdf) (consulté le 15/07/2018).
- 130- Daniel, arneud. *Cours Economie d'entreprise*. IUFM d'Auvergne.
- 131- VINARD, Pierre. *Les grands principes du management*[en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <file:///E:/FILM%20ISLAM/les%20grands%20principes%20du%20management.pdf> (consulté le 19/07/2018).
- 132- ROY, Pierre. *Cours les composantes internes d'une organisation* [en ligne]. (2011). Format PDF. Disponible sur : file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/Section%201%20chapitre%201/M1_3.pdf (consulté le 19/07/2018).

F-TEXTES REGLEMENTAIRE

- 133- Secrétariat général du gouvernement, Algérie, décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public. Journal officiel, n°50, 20/09/2015, p. 1-39. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/travail%20pratique/F2015050.pdf> (consulté le 06/10/2018).

- 134- Décret n° 97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaire. Journal officiel, 10/12/1997, n° 81, p. 21-27. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/travail%20pratique/F1997081.pdf> (consulté le 06/11/2018).
- 135- OULD-KADA, Mohammed, *Recueil des textes réglementaires relatif à la gestion des établissements de santé*. Tome I. 2010. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/travail%20pratique/la%20pratique/Recueil%20de%20textes%20r%C3%A9glementaires%20relatifs%20%C3%A0%20la%20Sant%C3%A9%20r%C3%A9unis%20par%20Mr%20Med%20OULD-KADA,%20Dec%202010.pdf> (consulté le 05/12/2018).

G-SITES INTERNET

- 136- ESPINASSE, Bernard. De l'organisation au système d'information. **[en ligne]**. (2017). Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/documents%20de%20travail%20chapitre%201/Section%201%20chapitre%201/1-Organisation-4p.pdf> (consulté le 19/07/2018).
- 137- SCHMIT, Cécile. VAS, Alain. , D'HOORE, William. *Initier le changement au sein d'organisation complexe : alignement des objectifs des logiques d'action et de rôle*. **[en ligne]** Format PDF. Disponible sur : file:///E:/FILM%20ISLAM/aims2008_1549.pdf(consulté le 25/08/2018).
- 138- Didacticiel conseil aux services. L'approche systémique des organisations **[en ligne]**. (2011). Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Section%201/26_approche_systemique_d_cle51c948.pdf (Consulté le 19/07/2018).
- 139- KARVILLA GUENNOG, Gaëlle. Les fiches de lecture de la chaire. D.S.O. **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877018134 (consulté le 11/07/2018).
- 140- KARVILLA GUENNOG, Gaëlle. Les fiches de lecture de la chaire. D.S.O. **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877018134 (consulté le 19/07/2018).

- 141- Comment un hôpital est dirigé ? **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/comment-hopital-est-il-dirige.html> (consulté le 11/08/2018).
- 142- Management. **[en ligne]**. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Management> (consulté le 27/08/2018).
- 143- KAMMOUN, Mahja. BEN BOUBAKER CHERIB. L'intuition et la prise de décision dans les PME. **[en ligne]** Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/cahpitre%20II%20section%20I/L%20E%20%80%99intuition%20et%20la%20prise%20de%20d%C3%A9cision%20strat%C3%A9gique%20dans%20les%20PME.pdf> (consulté le (06/07/2018).
- 144- La performance de la logistique hospitalière : du choix des indicateurs au pilotage de la performance. **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/important.pdf>. (consulté le 09/10/2018).
- 145- BONEUFANT, Joelle., LACROIX, Jean. Notion approvisionnement. **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/approvisionnement/02approvisionnement.pdf> (consulté le 05/10/2018).
- 146- Le groupe logistique conseil. Distinction entre achat et approvisionnement. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.logistiqueconseil.org/Articles/Entrepot-magasin/Achats-approvisionnement.htm> (consulté le 08/11/2018).
- 147- Le cadre général des marchés publics : les principes fondamentaux, les achats, la notion du besoin et leur évaluation. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/NotionsCles/Lecadregeneraldesmarchespublicslesprincipesfondamentauxlesacteurslanotiondebesoinetleurevaluation> (consulté le 17/11/2018).
- 148- Pouvoir adjudicateurs. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.acheteurs-publics.com/marches-publics-encyclopedie/pouvoirs-adjudicateurs> (consulté le 17/11/2018).
- 149- Manuel d'application de code des marchés public 2006 (abrogé par la circulaire du 29 décembre 2009). **[en ligne]**. Disponible sur : http://www.marche-public.fr/Manuel-2006/MACMP_04.htm (consulté le 15/11/2018).
- 150- La direction des affaires juridiques. La définition des besoins. **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur :

- <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch%202/definition-besoin-2017.pdf> (consulté le 14/10/2018).
- 151- Computation des seuils- calcul de la valeur estimée des besoins- marché public. **[en ligne]**. (2017). Format PDF. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20\(3\)/imprim%C3%A9/definition-besoin-2017%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/Nouveau%20dossier%20(3)/imprim%C3%A9/definition-besoin-2017%20(2).pdf) (consulté le 15/11/2018).
- 152- YVES, Emery. La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée au déficit de la réalisation **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/performance/la%20gestion%20par%20r%C3%A9sultat.pdf> (consulté le 28/10/2018).
- 153- Simplifier l'accès des TPE et PME à la commande publique **[en ligne]**. Disponible sur : [file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/20150511-eco-guide-acheteurs-publics%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/achats%20public/20150511-eco-guide-acheteurs-publics%20(1).pdf) (Consulté le 24/10/2018).
- 154- Le soir d'Algérie. Actualité : le centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou : un pôle d'excellence**[en ligne]** ? Disponible sur : <file:///E:/FILM%20ISLAM/CHU%20DE%20T-O.htm> (consulté le 04/12/2018).
- 155- Fiche métier. Econome/ intendant.e. **[en ligne]**. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/Fiche%20m%C3%A9tier%20%20Econome%20%20Intendant%C2%B7e%20%20M%C3%A9tiers.be.html>(consulté le 14/12/2018).
- 156- Critères d'attribution : choix, pondération, cotation et motivation... et autre complications ? **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/evaluation/crit%C3%A8re%20d'attribution%20du%20march%C3%A9.pdf> (consulté le 24/10/2018).
- 157- Achat public, le classement des offres **[en ligne]**. Format PDF. Disponible sur : file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/la%20pratique/le_classement_des_offres_0.pdf (consulté le 15/11/2018).

II- SOURCES ET REFERENCES EN ANGLAIS

- 158- THOMPSON, Jon. M., BUCHBINDER, Sharon. B., SHANKS, Nancy. H. **[en ligne]**. An overview of healthcare management. Disponible sur: <file:///C:/Users/DualComputer/Desktop/section%203%20ch1/REFERENCE%20ANGLAIS.pdf> (consulté le 19/02/2018).

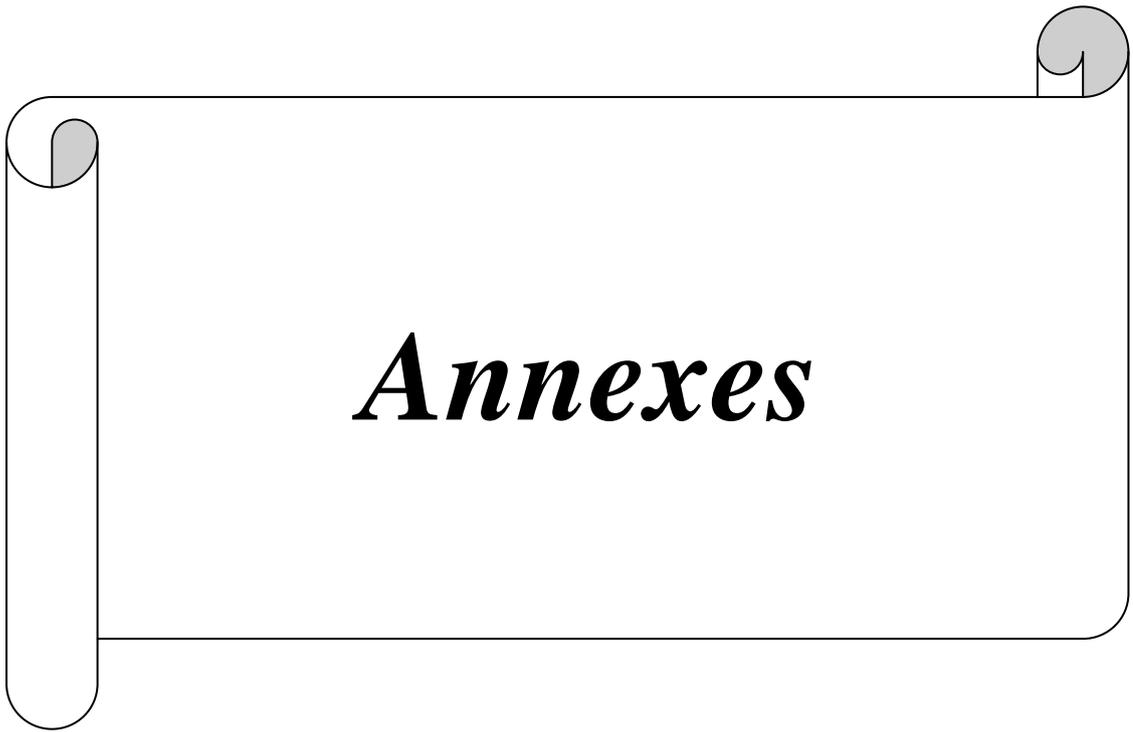
III- SOURCES ET REFERENCES EN ARABE

159 - عبد النور دحاك، رايح قارة. دور و أهمية المعلومات ونظم المعلومات في اتخاذ القرارات الإستراتيجية. مجلة نماء للاقتصاد والتجارة، دورية دولية محكمة تصدر عن جامعة جيجل، العدد 2، ديسمبر 2017، ص ص 100-84. متوفر على الرابط التالي <http://www.univ->

<http://www.univ-jijel.dz/revue/index.php/Namaa/article/view/51/57>

160 - دحاك، عبد النور. دور المعلومات و الحدس في اتخاذ القرارات الإستراتيجية بين Mintzberg و Simon. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية. دورية أكاديمية محكمة، نصف سنوية تصدر عن جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 12، ديسمبر 2017، ص ص 207-195. متوفر على الرابط التالي:

<https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/12buss/4325-12>



Annexes

Listes des annexes

Annexe n°1 : Secrétariat général du gouvernement, Algérie, décret présidentiel n° 15-247 du 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public. Journal officiel, 20/09/2015, n°50. p. 1-

Annexe n°2 : Décret n° 97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaire. Journal officiel, 10/12/1997, n° 81, p. 21-27.

Annexe n°3 : Une partie du cahier des observations du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou.

Annexe n°4 : La répartition du budget de fonctionnement de 2017 du C.H.U de Tizi-Ouzou par article entre les directions.

Annexe n°5 : une partie du cahier des charges relative à la fourniture des denrées alimentaires (les critères de qualité et exemple des critères d'évaluation des lots).

DECRETS

Décret présidentiel n° 15-247 du 2 Dhou El Hidja 1436 correspondant au 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public.....	3
---	---

DECISIONS INDIVIDUELLES

Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un sous-directeur à la Présidence de la République, (secrétariat général du Gouvernement).....	42
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un directeur d'études aux services du Premier ministre.....	42
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un chef d'études aux services du Premier ministre.....	42
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin à des fonctions à l'ex-direction générale de la réforme administrative.....	42
Décrets présidentiels du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin à des fonctions à l'ex-direction générale de la fonction publique.....	42
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions du directeur de la réglementation, des affaires juridiques et de la coopération à l'ex-ministère de la prospective et des statistiques.....	43
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un inspecteur à l'inspection des services du budget à la direction générale du budget au ministère des finances.....	43
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un chargé d'études et de synthèse au ministère des travaux publics.....	43
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 mettant fin aux fonctions d'un chargé d'études et de synthèse au ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication.....	43
Décret présidentiel du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 portant nomination de chargés de missions auprès des services du Premier ministre.....	43
Décrets présidentiels du 24 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 8 septembre 2015 portant nomination à la direction générale de la fonction publique et de la réforme administrative.....	44

ARRETES, DECISIONS ET AVIS

MINISTERE DU COMMERCE

Arrêté du 4 Chaoual 1436 correspondant au 20 juillet 2015 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission d'agrément des laboratoires au titre de la répression des fraudes.....	45
--	----

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 30 août 2015 complétant l'annexe 2 de l'arrêté interministériel du 21 Safar 1433 correspondant au 15 janvier 2012 fixant les critères de classification des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ainsi que leur classement.....	46
Arrêté interministériel du 15 Dhou El Kaada 1436 correspondant au 30 août 2015 fixant les effectifs par emploi, leur classification et la durée du contrat des agents exerçant des activités d'entretien, de maintenance ou de service au titre de l'institut national de la santé publique.....	46

MINISTERE DE LA POSTE ET DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Arrêté du 20 Chaoual 1436 correspondant au 5 août 2015 portant renouvellement de la commission sectorielle des marchés publics du ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication.....	47
Arrêté du 20 Chaoual 1436 correspondant au 5 août 2015 portant renouvellement de la composition de la commission de recours compétente à l'égard des corps des fonctionnaires de l'administration centrale du ministère de la poste et des technologies de l'information et de la communication.....	48

DECRETS

Décret présidentiel n° 15-247 du 2 Dhou El Hidja 1436 correspondant au 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public.

Le Président de la République,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-8° et 125 (alinéa 1er) ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;

Vu la loi n° 81-10 du 11 juillet 1981, modifiée, relative aux conditions d'emploi des travailleurs étrangers ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu la loi n° 90-22 du 18 août 1990, modifiée et complétée, relative au registre de commerce ;

Vu la loi n° 90-29 du 1er décembre 1990, modifiée et complétée, relative à l'aménagement et l'urbanisme ;

Vu le décret législatif n° 94-07 du 7 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 18 mai 1994, modifié, relatif aux conditions de la production architecturale et à l'exercice de la profession d'architecte ;

Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, modifiée et complétée, relative à la Cour des comptes ;

Vu l'ordonnance n° 96-01 du 19 Chaâbane 1416 correspondant au 10 janvier 1996 fixant les règles régissant l'artisanat et les métiers ;

Vu l'ordonnance n° 96-31 du 19 Chaâbane 1417 correspondant au 30 décembre 1996 portant loi de finances pour 1997, notamment son article 62 ;

Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;

Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée et complétée, portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;

Vu la loi n° 01-18 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 portant loi d'orientation sur la promotion de la petite et moyenne entreprise (P.M.E) ;

Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence ;

Vu la loi n° 03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée, relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;

Vu la loi n° 04-02 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004, modifiée et complétée, fixant les règles applicables aux pratiques commerciales ;

Vu la loi n° 04-04 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 relative à la normalisation ;

Vu la loi n° 04-08 du 27 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004, modifiée et complétée, relative aux conditions d'exercice des activités commerciales ;

Vu la loi n° 04-19 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative au placement des travailleurs et au contrôle de l'emploi ;

Vu la loi n° 05-16 du 29 Dhou El Kaada 1426 correspondant au 31 décembre 2005 portant loi de finances pour 2006, notamment ses articles 41 et 42 ;

Vu la loi n° 06-01 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006, modifiée et complétée, relative à la prévention et à la lutte contre la corruption ;

Vu la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, modifiée, portant système comptable financier ;

Vu la loi n° 08-09 du 18 Safar 1429 correspondant au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative ;

Vu l'ordonnance n° 09-01 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 portant loi de finances complémentaire pour 2009, notamment ses articles 29 et 77 ;

Vu la loi n° 11-10 du 20 Rajab 1432 correspondant au 22 juin 2011 relative à la commune ;

Vu la loi n° 12-07 du 28 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 21 février 2012 relative à la wilaya ;

Vu le décret n° 68-652 du 26 décembre 1968, modifié et complété, fixant les conditions dans lesquelles les personnes privées peuvent conclure des contrats ou marchés d'études avec les services du ministère des travaux publics et de la construction ;

Vu le décret n° 84-116 du 12 mai 1984 portant création du bulletin officiel des marchés de l'opérateur public ;

Vu le décret présidentiel n° 10-236 du 28 Chaoual 1431 correspondant au 7 octobre 2010, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-314 du 7 septembre 1991 relatif à la procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs ;

Vu le décret exécutif n° 92-19 du 9 janvier 1992, modifié et complété, fixant la procédure de paiement par accréditif des dépenses de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif ;

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992, modifié et complété, relatif au contrôle préalable des dépenses engagées ;

Vu le décret exécutif n° 93-46 du 6 février 1993 fixant les délais de paiement des dépenses de recouvrement, des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non-valeur ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n° 98-67 du 24 Chaoual 1418 correspondant au 21 février 1998, modifié, portant création, organisation et fonctionnement de la caisse de garantie des marchés publics (C.G.M.P) ;

Vu le décret exécutif n° 98-227 du 19 Rabie El Aouel 1419 correspondant au 13 juillet 1998, modifié et complété, relatif aux dépenses d'équipement de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n° 04-14 du 29 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 22 janvier 2004, modifié et complété, portant création et fixant le statut de l'agence nationale de gestion du micro-crédit ;

Vu le décret exécutif n° 14-139 du 20 Joumada Ethania 1435 correspondant au 20 avril 2014 portant obligation pour les entreprises, groupes d'entreprises et groupements d'entreprises intervenant dans le cadre de la réalisation des marchés publics de certains secteurs d'activités d'être titulaires du certificat de qualification et de classification professionnelles ;

Décrète :

Article 1er — La mise en œuvre de la politique d'élaboration, de passation, d'exécution et de contrôle des marchés publics et des délégations de service public passés respectivement par les services contractants et les autorités délégantes, s'effectue conformément aux lois et règlements en vigueur et aux dispositions du présent décret.

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MARCHES PUBLICS

Chapitre 1er

Dispositions préliminaires

Section 1

Définitions et champ d'application

Art. 2. — Les marchés publics sont des contrats écrits au sens de la législation en vigueur, passés à titre onéreux avec des opérateurs économiques, dans les conditions prévues dans le présent décret, pour répondre à des besoins du service contractant, en matière de travaux, de fournitures, de services et d'études.

Art. 3. — Les marchés publics sont conclus avant tout commencement d'exécution des prestations.

Art. 4. — Les marchés publics ne sont valables et définitifs qu'après leur approbation par l'autorité compétente citée ci-dessus, à savoir, selon le cas :

- le responsable de l'institution publique ;
- le ministre ;
- le wali ;
- le président de l'assemblée populaire communale ;
- le directeur général ou le directeur de l'établissement public.

Chacune de ces autorités peut déléguer ses pouvoirs en la matière à des responsables chargés, en tout état de cause, de la passation et de l'exécution des marchés publics, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Art. 5. — En vue d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des fonds publics, les marchés publics doivent respecter les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats, et de transparence des procédures, dans le respect des dispositions du présent décret.

Art. 6. — Les dispositions du présent titre sont applicables exclusivement aux marchés publics, objet des dépenses :

- de l'Etat ;
- des collectivités territoriales ;
- des établissements publics à caractère administratif ;
- des établissements publics soumis à la législation régissant les activités commerciales, lorsque ceux-ci sont chargés de la réalisation d'une opération financée, totalement ou partiellement, sur concours temporaire ou définitif de l'Etat ou des collectivités territoriales ;

Désignés ci-après par « service contractant ».

Art. 7. — Ne sont pas soumis aux dispositions du présent titre, les contrats :

— passés par les institutions et les administrations publiques, et les établissements publics à caractère administratif entre eux ;

— passés avec les établissements publics cités au dernier tiret de l'article 6 ci-dessus, lorsqu'ils exercent une activité qui n'est pas soumise à la concurrence ;

— de maîtrise d'ouvrage déléguée ;

— d'acquisition ou de location de terrains ou de biens immobiliers ;

— passés avec la Banque d'Algérie ;

— passés en vertu des procédures des organisations et des institutions internationales ou en vertu d'accords internationaux, lorsque cela est requis ;

— relatifs aux prestations de service de conciliation et d'arbitrage ;

— passés avec des avocats pour des prestations d'assistance et de représentation ;

— passés avec une centrale d'achat soumise aux dispositions du présent titre, agissant pour le compte des services contractants.

Art. 8. — Les établissements cités au dernier tiret de l'article 6 ci-dessus, sont tenus, lorsqu'ils réalisent une opération qui n'est pas financée, totalement ou partiellement, sur concours temporaire ou définitif de l'Etat ou des collectivités territoriales, d'adapter leurs propres procédures à la réglementation des marchés publics et de les faire adopter par leurs organes habilités.

L'autorité de tutelle de ces établissements publics doit établir et approuver un dispositif de contrôle de leurs marchés, conformément aux dispositions de l'article 159 du présent décret.

Art. 9. — Les entreprises publiques économiques ne sont pas soumises au dispositif de passation des marchés publics prévu par le présent titre. Toutefois, elles sont tenues d'élaborer et de faire adopter, par leurs organes sociaux, des procédures de passation de marchés, selon leurs spécificités, fondées sur les principes de liberté d'accès à la commande, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures.

Art. 10. — Les marchés publics passés par un maître d'ouvrage délégué au nom et pour le compte d'un maître d'ouvrage, en application d'une convention de maîtrise d'ouvrage déléguée, sont soumis aux dispositions du présent titre.

Art. 11. — Tout organisme non soumis aux règles de la comptabilité publique et aux dispositions du présent décret, quelque soit son statut juridique, utilisant des fonds publics, sous quelque forme que se soit, est tenu d'élaborer et de faire adopter par ses organes habilités, des procédures de passation de marchés, fondées sur les principes de liberté d'accès à la commande, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures.

Section 2

Procédures spécifiques

Sous-section 1

Procédures en cas d'urgence impérieuse

Art. 12. — En cas d'urgence impérieuse motivée par un danger imminent que court un bien ou un investissement déjà matérialisé sur le terrain, ou un péril menaçant un investissement, un bien du service contractant ou l'ordre public, et qui ne peut s'accommoder des délais des procédures de passation des marchés publics, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part, le responsable de l'institution publique, le ministre, le wali ou le président de l'assemblée populaire communale concerné peut, par décision motivée, autoriser le commencement d'exécution des prestations avant conclusion du marché public. Ces prestations doivent se limiter au strict nécessaire, permettant de faire face aux circonstances précitées.

Une copie de la décision citée à l'alinéa précédent, établie dans les conditions fixées par la législation et la réglementation en vigueur, est transmise à la Cour des comptes et au ministre chargé des finances (l'autorité de régulation des marchés publics et des délégations de service public et l'inspection générale des finances).

Lorsque l'urgence impérieuse ne permet pas de formaliser le marché avant le commencement d'exécution des prestations, l'accord des deux parties est confirmé par un échange de lettres.

En tout état de cause, un marché public, passé à titre de régularisation, par dérogation aux dispositions de l'article 3 ci-dessus, est établi dans un délai de six (6) mois à compter de la date de signature de la décision susvisée, lorsque l'opération dépasse les montants cités à l'alinéa 1er de l'article 13 ci-dessus, et est soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés publics.

Sous-section 2

Procédures adaptées

Art. 13. — Tout marché public dont le montant estimé des besoins du service contractant est égal ou inférieur à douze millions de dinars (12.000.000 DA) pour les travaux ou les fournitures, et six millions de dinars (6.000.000 DA) pour les études ou services ne donne pas lieu, obligatoirement, à passation de marché public selon le formalisme prévu dans le présent titre.

A ce titre, le service contractant élabore des procédures internes pour la passation de ces commandes. Lorsque le service contractant opte pour l'une des procédures formalisées prévues par le présent décret, il doit poursuivre la passation de la commande avec la même procédure.

Les modalités d'application des dispositions de la présente sous-section sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 14. — Les besoins visés ci-dessus, doivent faire l'objet d'une publicité adéquate et la consultation, par écrit, d'opérateurs économiques qualifiés, pour le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse.

Le service contractant organise la consultation en fonction de la nature du besoin à satisfaire, en tenant compte du nombre d'opérateurs économiques susceptibles d'y répondre, dans le respect des dispositions de l'article 5 du présent décret.

La consultation est déclarée infructueuse dans les conditions prévues à l'alinéa 7 de l'article 52 du présent décret.

Art. 15. — Les marchés publics conclus dans les conditions prévues à l'article 49 du présent décret sont dispensées de la consultation.

Art. 16. — Dans le cas des prestations courantes et à caractère répétitif, le service contractant peut recourir à la consultation, nonobstant les dispositions contraires de l'article 27 ci-dessous.

Si les seuils prévus à l'article 13 ci-dessus, sont dépassés, aucune dépense de même nature, par référence à l'homogénéité des besoins dans le cas des commandes de fournitures, études et services et par référence à une même opération de travaux pour les commandes de travaux, ne peut être engagée sans le recours aux procédures formalisées, sauf dans les cas prévus à l'article 18 ci-après.

Art. 17. — Dans le cas des commandes de travaux ne nécessitant pas un certificat de classification et de qualification, le service contractant peut consulter des artisans, tels que définis par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 18. — Le service contractant peut passer un avenant au marché public objet de la commande initiale, conclue selon les procédures adaptées, dans les conditions fixées aux dispositions des articles 135 à 139 du présent décret, à l'exception de celles relatives au contrôle externe des marchés publics. Cet avenant doit être passé dans les délais prévus par ces dispositions.

Si les montants cités à l'article 13 ci-dessus, sont dépassés au cours d'un même exercice budgétaire, au titre d'un budget annuel, ou au cours d'un ou de plusieurs exercices budgétaires, au titre d'un budget pluriannuel, il est passé, dès lors, un marché dans lequel sont intégrées les commandes antérieurement exécutées, qui sera soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés publics.

Si le service contractant ne peut conclure un marché, conformément à l'alinéa précédent, et le soumettre à l'organe de contrôle externe a priori, au cours de l'exercice budgétaire considéré, pour les opérations imputées sur un budget annuel, un marché de régularisation est établi, à titre exceptionnel, durant l'année suivante. Ces dépenses sont imputées sur les crédits y afférents, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 19. — Le service contractant doit joindre à l'engagement de la dépense un rapport de présentation détaillé justifiant la consultation et le choix du prestataire retenu.

Art. 20. — Les commandes conclues selon les procédures adaptées, susvisées, doivent faire l'objet de bons de commande ou, lorsque c'est nécessaire, de contrats fixant les droits et obligations des parties.

Dans le cas des prestations d'études, le service contractant est tenu d'établir un contrat, quel que soit le montant de la commande.

Art. 21. — Les commandes dont les montants cumulés, par nature de prestations, travaux, fournitures, études ou services, durant le même exercice budgétaire, sont inférieurs à un million de dinars (1.000.000 DA) pour les travaux ou les fournitures et à cinq cent mille dinars (500.000 DA) pour les études ou les services, ne font pas, obligatoirement, l'objet d'une consultation. Ces montants sont comptabilisés par référence à chaque budget séparément. Le choix des opérateurs économiques reste soumis aux exigences liées au choix de l'offre économiquement la plus avantageuse. En outre, le service contractant ne doit pas recourir au même opérateurs économiques lorsque ces prestations peuvent être effectuées par d'autres opérateurs économiques, sauf exception dûment justifiée.

Art. 22. — Les montants cités aux articles 13 et 21 ci-dessus, sont exprimés en toutes taxes comprises et peuvent être actualisés périodiquement par arrêté du ministre chargé des finances, en fonction du taux d'inflation officiellement enregistré.

Sous-section 3

Procédures relatives aux marchés publics nécessitant une promptitude de décision

Art. 23. — Les marchés publics d'importation de produits et services qui, en raison de leur nature, des fluctuations rapides de leur prix et de leur disponibilité, ainsi que des pratiques commerciales qui leur sont applicables, nécessitant une promptitude de décision du service contractant, sont dispensés des dispositions du présent titre qui ne sont pas adaptées à ces marchés, notamment celles relatives au mode de passation.

A l'occasion de chaque opération d'importation suscitée, il est institué, par le ministre concerné, une commission ad hoc interministérielle, composée de membres qualifiés dans le domaine considéré, présidée par le représentant du service contractant, chargée de mener les négociations et de choisir le partenaire cocontractant.

La liste des produits et services suscités est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre chargé du commerce et du ministre concerné.

En tout état de cause, un marché de régularisation est établi et soumis, dans un délai de trois (3) mois à compter du commencement d'exécution des prestations, à l'organe compétent de contrôle externe.

Sous-section 4

Procédures relatives aux prestations
de services spécifiques

Art. 24. — Dans le cas des prestations de services de transport, d'hôtellerie et de restauration, et des prestations juridiques, quel que soit leur montant, le service contractant peut recourir aux procédures adaptées.

Si le montant de la commande dépasse le montant des prestations de services cité à l'alinéa 1er de l'article 13 ci-dessus, le marché est soumis à l'examen de la commission des marchés compétente qui examine, au préalable, les recours qui lui auraient été adressés par les opérateurs économiques consultés, le cas échéant.

Sous-section 5

Procédures relatives aux charges :
eau, gaz, électricité, téléphone et internet

Art. 25. — Les marchés publics relatifs aux charges : eau, gaz, électricité, téléphone et internet sont conclus conformément aux dispositions de l'article 34 du présent décret.

Les commandes relatives aux marchés publics précités peuvent faire l'objet, à titre exceptionnel, de régularisation, dès la mise en place des crédits, nonobstant les dispositions contraires de l'article 27 ci-dessous.

Section 3

Les cahiers des charges

Art. 26. — Les cahiers des charges, actualisés périodiquement, précisent les conditions dans lesquelles les marchés publics sont passés et exécutés. Ils comprennent notamment :

— les cahiers des clauses administratives générales applicables aux marchés publics de travaux, de fournitures, d'études et de services, approuvés par décret exécutif ;

— les cahiers des prescriptions techniques communes, qui fixent les dispositions techniques applicables à tous les marchés publics portant sur une même nature de travaux, de fournitures, d'études ou de services, approuvés par arrêté du ministre concerné ;

— les cahiers des prescriptions spéciales qui fixent les clauses propres à chaque marché public.

Chapitre 2

**De la détermination des besoins, des marchés publics
et des partenaires cocontractants**

Section 1

De la détermination des besoins du service contractant

Art. 27. — Les besoins à satisfaire des services contractants sont préalablement déterminés avant le lancement de toute procédure de passation d'un marché public.

Le montant des besoins est arrêté sur la base d'une estimation administrative sincère et raisonnable, dans les conditions fixées dans le présent article.

Les besoins du service contractant, quel que soit leur montant, sont soumis aux dispositions du présent article, à l'exception des dispositions dérogatoires prévues dans le présent décret.

La nature et l'étendue des besoins du service contractant doivent être établies avec précision, par référence à des spécifications techniques détaillées établies sur la base de normes et/ou de performances ou d'exigences fonctionnelles. Ces spécifications techniques ne doivent pas être orientées vers un produit ou un opérateur économique déterminé.

Lorsque le service contractant l'autorise, pour les prestations techniquement complexes, dans les conditions fixées et encadrées dans le cahier des charges, les soumissionnaires peuvent proposer une ou plusieurs variantes aux spécifications techniques.

L'évaluation et la présentation des variantes doivent être prévues dans le cahier des charges. Toutes les variantes proposées doivent être évaluées.

Les soumissionnaires qui proposent des variantes ne sont pas obligés de faire également une offre de base par référence aux spécifications techniques prévues au cahier des charges.

Le service contractant peut également prévoir dans le cahier des charges des prix en option. Il doit, toutefois, les évaluer et arrêter son choix avant l'attribution du marché.

Pour la détermination des seuils de compétence des commissions des marchés, le service contractant arrête le montant total des besoins en tenant compte obligatoirement de :

— la valeur globale des besoins relatifs à une même opération de travaux, pour les marchés de travaux.

Une opération de travaux qui peut porter sur un ou plusieurs ouvrages est caractérisée par une unité fonctionnelle, technique ou économique.

Une opération de travaux, correspond à un ensemble de travaux liés par leur objet, exécutés sur un territoire déterminé avec les mêmes procédés techniques et imputés sur un financement mobilisé à cet effet, que le service contractant a décidé de réaliser simultanément ou à des dates rapprochées.

— l'homogénéité des besoins, pour les marchés de fournitures, études et services. Elle est arrêtée soit par référence aux spécificités propres des études, services ou fournitures, soit par référence à une unité fonctionnelle.

Dans le cas d'un allotissement des besoins, il est tenu compte pour la détermination des seuils de compétence des commissions des marchés et des procédés à appliquer, du montant de tous les lots distincts, nonobstant la possibilité pour le service contractant de lancer une seule procédure pour l'ensemble de ces lots ou une procédure par lot.

En cas de nouveaux besoins, le service contractant peut conclure soit un avenant, conformément aux dispositions des articles 135 à 139 du présent décret, soit lancer une nouvelle procédure.

Le fractionnement des besoins, dans le but d'échapper aux procédures à appliquer et aux seuils de compétence des commissions des marchés prévus au présent titre, est interdit.

Les modalités d'application du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Section 2

De la forme et de l'objet des marchés publics

Art.28. — En vue de la satisfaction d'un besoin déterminé de fonctionnement ou d'investissement, le service contractant peut passer un ou plusieurs marchés publics.

Art. 29. — Les marchés publics portent sur une ou plusieurs des opérations suivantes :

- la réalisation de travaux ;
- l'acquisition de fournitures ;
- la réalisation d'études ;
- la prestation de services.

Dans le cas où le marché public porte sur plusieurs des opérations précitées, le service contractant passe un marché global, conformément aux dispositions de l'article 35 ci-après.

Le marché public de travaux a pour objet la réalisation d'un ouvrage ou des travaux de bâtiment ou de génie civil, par un entrepreneur, dans le respect des besoins déterminés par le service contractant, maître de l'ouvrage. Un ouvrage est un ensemble de travaux de bâtiment ou de génie civil dont le résultat remplit une fonction économique ou technique.

Le marché public de travaux englobe la construction, la rénovation, l'entretien, la réhabilitation, l'aménagement, la restauration, la réparation, le confortement ou la démolition d'un ouvrage ou partie d'ouvrage, y compris les équipements associés nécessaires à leur exploitation.

Si des prestations de services sont prévues à un marché public et que son objet principal porte sur la réalisation de travaux, le marché est de travaux.

Le marché public de fournitures a pour objet l'acquisition, la location ou la location-vente, avec ou sans option d'achat, par le service contractant, de matériels ou de produits, quelque soit leur forme, destinés à satisfaire les besoins liés à son activité, auprès d'un fournisseur. Si la location est accompagnée d'une prestation de service, le marché public est de services.

Si des travaux de pose et d'installation de fournitures sont intégrés au marché public et leurs montants sont inférieurs à la valeur de celles-ci, le marché public est de fournitures.

Si le marché public a pour objet des services et des fournitures et que la valeur des fournitures dépasse celle des services, le marché public est de fournitures.

Le marché public de fournitures peut porter sur des biens d'équipements ou d'installations complètes de production d'occasion dont la durée de fonctionnement est garantie ou renouvelée sous garantie. Les modalités d'application des dispositions du présent alinéa sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Le marché public d'études a pour objet de réaliser des prestations intellectuelles.

A l'occasion d'un marché public de travaux, le marché public d'études recouvre notamment les missions de contrôle technique ou géotechnique, de maîtrise d'œuvre et d'assistance au maître de l'ouvrage.

Le marché public de maîtrise d'œuvre, dans le cadre de la réalisation d'un ouvrage, d'un projet urbain ou paysager, comporte l'exécution notamment des missions suivantes :

- les études préliminaires, de diagnostic ou d'esquisse ;
- les études d'avant-projets sommaire et détaillé ;
- les études de projet ;
- les études d'exécution ou, lorsque c'est l'entrepreneur qui les effectue, leur visa ;
- l'assistance du maître d'ouvrage dans la passation, la direction de l'exécution du marché de travaux, l'ordonnancement, la coordination et le pilotage du chantier, et la réception des travaux.

Le marché public de services, conclu avec un prestataire de services, a pour objet de réaliser des prestations de services. C'est un marché public autre que le marché de travaux, de fournitures ou d'études.

Art. 30. — Lorsque des conditions économiques et/ou financières le justifient, le service contractant peut recourir aux marchés comportant une tranche ferme et une ou plusieurs tranche(s) conditionnelle(s). La tranche ferme et chaque tranche conditionnelle doivent porter chacune sur un projet fonctionnel.

L'exécution de chaque tranche conditionnelle est subordonnée à une décision du service contractant, notifiée au cocontractant, dans les conditions fixées au cahier des charges.

Art. 31. — La satisfaction des besoins visés à l'article 27 ci-dessus, peut s'effectuer sous forme de lot unique ou de lots séparés. Le lot unique est attribué à un partenaire cocontractant, tel que défini à l'article 37 du présent décret. Les lots séparés sont attribués à un ou plusieurs partenaires cocontractants. Dans ce cas, l'évaluation des offres doit se faire lot par lot. Le service contractant peut, lorsque cela est justifié, limiter le nombre de lots à attribuer à un seul soumissionnaire.

Le recours à l'allotissement à effectuer chaque fois que cela est possible, en fonction de la nature et de l'importance du projet, et de la spécialisation des opérateurs économiques, doit tenir compte des avantages économiques, financiers et/ou techniques procurés par cette opération.

L'allotissement relève de la compétence du service contractant, qui doit motiver son choix à l'occasion de tout contrôle exercé par toute autorité compétente, dans le respect des dispositions de l'article 27 ci-dessus.

L'allotissement doit être prévu dans le cahier des charges. Dans le cas du budget d'équipement, l'autorisation de programme, telle que définie par la décision d'individualisation établie par l'ordonnateur concerné, doit être structurée en lots.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 32. — Conformément à la réglementation en vigueur, le service contractant a la possibilité de recourir, selon le cas, à la passation de contrats-programme ou de marchés à commandes totales ou partielles.

Art. 33. — Le contrat-programme revêt la forme d'une convention annuelle ou pluriannuelle de référence, qui peut chevaucher sur deux ou plusieurs exercices budgétaires, dont l'exécution se réalise à travers des marchés d'application, conclus conformément aux dispositions du présent décret.

Le contrat-programme porte sur une durée qui ne peut excéder cinq (5) ans.

La convention définit la nature et l'importance des prestations à réaliser, la localisation, le montant du contrat-programme et l'échéancier de réalisation.

L'engagement juridique du contrat-programme s'effectue par la notification des marchés d'application au partenaire cocontractant, dans la limite de leurs engagements comptables, en tenant compte, le cas échéant, de l'annualité budgétaire.

Le contrat-programme est soumis, pour sa passation, aux mêmes procédures que les marchés publics. Toutefois, nonobstant les dispositions de l'article 195, (alinéa 5), ci-dessous, la vérification de la disponibilité des crédits est effectuée lors de l'engagement comptable du marché, dans les conditions fixées à l'alinéa précédent.

Lorsque des conditions techniques, économiques et/ou financières nécessitent la planification des besoins à satisfaire du service contractant en fonction de la survenance des besoins ou en fonction d'un échéancier préétabli, le service contractant peut attribuer un contrat-programme à plusieurs opérateurs économiques, à mettre en concurrence. Dans ce cas, les modalités de mise en œuvre de cette disposition doivent être prévues dans le cahier des charges.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 34. — Le marché à commandes porte sur la réalisation de travaux, l'acquisition de fournitures ou la prestation de services ou la réalisation d'études de type courant et à caractère répétitif.

Le marché à commandes porte sur une durée d'une année renouvelable, qui peut chevaucher sur deux ou plusieurs exercices budgétaires.

La durée du marché à commandes ne peut excéder cinq (5) ans.

La reconduction du marché à commandes, établie par décision du service contractant et notifiée au partenaire cocontractant, est soumise, pour prise en compte, à l'engagement préalable de la dépense.

Le marché à commandes doit comporter l'indication en quantité et/ou en valeur des limites minimales et maximales des travaux, fournitures et/ou services et/ou études objet du marché. Le marché à commandes détermine soit le prix, soit le mécanisme ou les modalités de fixation du prix applicable aux livraisons successives. L'exécution du marché à commandes intervient par la simple notification de commandes partielles qui fixent les modalités de livraison.

Lorsque des conditions économiques et/ou financières l'exigent, les marchés à commandes peuvent être attribués à plusieurs opérateurs économiques. Dans ce cas, les modalités de mise en œuvre de cette disposition doivent être prévues dans le cahier des charges.

L'engagement juridique du marché à commandes s'effectue, dans la limite de l'engagement comptable du marché, dans le respect de l'annualité budgétaire, le cas échéant, et des dispositions de l'article 69 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 susvisée, par la notification des commandes précitées au partenaire cocontractant.

Nonobstant les dispositions de l'article 195, (alinéa 5), ci-dessous, la vérification de la disponibilité des crédits est effectuée lors de l'engagement comptable du marché, dans les conditions fixées à l'alinéa précédent.

Le seuil de compétence des commissions des marchés est déterminé par référence aux limites maximales du marché à commandes.

Les limites minimales du marché à commandes engagent le service contractant à l'égard du partenaire cocontractant. Les limites maximales engagent le partenaire cocontractant à l'égard du service contractant.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 35. — Le service contractant peut, exceptionnellement, recourir à la procédure «étude et réalisation», lorsque des motifs d'ordre technique rendent indispensable l'association de l'entrepreneur aux études de conception de l'ouvrage.

Le cahier des charges doit prévoir, dans le cadre de l'évaluation technique, une pré-qualification relative à la phase études.

Cette procédure permet au service contractant de confier à un seul partenaire cocontractant, dans le cadre d'un marché de travaux, une mission portant à la fois sur l'établissement des études et la réalisation des travaux selon la procédure d'appel d'offres restreint, conformément aux dispositions des articles 45 et 46 du présent décret.

Un jury constitué conformément aux dispositions de l'article 48 ci-après, est désigné pour donner son avis sur le choix du projet.

Les prestations objet de l'étude comprennent, au moins, un avant projet sommaire, pour un ouvrage de bâtiment, et un avant projet détaillé, pour un ouvrage d'infrastructure.

Lorsque des motifs techniques ou économiques le justifient, le service contractant peut recourir à un marché d'« étude, réalisation et exploitation ou maintenance » ou à un marché de « réalisation et exploitation ou maintenance ». Dans ce cas, le cahier des charges doit prévoir des exigences de performances à atteindre mesurables, qui font l'objet d'un critère d'évaluation technique assorti du critère coût global. Le marché est conclu à prix global et forfaitaire.

La liste des projets qui peuvent faire l'objet d'un marché global est fixée par décision du responsable de l'institution publique ou du ministre concerné, après avis de la commission des marchés de l'institution publique ou de la commission sectorielle des marchés, selon le cas.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 36. — Les services contractants peuvent coordonner la passation de leurs marchés par la constitution, entre eux, de groupements de commandes.

Les services contractants qui coordonnent la passation de leurs marchés peuvent charger l'un d'entre eux, en sa qualité de service contractant coordonnateur, de signer et de notifier le marché.

Chaque service contractant est responsable de la bonne exécution de la partie du marché qui le concerne.

Une convention constitutive du groupement de commandes, définissant les modalités de son fonctionnement, est signée par ses membres.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

Section 3

Des partenaires cocontractants

Art. 37. — Le partenaire cocontractant peut-être une ou plusieurs personne(s) physique(s) ou morale(s) s'engageant au titre du marché soit individuellement, soit dans le cadre d'un groupement momentané d'entreprises, tel que défini à l'article 81 ci-dessous.

Art. 38. — Pour la réalisation de ses objectifs, le service contractant peut recourir, en vue de l'exécution de ses prestations, à la passation de marchés conclus avec des entreprises de droit algérien et/ou des entreprises étrangères, conformément aux dispositions du présent décret.

Chapitre 3

De la passation des marchés publics

Section 1

Des modes de passation des marchés publics

Art. 39. — Les marchés publics sont passés selon la procédure d'appel d'offres, qui constitue la règle générale, ou la procédure de gré à gré.

Art. 40. — L'appel d'offres est la procédure visant à obtenir les offres de plusieurs soumissionnaires entrant en concurrence et à attribuer le marché, sans négociation, au soumissionnaire présentant l'offre jugée économiquement la plus avantageuse sur la base de critères de choix objectifs, établis préalablement au lancement de la procédure.

La procédure d'appel d'offres est déclarée infructueuse, lorsqu'aucune offre n'est réceptionnée ou lorsque, après avoir évalué les offres, aucune offre n'est déclarée conforme à l'objet du marché et au contenu du cahier des charges, ou lorsque le financement des besoins ne peut être assuré.

Art. 41. — Le gré à gré est la procédure d'attribution d'un marché à un partenaire cocontractant sans appel formel à la concurrence. Le gré à gré peut revêtir la forme d'un gré à gré simple ou la forme d'un gré à gré après consultation ; cette consultation est organisée par tous moyens écrits appropriés.

La procédure du gré à gré simple est une règle de passation de contrat exceptionnelle qui ne peut-être retenue que dans les cas énumérés à l'article 49 du présent décret.

Art. 42. — L'appel d'offres peut-être national et/ou international, il peut se faire sous l'une des formes suivantes :

- l'appel d'offres ouvert ;
- l'appel d'offres ouvert avec exigence de capacités minimales ;
- l'appel d'offres restreint ;
- le concours.

Art. 43. — L'appel d'offres ouvert est la procédure selon laquelle tout candidat qualifié peut soumissionner.

Art. 44. — L'appel d'offres ouvert avec exigence de capacités minimales, est la procédure selon laquelle tous les candidats répondant à certaines conditions minimales d'éligibilité, préalablement définies par le service contractant, avant le lancement de la procédure, peuvent soumissionner. Le service contractant ne procède pas à une sélection préalable des candidats.

Les conditions d'éligibilité concernent les capacités techniques, financières et professionnelles indispensables à l'exécution du marché. Elles doivent être proportionnées à la nature, la complexité et l'importance du projet.

Art. 45. — L'appel d'offres restreint est une procédure de consultation sélective, selon laquelle seuls les candidats préalablement présélectionnés sont invités à soumissionner.

Le service contractant peut fixer dans le cahier des charges le nombre maximum de candidats qui seront invités à soumissionner, après présélection, à cinq (5).

La présélection des candidats est mise en œuvre par le service contractant pour le choix des candidats à mettre en compétition à l'occasion des marchés d'études ou d'opérations complexes et/ou d'importance particulière.

Le recours à l'appel d'offres restreint s'opère, lors de la remise de l'offre technique, soit en deux étapes, conformément aux dispositions de l'article 46 ci-après, soit en une seule étape.

1/ En une seule étape :

— lorsque la procédure est lancée sur la base de spécifications techniques détaillées, établies par référence à des normes et/ou de performances à atteindre ou d'exigences fonctionnelles ;

2/ En deux étapes :

— exceptionnellement, lorsque la procédure est lancée sur la base d'un programme fonctionnel, si le service contractant n'est pas en mesure de définir les moyens techniques pour répondre à ses besoins, même avec un marché d'études.

Le service contractant peut recourir à l'appel d'offres restreint en recourant à une short list d'opérateurs économiques qualifiés, qu'il a dressée à l'occasion de la réalisation d'opérations d'études, d'ingénierie complexe ou d'importance particulière et/ou d'acquisition de fournitures spécifiques, à caractère répétitif. Dans ce cas, la présélection doit être renouvelée tous les trois (3) ans.

Les modalités de présélection et de consultation dans le cadre de l'appel d'offres restreint, doivent être prévues dans le cahier des charges.

La liste des projets qui peuvent faire l'objet d'un appel d'offres restreint est fixée par décision du responsable de l'institution publique ou du ministre concerné, après avis de la commission des marchés de l'institution publique ou de la commission sectorielle des marchés, selon le cas.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 46. — Dans le cas de l'appel d'offres restreint en deux étapes, les candidats présélectionnés, conformément aux dispositions de l'article 45 ci-dessus, sont invités, dans une première étape, par lettre de consultation, à remettre une offre technique préliminaire, sans offre financière.

Pour les offres jugées conformes au cahier des charges, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres, par l'intermédiaire du service contractant, peut demander, par écrit, aux candidats des clarifications ou des précisions sur leurs offres.

Des réunions de clarification des aspects techniques des offres des candidats peuvent être organisées, si nécessaire, par le service contractant, en présence des membres de la commission d'évaluation des offres, élargie, éventuellement, à des experts, dûment désignés à cet effet. Ces réunions doivent faire l'objet de procès-verbaux signés par tous les membres présents.

La demande de clarification ou de précision ne doit pas aboutir à une modification fondamentale de l'offre.

Les réponses écrites des candidats aux demandes de clarifications ou de précisions et le contenu des procès-verbaux de réunions font partie intégrante de leurs offres.

Aucune information relative au contenu de l'offre d'un candidat ne doit être révélée.

A l'issue de cette étape, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres propose au service contractant d'éliminer les offres des candidats qui ne répondent pas aux exigences du programme fonctionnel et/ou aux prescriptions techniques prévues dans le cahier des charges.

Seuls les candidats, dont les offres techniques préliminaires ont été déclarées conformes, sont invités, dans une deuxième étape, à présenter une offre technique finale et une offre financière sur la base d'un cahier des charges, modifié, si nécessaire, et visé par la commission des marchés compétente, suite aux clarifications demandées au cours de la première étape.

Le service contractant peut verser des honoraires aux candidats, pour rémunérer la mission de conception, selon des taux et des modalités fixés par arrêté conjoint du responsable de l'institution publique ou du ministre concerné et du ministre chargé des finances.

Aucune information relative au montant de l'offre financière ne doit figurer dans les plis des offres techniques, sous peine de leur rejet.

Art. 47. — Le concours est la procédure de mise en concurrence d'hommes de l'art, pour le choix, après avis du jury cité à l'article 48 ci-après, d'un plan ou d'un projet, conçu en réponse à un programme établi par le maître d'ouvrage, en vue de la réalisation d'une opération comportant des aspects techniques, économiques, esthétiques ou artistiques particuliers, avant d'attribuer le marché à l'un des lauréats du concours.

Le marché est attribué, après négociation, au lauréat qui a présenté l'offre économiquement la plus avantageuse.

Le service contractant a recours à la procédure de concours notamment dans le domaine de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de l'architecture et de l'ingénierie ou des traitements de données.

Le marché de maîtrise d'œuvre de travaux n'est pas obligatoirement passé selon la procédure de concours, si :

— son montant ne dépasse pas le seuil prévu à l'alinéa 1er de l'article 13 du présent décret ;

— son objet concerne l'intervention sur un bâti existant ou sur un ouvrage d'infrastructure ou ne comportant pas de missions de conception.

En tout état de cause, un jury tel que défini par l'article 48 ci-après, est désigné pour donner son avis sur le choix du plan ou du projet.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 48. — Le concours est restreint ou ouvert avec exigence de capacités minimales.

Le concours de maîtrise d'œuvre est obligatoirement restreint.

Le cahier des charges du concours doit comporter un programme et un règlement du concours. En outre, il doit prévoir les modalités de présélection, le cas échéant, et d'organisation du concours.

Dans le cas d'un concours relatif à un projet de réalisation de travaux, le cahier des charges doit préciser l'enveloppe financière prévisionnelle des travaux.

Dans le cadre d'un concours restreint, les candidats sont invités dans une première phase, à remettre uniquement les plis des dossiers de candidatures. Après l'ouverture des plis des dossiers de candidatures et leur évaluation, seuls les candidats présélectionnés, sont invités à remettre les plis de l'offre technique, des prestations et de l'offre financière.

Le service contractant peut fixer dans le cahier des charges, le nombre maximum de candidats qui seront invités à soumissionner, après présélection, à cinq (5).

Le concours est déclaré infructueux dans les conditions prévues à l'article 40 du présent décret. Dans ce cas, le service contractant peut recourir au gré à gré après consultation, dans le respect des dispositions du présent article.

Les prestations du concours sont évaluées par un jury composé de membres qualifiés dans le domaine considéré et indépendants des candidats.

La composition du jury est fixée par décision du responsable de l'institution publique, du ministre, du wali ou du président de l'assemblée populaire communale concernée.

Des indemnités sont attribuées aux membres du jury du concours, selon des taux et des modalités fixés par décret exécutif.

Le service contractant est tenu d'assurer l'anonymat des plis des prestations du concours avant leur transmission au président du jury. L'anonymat de ces plis doit être assuré jusqu'à la signature du procès-verbal du jury.

Le procès-verbal du jury, accompagné de son avis motivé, faisant ressortir, éventuellement, la nécessité de clarifier certains aspects liés aux prestations, est transmis, par son président, au service contractant.

Dans le cas où le jury fait ressortir la nécessité de clarifier certains aspects des prestations, le service contractant saisit, par écrit, le (s) lauréat (s) concerné (s) afin d'apporter les précisions demandées. Leurs réponses écrites font partie intégrante de leurs offres.

Aucune information relative au montant de l'offre financière ne doit figurer dans les plis des prestations ni dans les plis des offres techniques, sous peine de rejet de ces offres.

Le service contractant peut verser des primes au (x) lauréat (s) du concours, conformément aux propositions du jury, selon des taux et des modalités fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'habitat et du ministre chargé des finances, pour les projets de construction de bâtiments. Pour les autres projets, les taux et les modalités de versement des primes sont fixés par arrêté conjoint du responsable de l'institution publique ou du ministre concerné et du ministre chargé des finances.

Art. 49. — Le service contractant a recours au gré à gré simple exclusivement dans les cas suivants :

1- quand les prestations ne peuvent être exécutées que par un opérateur économique unique qui détient soit une situation monopolistique, soit pour protéger un droit d'exclusivité, soit pour des considérations techniques ou, culturelles et artistiques. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé des finances précisera les prestations qui relèvent des considérations culturelles et artistiques ;

2- en cas d'urgence impérieuse motivée par un péril menaçant un investissement, un bien du service contractant ou l'ordre public, ou un danger imminent que court un bien ou un investissement déjà matérialisé sur le terrain, et qui ne peut s'accommoder des délais des procédures de passation des marchés publics, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part ;

3- dans le cas d'un approvisionnement urgent destiné à sauvegarder les besoins essentiels de la population, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part ;

4- quand il s'agit d'un projet prioritaire et d'importance nationale qui revêt un caractère d'urgence, et qui ne peut s'accommoder des délais des procédures de passation des marchés publics, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part. Dans ce cas, le recours à ce mode de passation exceptionnel, doit être soumis à l'accord préalable du conseil des ministres, si le montant du marché est égal ou supérieur à dix milliards de dinars (10.000.000.000 DA), et à l'accord préalable pris en réunion du Gouvernement, si le montant du marché est inférieur au montant précité ;

5- quand il s'agit de promouvoir la production et/ou l'outil national de production. Dans ce cas, le recours à ce mode de passation exceptionnel, doit être soumis à l'accord préalable du Conseil des ministres, si le montant du marché est égal ou supérieur à dix milliards de dinars (10.000.000.000 DA), et à l'accord préalable pris en réunion du Gouvernement, si le montant du marché est inférieur au montant précité ;

6- quand un texte législatif ou réglementaire attribue à un établissement public à caractère industriel et commercial un droit exclusif pour exercer une mission de service public ou lorsque ce dernier réalise la totalité de ses activités avec les institutions et les administrations publiques et avec les établissements publics à caractère administratif.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 50. — Dans le cadre de la procédure de gré à gré simple, le service contractant doit :

— déterminer ses besoins dans le respect des dispositions de l'article 27 ci-dessus sauf exception prévue par les dispositions du présent décret ;

— vérifier les capacités de l'opérateur économique, telles que précisées à l'article 54 du présent décret ;

— retenir un opérateur économique qui présente une offre économiquement avantageuse, telle que précisée à l'article 72 du présent décret ;

— organiser les négociations dans les conditions fixées à l'alinéa 6 de l'article 52 ci-après ;

— fonder la négociation de l'offre financière sur un référentiel des prix.

Art. 51. — Le service contractant a recours au gré à gré après consultation dans les cas suivants :

1- quand l'appel d'offres est déclaré infructueux pour la deuxième fois ;

2- pour les marchés d'études, de fournitures et de services spécifiques dont la nature ne nécessite pas le recours à un appel d'offres. La spécificité de ces marchés est déterminée par l'objet du marché, le faible degré de concurrence ou le caractère secret des prestations ;

3- pour les marchés de travaux relevant directement des institutions publiques de souveraineté de l'Etat ;

4- pour les marchés déjà attribués, qui font l'objet d'une résiliation, et dont la nature ne s'accommode pas avec les délais d'un nouvel appel d'offres ;

5- pour les opérations réalisées dans le cadre de la stratégie de coopération du Gouvernement, ou d'accords bilatéraux de financement concessionnels, de conversion de dettes en projets de développement ou de dons, lorsque lesdits accords de financement le prévoient. Dans ce cas, le service contractant peut limiter la consultation aux seules entreprises du pays concerné pour le premier cas ou du pays bailleur de fonds pour les autres cas.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 52. — Le service contractant consulte les entreprises ayant participé à l'appel d'offres, par lettre de consultation, avec le même cahier des charges, à l'exception des dispositions spécifiques à la procédure d'appel d'offres. Le service contractant peut réduire le délai de préparation des offres. Le cahier des charges n'est pas soumis à l'examen de la commission des marchés.

Dans le cas où le service contractant décide d'élargir la consultation à des entreprises qui n'ont pas participé à l'appel d'offres, il doit obligatoirement, publier l'avis de consultation, selon les formes prévues dans le présent décret. Le service contractant utilise le même cahier des charges, à l'exception des dispositions spécifiques à la procédure d'appel d'offres.

Lorsque le service contractant est contraint de modifier certaines dispositions du cahier des charges qui touchent aux conditions de concurrence, il doit le soumettre à l'examen de la commission des marchés publics compétente et lancer un nouvel appel d'offres.

La liste des études, fournitures et services spécifiques et travaux cités aux 2ème et 3ème tirets de l'article 51 ci-dessus, est fixée par décision de l'autorité de l'institution publique de souveraineté de l'Etat, du responsable de l'institution publique ou du ministre concerné, après avis de la commission des marchés de l'institution publique ou de la commission sectorielle des marchés, selon le cas.

Le recours par le service contractant au gré à gré après consultation, dans les cas prévus aux 2ème, 3ème, 4ème et 5ème tirets de l'article 51 ci-dessus, s'effectue par une lettre de consultation, sur la base d'un cahier des charges soumis, préalablement au lancement de la procédure, au visa de la commission des marchés compétente.

Pour les offres qui répondent aux besoins du service contractant, et qui sont jugées conformes substantiellement aux exigences techniques et financières prévues au cahier des charges, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres, par l'intermédiaire du service contractant, peut demander, par écrit, aux opérateurs économiques consultés, des clarifications ou des précisions sur leurs offres. Elle peut également leur demander de compléter leurs offres. Le service contractant peut négocier les conditions d'exécution du marché. Les négociations sont effectuées par un comité de négociation désigné et présidé par le service contractant, dans le respect des dispositions de l'article 5 du présent décret. Le service contractant doit assurer la traçabilité du déroulement de la négociation dans un procès-verbal.

Lorsque le service contractant recourt directement au gré à gré après consultation, et ne réceptionne aucune offre ou si, après évaluation des offres réceptionnées, aucune offre ne peut être retenue, la procédure est déclarée infructueuse.

L'attribution provisoire du marché doit faire l'objet d'une publication, dans les conditions fixées à l'article 65 du présent décret.

Dans les cas de prestations réalisées à l'étranger et de prestations revêtant un caractère secret, la publication de l'attribution provisoire du marché est remplacée par la saisine des opérateurs économiques consultés.

Le soumissionnaire consulté qui conteste le choix du service contractant peut introduire un recours dans les conditions fixées à l'article 82 du présent décret.

Pour tenir compte de la spécificité de certains marchés, notamment ceux exécutés à l'étranger, ceux conclus avec des artistes ou avec des micro-entreprises, dans les conditions prévues à l'article 87 ci-dessous, les services contractants peuvent y adapter le contenu du dossier administratif exigé des opérateurs économiques consultés.

Dans les cas où le service contractant recourt directement au gré à gré après consultation, il doit se référer à son fichier, établi dans les conditions fixées à l'article 58 ci-après.

Section 2

De la qualification des candidats et des soumissionnaires

Art. 53. — Quel que soit le mode de passation retenu, un marché ne peut être attribué par le service contractant qu'à une entreprise jugée apte à l'exécuter.

Art. 54. — Le service contractant doit vérifier les capacités techniques, professionnelles et financières des candidats et soumissionnaires, avant de procéder à l'évaluation des offres techniques.

L'évaluation des candidatures doit se fonder sur des critères non discriminatoires, en relation avec l'objet du marché et proportionnels à son étendue.

Art. 55. — La qualification peut revêtir le caractère d'un certificat de qualification ou d'un agrément obligatoire lorsqu'elle est prévue par des textes réglementaires.

Art. 56. — En vue d'une meilleure rationalisation du choix des soumissionnaires, lors de l'évaluation des candidatures, le service contractant s'informe, le cas échéant, de leurs capacités par tout moyen légal, auprès d'autres services contractants, des administrations et organismes chargés d'une mission de service public, des banques et des représentations algériennes à l'étranger.

Art. 57. — Tout soumissionnaire ou candidat, seul ou en groupement, peut se prévaloir des capacités d'autres entreprises dans les conditions prévues dans le présent article.

La prise en compte des capacités d'autres entreprises est subordonnée à l'existence entre elles, d'une relation juridique de sous-traitance, de co-traitance ou statutaire (filiale ou société mère d'un même groupe de sociétés), et à l'obligation de leur participation à la procédure de passation du marché public.

Dans le cadre d'un groupement momentané d'entreprises, le service contractant tient compte des capacités du groupement dans sa globalité. A ce titre, les membres du groupement ne sont pas tenus de justifier de l'ensemble des capacités exigées du groupement, dans le cahier des charges.

La capacité du sous-traitant présenté dans l'offre est prise en compte dans l'évaluation des capacités du soumissionnaire ou candidat.

Le montant minimum du chiffre d'affaires, le nombre de bilans et l'absence de références similaires ne doivent pas être des motifs pour rejeter les candidatures des petites et moyennes entreprises, telles que définies par la législation et la réglementation en vigueur, nouvellement créées, sauf si l'objet et la nature du marché l'exigent.

La propriété des moyens matériels ne doit être exigée que lorsque l'objet et la nature du marché la rendent nécessaire.

Art. 58. — Un fichier national des opérateurs économiques, des fichiers sectoriels et un fichier au niveau de chaque service contractant sont tenus et régulièrement mis à jour. Le contenu de ces fichiers ainsi que les conditions de leur mise à jour sont déterminés par arrêté du ministre chargé des finances.

Section 3

Des procédures de passation

Art. 59. — La recherche des conditions les plus adaptées aux objectifs assignés au service contractant, dans le cadre de sa mission, détermine le choix du mode de passation des marchés.

Ce choix relève de la compétence du service contractant agissant conformément aux dispositions du présent décret.

Art. 60. — Le service contractant doit motiver son choix à l'occasion de tout contrôle exercé par toute autorité compétente.

Art. 61. — Le recours à la publicité par voie de presse est obligatoire dans les cas suivants :

- appel d'offres ouvert ;
- appel d'offres ouvert avec exigence de capacités minimales ;
- appel d'offres restreint ;
- concours ;
- gré à gré après consultation, le cas échéant.

Art. 62. — L'avis d'appel d'offres doit comporter les mentions obligatoires suivantes :

- la dénomination, l'adresse et le numéro d'identification fiscale (NIF) du service contractant ;
- le mode d'appel d'offres ;
- les conditions d'éligibilité ou de présélection ;
- l'objet de l'opération ;
- la liste sommaire des pièces exigées avec un renvoi aux dispositions y afférentes du cahier des charges pour la liste détaillée ;
- la durée de préparation des offres et le lieu de dépôt des offres ;
- la durée de validité des offres ;
- la caution de soumission, s'il y a lieu ;
- la présentation des offres sous pli cacheté avec mention « à n'ouvrir que par la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres » et les références de l'appel d'offres ;
- le prix de la documentation, le cas échéant.

Art. 63. — Le service contractant tient à la disposition des entreprises le cahier des charges et la documentation prévue à l'article 64 ci-dessous. Le cahier des charges doit être retiré par le candidat ou le soumissionnaire ou leurs représentants désignés à cet effet. Dans le cas d'un groupement momentanément d'entreprises, le cahier des charges doit être retiré par le mandataire ou son représentant désigné à cet effet, sauf stipulations contraires dans la convention de groupement.

Cette documentation peut-être adressée au candidat qui en fait la demande.

Art. 64. — Le dossier de consultation des entreprises mise à la disposition des soumissionnaires, contient tous les renseignements nécessaires leur permettant de présenter des offres acceptables, notamment :

- la description précise de l'objet des prestations demandées ou de toutes exigences y compris les spécifications techniques, la certification de conformité et les normes auxquelles les produits ou services doivent satisfaire ainsi que, le cas échéant, les plans, dessins et instructions nécessaires ;

— les conditions à caractère économique et technique, et, selon le cas, les garanties financières ;

— les renseignements ou pièces complémentaires exigées des soumissionnaires ;

— la ou les langues à utiliser pour la présentation des soumissions et documents d'accompagnement ;

— les modalités de paiement et la monnaie de l'offre, le cas échéant ;

— toutes autres modalités et conditions fixées par le service contractant auxquelles doit être soumis le marché ;

— le délai accordé pour la préparation des offres ;

— le délai de validité des offres ou des prix ;

— la date et l'heure limite de dépôt des offres et la formalité faisant foi à cet effet ;

— la date et l'heure d'ouverture des plis ;

— l'adresse précise où doivent être déposées les offres.

Art. 65. — L'avis d'appel d'offres est rédigé en langue arabe et, au moins, dans une langue étrangère. Il est publié obligatoirement dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et, au moins, dans deux quotidiens nationaux, diffusés au niveau national.

L'avis d'attribution provisoire du marché est inséré dans les organes de presse qui ont assuré la publication de l'avis d'appel d'offres, lorsque cela est possible, en précisant le prix, les délais de réalisation et tous les éléments qui ont permis le choix de l'attributaire du marché public.

Les avis d'appels d'offres des wilayas, des communes et de leurs établissements publics sous tutelle portant sur des marchés de travaux ou de fournitures et d'études ou de services, dont le montant, suivant une estimation administrative, est égal ou inférieur, respectivement, à cent millions de dinars (100.000.000 DA) et à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA), peuvent faire l'objet d'une publicité locale selon les modalités ci-après :

* la publication de l'avis d'appel d'offres dans deux quotidiens locaux ou régionaux ; et

* l'affichage de l'avis d'appel d'offres aux sièges concernés :

— de la wilaya ;

— de l'ensemble des communes de la wilaya ;

— des chambres de commerce et d'industrie, de l'artisanat et des métiers, et de l'agriculture de la wilaya ;

— de la direction technique concernée de la wilaya.

Art. 66. — La durée de préparation des offres est fixée en fonction d'éléments tels que la complexité de l'objet du marché projeté et le temps normalement nécessaire pour la préparation des offres et leur acheminement.

Le service contractant peut, quand les circonstances le justifient, proroger la durée de préparation des offres. Dans ce cas, il en informe les soumissionnaires par tout moyen.

La durée de préparation des offres est fixée par le service contractant par référence à la date de la première publication de l'avis d'appel à la concurrence, lorsqu'elle est requise, dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP), la presse ou le portail des marchés publics. La date et l'heure limite de dépôt des offres et la date et l'heure d'ouverture des plis sont mentionnées dans le cahier des charges, avant sa remise aux soumissionnaires.

En tout état de cause, la durée de préparation des offres doit permettre à la concurrence, la plus large possible, de jouer pleinement.

La date et l'heure limite de dépôt des offres et la date et l'heure d'ouverture des plis des offres technique et financière correspondent au dernier jour de la durée de préparation des offres. Si ce jour coïncide avec un jour férié ou un jour de repos légal, la durée de préparation des offres est prorogée jusqu'au jour ouvrable suivant.

Dans le cas des procédures restreintes, la durée de préparation des candidatures, la date et l'heure limite de dépôt des candidatures et la date et l'heure d'ouverture des plis des dossiers de candidatures sont fixés dans les conditions prévues dans le présent article.

Art. 67. — Les offres doivent comporter un dossier de candidature, une offre technique et une offre financière.

Le dossier de candidature, l'offre technique et l'offre financière sont insérés dans des enveloppes séparées et cachetées, indiquant la dénomination de l'entreprise, la référence et l'objet de l'appel d'offres ainsi que la mention « dossier de candidature », « offre technique » ou « offre financière », selon le cas. Ces enveloppes sont mises dans une autre enveloppe cachetée et anonyme, comportant la mention « à n'ouvrir que par la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres - appel d'offres n°...l'objet de l'appel d'offres ».

1- Le dossier de candidature contient :

— une déclaration de candidature ;

Dans la déclaration de candidature, le candidat ou soumissionnaire atteste qu'il :

* n'est pas exclu ou interdit de participer aux marchés publics conformément aux dispositions des articles 75 et 89 du présent décret ;

* n'est pas en redressement judiciaire et que son casier judiciaire datant de moins de trois (3) mois porte la mention « néant ». Dans le cas contraire, il doit joindre le jugement et le casier judiciaire. Le casier judiciaire concerne le candidat ou le soumissionnaire lorsqu'il s'agit d'une personne physique, et du gérant ou du directeur général de l'entreprise lorsqu'il s'agit d'une société ;

* est en règle avec ses obligations fiscales, parafiscales et envers l'organisme en charge des congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique, le cas échéant, pour les entreprises de droit algérien et les entreprises étrangères ayant déjà exercé en Algérie ;

* est inscrit au registre de commerce ou au registre de l'artisanat et des métiers, pour les artisans d'art ou détenant la carte professionnelle d'artisan, en relation avec l'objet du marché ;

* a effectué le dépôt légal des comptes sociaux, pour les sociétés de droit algérien ;

* détient un numéro d'identification fiscale, pour les entreprises de droit algérien et les entreprises étrangères ayant déjà exercé en Algérie ;

— une déclaration de probité ;

— les statuts pour les sociétés ;

— les documents relatifs aux pouvoirs habilitant les personnes à engager l'entreprise ;

— tout document permettant d'évaluer les capacités des candidats, des soumissionnaires ou, le cas échéant, des sous-traitants :

a/ Capacités professionnelles : certificat de qualification et de classification, agrément et certificat de qualité, le cas échéant.

b/ Capacités financières : moyens financiers justifiés par les bilans et les références bancaires.

c/ Capacités techniques : moyens humains et matériels et références professionnelles.

2- L'offre technique contient :

— une déclaration à souscrire ;

— tout document permettant d'évaluer l'offre technique : un mémoire technique justificatif et tout autre document exigé en application des dispositions de l'article 78 du présent décret ;

— une caution de soumission établie dans les conditions fixées à l'article 125 du présent décret ;

— le cahier des charges portant à la dernière page, la mention manuscrite « lu et accepté ».

Pour tenir compte de la spécificité de certains marchés publics, notamment ceux exécutés à l'étranger et ceux conclus avec des artistes ou avec des micro-entreprises, dans les conditions prévues à l'article 87 ci-dessous, les services contractants peuvent y adapter le contenu du dossier administratif exigé des candidats ou soumissionnaires.

3 – L'offre financière contient :

— la lettre de soumission ;

— le bordereau des prix unitaires (BPU) ;

— le détail quantitatif et estimatif (DQE) ;

— la décomposition du prix global et forfaitaire (DPGF).

Le service contractant peut, en fonction de l'objet du marché et son montant, demander dans l'offre financière, les documents suivants :

— le sous-détail des prix unitaires (SDPU) ;

— le devis descriptif et estimatif détaillé (DDED).

Le service contractant ne doit pas exiger des soumissionnaires ou candidats des documents certifiés conformes à l'original, sauf exception justifiée par un texte législatif ou un décret présidentiel. Lorsque le service contractant est tenu d'exiger des documents originaux, il ne doit l'exiger que de l'attributaire du marché public.

Dans le cas des procédures alloties, le service contractant, ne doit pas exiger des candidats ou soumissionnaires de présenter autant de pièces identiques que de lot, sauf exception dûment justifiée.

Dans le cas du concours, l'offre contient en plus des plis du dossier de candidature, de l'offre technique et de l'offre financière, un pli des prestations, dont le contenu est précisé dans le cahier des charges.

Les modèles de la déclaration de probité, de la déclaration de candidature, de la déclaration à souscrire et de la lettre de soumission sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

Art. 68. — Le service contractant peut exiger des soumissionnaires d'appuyer leurs offres par des échantillons, prototypes ou maquettes, lorsque la comparaison des offres entre elles le rend nécessaire. Le cahier des charges doit prévoir les modalités de leur présentation, de leur évaluation et de leur restitution, le cas échéant.

Art. 69. — Les documents justifiant les informations contenues dans la déclaration de candidature sont exigés uniquement de l'attributaire du marché public, qui doit les fournir dans un délai maximum de dix (10) jours à compter de la date de sa saisine, et, en tout état de cause, avant la publication de l'avis d'attribution provisoire du marché.

Si les documents précités ne sont pas remis dans le délai requis ou s'il s'avère après leur remise qu'ils comportent des informations non conformes à celles figurant dans la déclaration de candidature, l'offre concernée est écartée, et le service contractant reprend la procédure d'attribution du marché.

Si après signature du marché, le service contractant découvre que des informations fournies par le titulaire du marché public sont erronées, il prononce la résiliation du marché aux torts exclusifs du partenaire cocontractant.

Art. 70. — L'ouverture, en séance publique, des plis des dossiers de candidatures, des offres technique et financière, intervient, pendant la même séance, à la date et à l'heure d'ouverture des plis prévues à l'article 66 du présent décret. Le service contractant invite l'ensemble des candidats ou soumissionnaires à participer à la séance d'ouverture des plis, selon le cas, dans l'avis d'appel à la concurrence ou par lettre adressée aux candidats ou aux soumissionnaires concernés.

Dans le cas des procédures restreintes, les dossiers de candidatures sont ouverts séparément.

Dans le cas de la procédure d'appel d'offres restreint, l'ouverture des plis des offres techniques ou des offres techniques finales et des offres financières se déroule en deux phases.

Dans le cas de la procédure du concours, l'ouverture des plis des offres techniques, des prestations et des offres financières s'effectue en trois (3) phases. L'ouverture des plis des prestations n'est pas publique.

Les plis des offres financières du concours ne sont ouverts qu'à l'issue du résultat de l'évaluation des prestations par le jury tel que prévu à l'article 48 du présent décret.

Le service contractant est tenu de mettre en lieu sûr, sous sa responsabilité, les plis des offres financières, jusqu'à leur ouverture.

Art. 71. — L'ouverture des plis est effectuée par la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres instituée par les dispositions de l'article 160 du présent décret.

A ce titre, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres, effectue les missions suivantes :

— constater la régularité de l'enregistrement des offres ;

— dresser la liste des candidats ou soumissionnaires dans l'ordre d'arrivée des plis de leurs dossiers de candidature de leurs offres, avec l'indication du contenu, des montants des propositions et des rabais éventuels ;

— dresser la liste des pièces constitutives de chaque offre ;

— parapher les documents des plis ouverts, qui ne sont pas concernés par la demande de complément ;

— dresser, séance tenante, le procès-verbal signé par tous les membres présents de la commission, qui doit contenir les réserves éventuelles formulées par les membres de la commission ;

— inviter, le cas échéant, par écrit, par le biais du service contractant, les candidats ou soumissionnaires à compléter leurs offres techniques, dans un délai maximum de dix (10) jours à compter de la date d'ouverture des plis, sous peine de rejet de leurs offres, par les documents manquants ou incomplets exigés, à l'exception du mémoire technique justificatif. En tout état de cause, sont exclus de la demande de complément tous les documents émanant des soumissionnaires qui servent à l'évaluation des offres ;

— proposer au service contractant, le cas échéant, dans le procès-verbal, de déclarer l'infructuosité de la procédure, dans les conditions fixées à l'article 40 du présent décret ;

— restituer, par le biais du service contractant, aux opérateurs économiques concernés, le cas échéant, leurs plis non ouverts, dans les conditions prévues par le présent décret.

Art. 72. — L'évaluation des offres est effectuée par la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres citée à l'article 71 ci-dessus.

A ce titre, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres effectue les missions suivantes :

— éliminer les candidatures et les offres non conformes au contenu du cahier des charges, établi conformément aux dispositions du présent décret et/ou à l'objet du marché. Dans le cas des procédures qui ne comportent pas une phase de présélection, les plis technique, financier et des prestations, le cas échéant, relatifs aux candidatures rejetées ne sont pas ouverts ;

— procéder à l'analyse des offres restantes en deux phases sur la base de critères et de la méthodologie prévus dans le cahier des charges.

Elle établit, dans une première phase, le classement technique des offres et élimine les offres qui n'ont pas obtenu la note minimale prévue au cahier des charges.

Elle examine, en tenant compte, éventuellement, des rabais consentis dans leurs offres, dans une deuxième phase, les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés techniquement.

— retenir, conformément au cahier des charges, l'offre économiquement la plus avantageuse, correspondant à l'offre :

1/ la moins-disante, parmi les offres financières des candidats retenus, lorsque l'objet du marché le permet. Dans ce cas, l'évaluation des offres se base uniquement sur le critère prix ;

2/ la moins-disante, parmi les offres pré-qualifiées techniquement, lorsqu'il s'agit de prestations courantes. Dans ce cas, l'évaluation des offres se base sur plusieurs critères parmi lesquels figure le critère prix ;

3 /qui obtient la note totale la plus élevée sur la base de la pondération de plusieurs critères parmi lesquels figure le critère prix, lorsque le choix est essentiellement basé sur l'aspect technique des prestations.

— proposer au service contractant, le rejet de l'offre retenue, s'il est établi que certaines pratiques du soumissionnaire concerné sont constitutives d'abus de position dominante du marché ou si elle fausserait, de toute autre manière, la concurrence dans le secteur concerné. Cette disposition doit être dûment indiquée dans le cahier des charges ;

— demander, par écrit, par le biais du service contractant, à l'opérateur économique retenu provisoirement dont l'offre financière globale ou dont un ou plusieurs prix de son offre financière paraissent anormalement bas, par rapport à un référentiel des prix, les justificatifs et les précisions jugées utiles. Après avoir vérifié les justifications fournies, elle propose au service contractant de rejeter cette offre si elle juge que la réponse du soumissionnaire n'est pas justifiée au plan économique. Le service contractant rejette cette offre par décision motivée ;

— proposer au service contractant de rejeter l'offre financière de l'opérateur économique retenu provisoirement, jugée excessive par rapport à un référentiel des prix. Le service contractant rejette cette offre, par décision motivée ;

— restituer, sans être ouverts, par le biais du service contractant, les plis financiers correspondant aux candidatures ou aux offres techniques éliminées, le cas échéant.

Dans le cas de l'appel d'offres restreint, le service contractant retient, conformément au cahier des charges, l'offre économiquement la plus avantageuse sur la base de la pondération de plusieurs critères.

Dans le cas de la procédure de concours, la commission d'ouverture des plis et d'évaluation des offres, propose au service contractant la liste des lauréats retenus. Leurs offres financières sont ensuite examinées pour retenir, conformément au cahier des charges, l'offre économiquement la plus avantageuse sur la base de la pondération de plusieurs critères.

Art. 73. — Le service contractant peut, pour des motifs d'intérêt général, pendant toute la phase de passation d'un marché public, déclarer l'annulation de la procédure et/ou l'attribution provisoire du marché. Les soumissionnaires ne peuvent prétendre à aucune indemnité dans le cas où leurs offres n'ont pas été retenues ou si la procédure et/ou l'attribution provisoire du marché public a été annulée.

Art. 74. — Lorsque l'attributaire d'un marché public se désiste avant la notification du marché ou refuse d'accuser réception de la notification du marché, le service contractant peut continuer l'évaluation des offres restantes, après avoir annulé l'attribution provisoire du marché, dans le respect du principe du libre jeu de la concurrence, des exigences du choix de l'offre économiquement la plus avantageuse et des dispositions de l'article 99 du présent décret.

L'offre du soumissionnaire qui se désiste du marché est maintenue dans le classement des offres.

Section 4

Des exclusions de la participation aux marchés publics

Art. 75. — Sont exclus, temporairement ou définitivement, de la participation aux marchés publics, les opérateurs économiques :

— qui ont refusé de compléter leurs offres ou se sont désistés de l'exécution d'un marché public avant l'expiration du délai de validité des offres, dans les conditions prévues aux articles 71 et 74 ci-dessus ;

— qui sont en état de faillite, de liquidation, de cessation d'activités, de règlement judiciaire ou de concordat ;

— qui font l'objet d'une procédure de déclaration de faillite, de liquidation, de cessation d'activités, de règlement judiciaire ou de concordat ;

— qui ont fait l'objet d'un jugement ayant autorité de la chose jugée et constatant un délit affectant leur probité professionnelle ;

— qui ne sont pas en règle avec leurs obligations fiscales et parafiscales ;

— qui ne justifient pas du dépôt légal de leurs comptes sociaux ;

— qui ont fait une fausse déclaration ;

— qui ont été inscrits sur la liste des entreprises défaillantes, après avoir fait l'objet de décisions de résiliation aux torts exclusifs de leurs marchés, par des services contractants ;

— qui ont été inscrits sur la liste des opérateurs économiques interdits de participer aux marchés publics, prévue à l'article 89 du présent décret ;

— qui ont été inscrits au fichier national des fraudeurs, auteurs d'infractions graves aux législations et réglementations fiscales, douanières et commerciales ;

— qui ont fait l'objet d'une condamnation pour infraction grave à la législation du travail et de la sécurité sociale ;

— qui n'ont pas respecté leurs engagements définis à l'article 84 du présent décret.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

Section 5

Du choix du partenaire cocontractant

Art. 76. — Sous réserve de l'application des dispositions du chapitre V du présent décret, relatif au contrôle des marchés, le choix du cocontractant relève de la compétence du service contractant.

Art. 77. — Un soumissionnaire ou un candidat, seul ou en groupement, ne peut présenter plus d'une offre par procédure de passation d'un marché public. Une même personne ne peut pas représenter plus d'un soumissionnaire ou candidat pour un même marché public.

Art. 78. — Les critères de choix du cocontractant et leurs poids respectifs, liés à l'objet du marché et non discriminatoires, doivent être obligatoirement mentionnés dans le cahier des charges de l'appel à la concurrence. Le service contractant doit s'appuyer, pour choisir l'offre économiquement la plus avantageuse :

1/ Soit sur plusieurs critères, entre autres :

— la qualité ;

— les délais d'exécution ou de livraison ;

— le prix, le coût global d'acquisition et d'utilisation ;

— le caractère esthétique et fonctionnel ;

— les performances en matière sociale, pour promouvoir l'insertion professionnelle des personnes exclues du marché du travail et des handicapés, et les performances en matière de développement durable ;

— la valeur technique ;

— le service après vente et l'assistance technique ;

— les conditions de financement, le cas échéant, et la réduction de la part transférable offertes par les entreprises étrangères.

D'autres critères peuvent être utilisés, à condition qu'ils soient spécifiés dans le cahier des charges de l'appel à la concurrence.

2/ Soit, lorsque l'objet du marché le permet, sur le critère prix uniquement.

Les capacités de l'entreprise ne peuvent faire l'objet d'un critère de choix. Il en est de même pour la sous-traitance.

Les moyens humains et matériels mis à la disposition du projet peuvent faire l'objet de critères de choix.

Dans le cadre des marchés publics d'études, le choix des partenaires cocontractants doit être principalement basé sur l'aspect technique des propositions.

Art. 79. — Le système d'évaluation des offres techniques doit être, quelle que soit la procédure de passation retenue, en adéquation avec la nature, la complexité et l'importance de chaque projet.

Art. 80. — Aucune négociation n'est autorisée avec les soumissionnaires dans la procédure d'appel d'offres. La négociation est autorisée uniquement dans les cas prévus par les dispositions du présent décret.

Toutefois, pour permettre de comparer les offres, le service contractant peut demander par écrit aux soumissionnaires, de clarifier et de préciser la teneur de leurs offres. La réponse du soumissionnaire ne peut, en aucune manière, modifier son offre ou affecter la concurrence.

Le service contractant peut également, après l'attribution du marché, et avec l'accord de l'attributaire du marché public, procéder à une mise au point du marché et à l'optimisation de son offre. Toutefois, cette opération ne peut, en aucune manière, remettre en cause les conditions de concurrence.

Art. 81. — Les candidats et les soumissionnaires peuvent présenter leurs candidatures et offres dans le cadre d'un groupement momentané d'entreprises, sous réserve du respect des règles relatives à la concurrence.

Les candidats et les soumissionnaires, dans le cadre d'un groupement momentané d'entreprises, peuvent se présenter sous la forme d'un groupement momentané d'entreprises solidaires ou d'un groupement momentané d'entreprises conjointes. Toutefois, lorsque la nature du marché public l'exige, le service contractant peut exiger des candidats et des soumissionnaires, dans le cahier des charges, de se constituer en groupements momentanés d'entreprises solidaires

Annexe n°2: Décret n° 97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaire. Journal officiel, 10/12/1997, n° 81, p. 21-27.

35. — Wilaya de Boumerdès :

Boumerdès-Thenia
Bordj-Menaiel
Dellys

36. — Wilaya d'El Tarf :

El Tarf
El Kala
Drean
Bouhadjar

37. — Wilaya de Tindouf :

Tindouf

38. — Wilaya de Tissemsilt :

Tissemsilt
Theniet El-Had
Bordj Bou-Naama

39. — Wilaya d'El Oued :

El Oued
El Meghaïer

40. — Wilaya de Khenchela :

Khenchela
Chechar
Kaïs

41. — Wilaya de Souk Ahras :

Souk Ahras
Sedrata

42. — Wilaya de Tipaza :

Tipaza
Gouraya
Koléa
Cherchell

43. — Wilaya de Mila :

Mila
Chelghoum Laïd
Ferdjioua

44. — Wilaya d'Aïn Defla :

Aïn Defla
Miliana
Khemis Miliana
El Attaf

45. — Wilaya de Naama :

Naama
Aïn Sefra

46. — Wilaya d'Aïn Témouchent :

Aïn Témouchent
Hammam Bou Hadjar
Beni Saf

47. — Wilaya de Ghardaïa :

Ghardaïa
Metlili
El Meniaa
Guerrara *

48. — Wilaya de Relizane :

Relizane
Oued Rhiou
Mazouna

★

Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son article 43;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, relative à la Cour des comptes;

Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996;

Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du grand Alger;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 19714, modifié, portant organisation du régime des études médicales;

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983 fixant le statut-type des instituts nationaux d'enseignement supérieur (INESSM) ;

Vu le décret n° 83-544 du 24 septembre 1983 portant statut-type des universités ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié et complété, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-312 du 7 septembre 1991 fixant les conditions de mise en jeu de la responsabilité des comptables publics, des procédures d'apurement des débits et des modalités de souscription d'assurance couvrant la responsabilité civile des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-05 du 4 janvier 1992 fixant les modalités d'affectation des revenus provenant de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leurs missions principales ;

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées, notamment son article 3 ;

Vu le décret exécutif n° 93-301 du 24 Jomada Ethania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant, à titre transitoire les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la Cour des comptes ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Décète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de fixer la liste et les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ci-après dénommés par abréviation "CHU".

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 2. — Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Art. 3. — Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

Art. 4. — Dans le cadre des missions prévues à l'article 3 ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

1) En matière de santé :

— d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;

— d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

— de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;

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

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire telles que fixées à l'article 5 du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé.

2) En matière de formation :

— d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

— de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

3) **En matière de recherche :**

— d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de la santé ;

— d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de la santé.

Art. 5. — La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 du présent décret porte sur l'ensemble des actes relatifs à :

— l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques du C.H.U.,

— la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants.

Elle porte également sur l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation et à la recherche en sciences médicales.

Art. 6. — Le décret de création du centre hospitalo-universitaire en fixe le siège ainsi que la consistance physique.

Toute modification de la consistance physique intervient dans les mêmes formes.

Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'enceinte de la structure siège du C.H.U., les structures de santé sont dotées de moyens matériels, financiers et humains individualisés en rapport avec leur mission.

Art. 7. — Pour accomplir ses missions de formation et de recherche en sciences de la santé, le centre hospitalo-universitaire peut passer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des conventions avec les établissements de santé ou tout autre organisme et ce, après avis du conseil scientifique de l'établissement.

Art. 8. — La création d'un centre hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre des principes directeurs de la planification sanitaire et de la formation en sciences médicales.

Art. 9. — La création d'un centre hospitalo-universitaire est subordonnée à :

— la disponibilité de ressources matérielles et d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, notamment de haut niveau, de formation graduée et post-graduée et de recherche ;

— l'existence d'infrastructures et d'équipements scientifiques, pédagogiques et techniques aptes à recevoir les enseignants et les étudiants.

Art. 10. — Le C.H.U. et l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales assurent conjointement la prise en charge des frais de formation en sciences médicales, selon des modalités arrêtées par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition des directeurs des établissements concernés.

Art. 11. — Le C.H.U. comprend des services et des unités.

La définition des services et unités hospitalo-universitaires est déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La création et la suppression des services et unités hospitalo-universitaires sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé des finances, sur proposition des directeurs du C.H.U. et de l'établissement d'enseignement supérieur concernés, après avis du conseil scientifique du C.H.U.

La définition du service et de l'unité de santé publique est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La création et la suppression des services et unités de santé publique sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des finances sur proposition du directeur du C.H.U., après avis du conseil scientifique.

TITRE II

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Art. 12. — Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil scientifique".

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif.

Chapitre I

Le Conseil d'administration

Art. 13. — Le conseil d'administration comprend :

* le représentant du ministre chargé de la santé, président;

* un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

* un représentant de l'administration des finances ;

* un représentant des assurances économiques ;

* un représentant des organismes de sécurité sociale ;

* un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire ;

* un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U. ;

- * un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs ;
- * un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- * un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- * un représentant des associations d'usagers ;
- * un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- * un représentant du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

Art. 14. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 15. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 16. — Le conseil d'administration délibère sur :

- * le plan de développement à court et moyen terme ;
- * le projet de budget de l'établissement ;
- * les comptes prévisionnels ;
- * le compte administratif ;
- * les projets d'investissements ;
- * les projets d'organigramme des services ;
- * les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- * les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- * les conventions prévues à l'article 7 ci-dessus ;
- * le projet de tableau des effectifs ;
- * le règlement intérieur de l'établissement ;
- * les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- * l'acceptation ou le refus des dons et legs.

Art. 17. — Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial côté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 18. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix (10) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 19. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée dans ce délai.

Chapitre II

Le directeur général

Art. 20. — Le directeur général du C.H.U. est nommé par décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Art. 21. — Le directeur général du C.H.U. est assisté d'un secrétaire général, de directeurs et, le cas échéant, de directeurs d'unités.

Le secrétaire général, les directeurs et les directeurs d'unités sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur du centre hospitalo-universitaire.

Un arrêté pris conjointement par les ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique déterminera l'organigramme du C.H.U. selon l'importance de ses activités.

Art. 22. — Le directeur général est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre :

- il représente le centre hospitalo-universitaire en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels du C.H.U., à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il est ordonnateur des dépenses du C.H.U. ;
- il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U. ;
- il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur du C.H.U. ;

- il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;
- il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse au ministre chargé de la santé, après approbation du conseil d'administration ;
- il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;
- il délègue, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

Chapitre III

Le conseil scientifique

Art. 23. — Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

- l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- les programmes de santé et de population ;
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- la création ou la suppression de structures médicales ;
- les conventions de formation et de recherche en sciences médicales.

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la répartition des personnels, en relation avec les activités des services.

Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 24. — Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Outre le président, le conseil scientifique comprend :

- les chefs de services, le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant et s'il y a lieu, les responsables d'unités de recherche ;
- deux (2) à trois (3) membres désignés par le directeur général du CHU parmi la communauté scientifique de l'établissement ;

— un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois (3) ans ;

— un paramédical désigné par le directeur général dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Art. 25. — Le conseil scientifique se réunit sur convocation de son président, ou du directeur général du centre hospitalo-universitaire, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du centre hospitalo-universitaire.

En cas d'absence du président, la réunion est présidée par le doyen des membres du conseil scientifique.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad-hoc*.

Art. 26. — Le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quel que soit le nombre des présents.

Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur.

Chapitre IV

Le comité consultatif

Art. 27. — Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique.

Art. 28. — le comité consultatif comprend, outre le directeur général, président :

- le président du conseil scientifique ;
- trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique.

Art. 29. — Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U. ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement.

Art. 30. — Le comité consultatif se réunit une fois par mois.

TITRE III

DISPOSITIONS FINANCIERES

Art. 31. — La nomenclature budgétaire du centre hospitalo-universitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 32. — Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent :

* les subventions de l'état, au titre de sa participation aux actions de soins, de prévention, de recherche médicale, de formation et de la prise en charge des démunis non assurés sociaux ;

* les subventions des collectivités locales ;

* les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;

* les dotations exceptionnelles ;

* les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;

* les recettes diverses ;

* les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;

* les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent :

* les dépenses de fonctionnement ;

* les dépenses d'équipement ;

* toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

Art. 33. — Le projet de budget est préparé par le directeur général du centre hospitalo-universitaire et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 34. — La qualité d'ordonnateur secondaire peut être conférée aux responsables des structures composant le centre hospitalo-universitaire par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'établissement.

Art. 35. — L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires et met à leur disposition des fonds pour la couverture des dépenses.

Art. 36. — L'ordonnateur principal et l'ordonnateur secondaire peuvent, sous leur responsabilité respective, déléguer leur signature.

Art. 37. — L'ordonnateur tient une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

La comptabilité des recettes retrace les créances constatées et liquidées, les ordres de recettes et les recouvrements.

La comptabilité des ordonnancements retrace le montant des crédits ouverts ou délégués, les ordonnances admises et les soldes disponibles.

Art. 38. — Les ordonnateurs secondaires sont tenus d'établir et d'adresser à l'ordonnateur principal des situations mensuelles des mandats de paiement admis en dépenses.

Art. 39. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 40. — Les comptes du centre hospitalo-universitaire sont tenus conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 41. — Le comptable agréé tient, en outre, une comptabilité générale, une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres et une comptabilité analytique devant permettre notamment, la maîtrise des différents coûts.

Art. 42. — La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

Art. 43. — Le comptable public du centre hospitalo-universitaire est le comptable principal.

Le comptable public de toute structure composant le centre hospitalo-universitaire est le comptable secondaire.

Art. 44. — Le comptable secondaire est agréé ou nommé par le ministre chargé des finances.

Art. 45. — L'exercice financier est ouvert le 1er janvier et clos le 31 décembre de l'année.

Les mandats et paiements peuvent être effectués jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES.

Art. 46. — La liste et la consistance physique des C.H.U. sont fixées en annexe du présent décret.

Art. 47. — Sont abrogées les dispositions du décret n° 86-25 du 11 février 1986, susvisé.

Art. 48. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997.

Ahmed OUYAHIA.

ANNEXE
LISTE DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

DENOMINATION	SIEGE	CONSISTANCE PHYSIQUE
CHU Mustapha	Hôpital Mustapha	Hôpital Mustapha Centre de santé "Léon Bernard" Unité de chirurgie infantile
CHU Beni-Messous	Hôpital de Beni-Messous	Hôpital de Béni-Messous
CHU Hussein-Dey	Hôpital Parnet	Hôpital Parnet Urgences centrales de Tripoli Laboratoire de Cytologie Unité "Boujema Moghni"
CHU Constantine	Hôpital Ben Badis	Hôpital Ben-Badis Hôpital de jour de Khroub Unité de chirurgie dentaire sise rue Si Abdellah (Casbah)
CHU Oran	Hôpital d'Oran	Hôpital d'Oran et unité d'urgences médico-chirurgicales Clinique Filaoucène Clinique Hamou Boutlelis Clinique Nouar Fadela Clinique Amilcar Cabral Clinique d'endocrinologie-Diabetologie Clinique dentaire
CHU Annaba	Hôpital Ibn Rochd	Hôpital Ibn Rochd Hôpital Ibn Sina Hôpital Dorban Clinique d'ophtalmologie Clinique de pédiatrie Clinique dentaire "EIYSA" Clinique "Saoula Abdelkader"
CHU Blida	Hôpital Frantz Fanon	Hôpital Frantz Fanon Clinique Mitidja Clinique Ben-Boulaïd Clinique Zabana
CHU Tizi-Ouzou	Hôpital Nedir Mohamed	Hôpital Nedir Mohamed Hôpital de Sidi-Belloua
CHU Batna	Hôpital de Batna	Hôpital Batna (Hôpital A)
CHU Sétif	Hôpital de Sétif	Hôpital de Sétif Clinique d'ORL et d'ophtalmologie Complexe mère et enfant
CHU Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi-Bel-Abbès Maternité urbaine
CHU Tlemcen	Hôpital de Tlemcen	Hôpital de Tlemcen
CHU Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued Clinique "Gharafa"

Annexe n°3: Une partie du cahier des observations du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou.

TITRE I : DEPENSES DE PERSONNEL

Crédits demandés : 2 700 000 000 ,00DA.

TITRE II : AUTRES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT

Crédits demandés :

CHAPITRE 1 : REMBOURSEMENT DE FRAIS

- Frais de mission et de déplacement à l'étranger : **2000.000,00 DA**
- Frais d'étude, d'expertise, d'interprétariat, d'avocats et d'huissiers de justice : **1 500 000,00 DA**
- Collecte, transport et traitements des déchets : **4 600 000.00 DA**

➤ **TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 1 : 8 100 000,00DA**

CHAPITRE 2 : FRAIS JUDICAIRES ET INDEMNITES DUES PAR L'ETAT

300 000.00 da : relatifs aux frais de justice des débits d'office

CHAPITRE 3 : MATERIEL ET MOBILIERS

Sous direction des services économiques :

Article 1 :Acquisition de matériel et mobilier de bureau

- Opération renouvellement du mobilier des services médicaux et administratifs Unités NEDIR et BELLOUA ; et la dotation des nouveaux box des urgences médicaux chirurgicaux , achat de Photocopieurs pour certains services médicaux et administratifs**11 000 000.00 DA**

Article 2 :Entretien du matériel et mobilier de bureau

- Entretien du matériel et mobilier de bureau endommagés.....**1 000 000.00DA**

Article 7:Acquisition de matériel et accessoires de cuisine, Equipements collectifs d'exploitation et de soutien

- Acquisition matériel et accessoires de cuisine, équipements collectifs d'exploitation et de soutien
- Le réaménagement d'une nouvelle buanderie pour l'unité BELLOUA nécessite l'acquisition d'un équipement complet et normé
- Achat des chariots de linge afin de doter les services médicaux
- Achat des chariots d'acheminement des repas pour certains services des unités Belloua et Nedir
- Achat d'une presse à café industriel pour préparer lait et café pour les malades

- Achat des barquettes en aluminium et film cellophane pour preparation des repas
- Achat des micro-ondes et réfrigérateurs pour certains services.....15 000 000.00 DA

Article 8 : entretien et réparation du matériel de cuisine, équipement collectif d'exploitation et de soutien.....2 500 000.00 DA

TOTAL CREDIT DEMANDE POUR CHAPITRE 3 : 29 500 000,00 DA

➤ **CHAPITRE 4 : FOURNITURES**

- **Article 1** :
Convention pour fournitures en papeterie7000 000.00 DA
- **Article 2** :
Convention pour la fourniture de bureau7 000 000.00 DA
- **Article 4** :
Produits d'entretien ménager15 000 000.00 DA (produits d'hygiène, sac poubelle pour DAOM, détachant et désinfectant pour la buanderie)
- **Article 5** :
Renouvellement de la literie de tous les services d'hospitalisation de l'unité Nedir et Belloua(draps couvertures,couettes, matelas)14 000000.00DA
- **Article 6** :
Marché pour frais de confection d'imprimés et divers documents..16 000 000.00 DA
- **CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 4 :59 000 000,00DA**

➤ **CHAPITRE 5 :HABILLEMENTS**

- **Article 1** : Habillements
- Renouvellement de l'habillement du personnel médical et paramédical et agent d'entretien09 000 000.00 DA
- **TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 5 :..... 09 000 000,00 DA**

CHAPITRE9 :FRAIS DE FORMATION DE PERFECTIONNEMENT, DE RECYCLAGE ET DE STAGE DES PERSONNELS

Article 1 :Frais de stage de courte durée a l'étranger (allocation d'étude, frais de voyage, frais d'inscription et de scolarité, frais de visa et d'assurance)2 500 000.00

Article 3 :Frais des examens et concours professionnels.....400 000.00 DA

➤ **TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 6 :..... 6 500 000.00DA**

CHAPITRE 10 :FRAIS LIES AUX CONGRES, SEMINAIRES, ET AUTRES MANIFESTATIONS SCIENTIFIQUES

Article 1 :Frais de déplacement et séjours à l'occasion des congrès, séminaires, jumelage et autre manifestation scientifiques.....6 000 000.00 DA

Article 2 : Frais liés à la prise en charge des délégations étrangères dans le partenariat et des échanges scientifiques.....400 000.00 DA

TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 10 :.....10 00 000.00DA

CHAPITRE11 : ALIMENTATION ET FRAIS DE RESTAURATION

ARTICLE 1 : ALIMENTATION150 000 000.00 DA

Dans le cadre de l'application de la circulaire N° 3, le centre hospitalo -universitaire de Tizi-Ouzou, a confectionné des menus diététiques spéciales pour la restauration des malades tout en respectant et en enrichissant les différents régimes préparés pour les malades.

CHAPITRE14 : DÉPENSES D' ACTIONS SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION

ARTICLE 3 :Matériel, produits et articles de l'hygiène hospitalière..... 7 000 000.00 DA

ARTICLE4Articles de protection4 000 000.00 DA

(Achat d'article de protection pour tous les agents du centre de traitement des (DASRI)

Aussi pour les agents de cellule d'hygiène)

ARTICLE 7 : Articles nécessaires à la gestion des DASRI (Déchets des activités de soins à risques infectieux).....6 000 000.00 DA

(Achat de chariots double soles spécial (DASRI), pour tous les services d'hospitalisations)

(Achat de sac jaune pour les DASRI)

TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 14 :..... 17 000 000.00 DA

CHAPITRE 18 : DÉPENSES LIÉES AU JUMELAGE ENTRE ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

ARTICLE 1 :frais de mission et déplacements 3 000 000.00 DA

TOTAL CRÉDITS DEMANDES CHAPITRE 18 : 3 000 000.00 DA

Dépense liées au jumelage entre établissements publics de santé

Annexe n°4 : La répartition du budget de fonctionnement de 2017 du C.H.U de Tizi-Ouzou par article entre les directions

Chapitre	Article	Libelle	La sous direction des ressources économiques	La sous direction des produits pharmaceutique, d'instrumentation et de consommables	La sous direction des équipements et infrastructure et de maintenances	La direction des finances et de contrôles
1		Remboursement des frais				
	1	Frais de mission et de déplacement à l'intérieur du territoire	1 100 000.00			
	2	Frais de mission et de déplacement à l'étranger			950000.00	
	3	Frais d'études, d'expertise, d'interprétariat, d'avocats et d'huissiers de justice	950000.00		-	
	4	Frais de transport du personnel de garde			-	
	5	Frais de transport, chargement, transit et dédouanement de matériel			-	
	6	Frais de réception			-	
	7	Frais de contrôle médical et de l'exploration				
	8	Frais de sépulture				
	9	Collecte, transport et traitement de déchets			1 000 000.00	
	10	Frais de transport à l'occasion du congé dans les départements du nord				
	11	exercice clos				
Total chapitre 1			2 050000.00		1 950 000.00	
2		Frais judiciaire et indemnités dues par l'Etat				
	1	Frais judiciaires et indemnités dues par l'Etat				400 000.00
Total chapitre 2						400 000.00
3		Matériels et mobiliers				
	1	Acquisition du matériel et de mobilier de bureau	4 000 000.00		5 000 000.00	
	2	Entretien de matériel et mobilier de bureau			-	

	3	Acquisition du matériel informatique et de logiciels			3 000 000.00	
	4	Entretien et réparation du matériel informatique			-	
	5	Prestation de services en informatique			-	
	6	Acquisition et réparation du matériel de prévention et de sécurité			-	
	7	Acquisition du matériel et accessoires de cuisine, équipement collectifs d'exploitation et de soutien	7 000 000.00		4 000 000.00	
	8	Entretien et réparation du matériel de cuisine, équipement collectifs d'exploitation			-	
	9	Acquisition et installation de matériels et accessoires de téléphone et de liaison			3 700 000.00	
	10	Acquisition du matériel audiovisuel	1 200 000.00		1 000 000.00	
	11	Entretien et réparation du matériel audiovisuel			-	
	12	Exercice clos				
Total chapitre 3			12 200 000.00		16 700 000.00	
4		Fournitures				
	1	Papeterie	4 000 000.00			
	2	Fournitures de bureau	8 000 000.00			
	3	Consommables informatiques			8 000 000.00	
	4	Produits d'entretien ménager	11 000 000.00			
	5	Achat, confection et entretien de lingerie et literie	7 000 000.00			
	6	Frais de confection d'imprimés et devers documents	10 000 000.00			
Total chapitre 4			40 000 000.00		8 000 000.00	
5		habillements				
		habillements	5 000 000.00			
Total chapitre 5			5 000 000.00			
6		Charges annexes				
	1	Eau, gaz, électricité, combustible et énergie solaire				30 000 000.00
	2	Frais de Pet T (redevue téléphonique, téléx, taxes diverses)			4 000 000.00 6 000 000.00	
	3	Dépenses d'abonnement internet			-	
	4	Documentation et abonnement aux revues périodiques			6 000 000.00	
	5	Frais d'insertion dans la presse			4 000 000.00	
	6	Frais d'assurances			-	

	7	Remboursement des frais de consommation domestique de gaz et d'électricité	-		-	
	8	Exercice clos			-	-
Total chapitre 6					20 000 000.00	30 000 000.00
7		Parc automobile				
	1	Acquisition et renouvellement du véhicule			4 020 000.00	
	2	Carburant et lubrifiant			2 500 000.00	
	3	Entretien et réparation du véhicules et achat de pièces de rechanges			2 500 000.00	
	4	Pneumatiques				
	5	Frais d'immatriculation et d'identification			-	
	6	Assurance véhicules			2 900 000.00	
	7	Frais d'acquisition de vignettes automobiles			50 000.00	
	8	Frais de contrôle technique des véhicules			30 000.00	
	9	Exercice clos			-	
Total chapitre 7					12 000 000.00	
8		Entretien et réparation des infrastructures				
	1	Entretien, réhabilitation et aménagement des infrastructures			92 100 000.00	
	2	Matériaux de constructions, quincaillerie, plomberie, électricité, chauffage			10 000 000.00	
	3	Entretien des espaces verts, des allés et espace communs			5 200 000.00	
	4	Exercice clos			-	
Total chapitre 8					107 300 000.00	
9		Frais de formation de perfectionnement, de recyclage et de stage des personnels				
	1	Frais de stage de courte durée à l'étranger (allocation des études, frais de voyage, frais d'inscription et de scolarité, frais de visa et d'assurances)	3 300 000.00			
	2	Frais de formation, de perfectionnement et de recyclage des personnels			-	
	3	Frais d'organisation des examens et concours professionnels			-	
Total chapitre 9			3 300 000.00			

10		Frais liés aux congés, séminaires et autres manifestation scientifiques				
	1	Frais de déplacement et de séjour à l'occasion des congés, séminaires, jumelage et autres manifestations	4 000 000.00			
	2	Frais liés à la prise en charge des délégations dans le partenariat et des échanges	50 000.00			
Total chapitre 10			4 050 000.00			
11		Alimentation et frais de restauration				
	1	Alimentation	121 000 000.00			
	2	Frais de restauration	-			
	3	Exercice clos	-			
Total chapitre 11			121 000 000.00			
12		Loyer				
	1	Loyers des logements de fonction			-	
	2	Loyers des locaux à usage administratif			-	
	3	Loyers des logements réservés aux praticiens spécialistes dans le cadre du civil	50 000.00			
Total chapitre 12			50 000.00			
13		Médicaments, produit pharmaceutiques et autres produit destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux				
	1	Médicaments		680 000 000.00		
	2	Réactifs et produit de laboratoire		310 000 000.00		
	3	Film et produits d'imagerie médicale et d'exploration		20 000 000.00		
	4	Objet de pansements		90 000 000.00		
	5	Gaz médicaux et autres		48 100 000.00		
	6	Instrumentations		70 000 000.00		
	7	Consommables et non tissé		302 000 000.00		
	8	Dispositifs médicaux et logiciels destinés au diagnostic, à la prévention et au ?		10 000 000.00		
	9	Produits et consommables dentaires		/		
	10	Autres produits destinés à la médecine humaine		6 000 000.00		
	11	Exercice clos		6 000 000.00		
Total chapitre 13				1542100000.00		

14		Dépenses d'actions spécifiques de prévention				
	1	Vaccins, sérums, réactifs de dépistage et milieux de culture		4 500 000.00		
	2	Médicaments et autres produits à usage préventif		-		
	3	Matériel, produits et articles d'hygiène hospitalière		-		
	4	Article de protection		-		
	5	Carnet de santé et imprimés divers		-		
	6	Laits médicaux et produits diététiques pour la protection maternelle et infantile		-		
	7	Article nécessaire à la gestion des DASRI (Déchets des activités de soins à risques infectieux)		-		
	8	Prestation dans le cadre de la gestion des DASRI (déchets des activités de soins à risques infectieux)		-		
	9	Exercice clos		-		
Total chapitre 14				4 500 000.00		
15		Acquisition et maintenance du matériel, accessoires et outillage médical				
	1	Acquisition du matériel médical			175 100 000.00	
	2	Acquisition d'ortiage médical			-	
	3	Acquisition d'accessoires médicaux et chirurgicaux			6 000 000.00	
	4	Mobilier médical			139 000 000.00	
	5	Matériel d'ergothérapie, de réadaptation, de réinsertion des malades et tests			-	
	6	Frais de maintenance et de réparation du matériel médical y compris les pièces de rechange			55 000 000.00	
	7	Exercice clos			-	
Total chapitre 15					250 000 000.00	
16		Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics aux titres des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière				
	1	Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée au titre des				

	2	malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière				60 000.00
	3	Remboursement des frais d'exploration avec les organismes publics				1 200 000.00
		Exercice clos				-
Total chapitre 16						1 260 000.00
17		Dépense de la recherche médicale				
	1	Consultation et honoraires d'experts participant à la recherche		-		
	2	Prestations liées à la recherche médicale				
		Achat et entretien matériel, mobilier, outillage scientifique et médicaments, autres produit de laboratoire et consommable				-
	3	Déplacement et missions dans le cadre de la recherche médicale				-
Total chapitre 17						
18		Dépenses liés au jumelage entre établissements publics de santé				
	1	Frais de missions et déplacements		-		
	2	Frais d'hébergements et de restauration	1 040 000.00			
	3	Frais liés aux médicaments et aux consommables médicaux		-		
Total chapitre 18			1 040 000.00			
Total général			188 690 000.00	154660000.00	415950000.00	31660000.00
%			8.64%	70.85%	19.06%	1.45%

Source : Etablis par nos soins à partir des données du C.H.U de T-O.

Annexe n°5 : une partie du cahier des charges relative à la fourniture des denrées alimentaires (les critères de qualité et exemple des critères d'évaluation des lots).

Partie 01 : Les critères de qualité

Lot N°01 : Fruits et légumes 1^{er} choix.

a. Fruits :

Les fruits doivent être frais et de premier choix, mûrs à point et parfaitement sains, fermes bien charnus, ils seront calibrés selon la demande du client.

La livraison de chaque espèce de fruit doit se faire suivant les saisons avec un engagement de livraison selon le bon de commande établie par le service contractant.

b. Légumes :

Les légumes doivent être frais et de premier choix, taillés et émondés, débarrassés de toutes les impuretés et des feuilles utilisées pour conserver leur fraîcheur lors de leur trajet.

Les légumes ne doivent en aucun cas être livrés mouillés.

NB : Pour le fenouil et l'artichaut la tige ne doit pas dépassée la poigné de la main.

Lot N°02 : Alimentation générale 1^{er} choix.

Les produits doivent être du 1^{er} choix et de fabrication récente et obéir aux normes de fabrications.

Ils doivent comporter toutes les indications nécessaires à leur identification, aux différents ingrédients utilisés pour leurs fabrications et nous renseigner sur la date de fabrication et de péremptionetc.

Lot N°03 : Viande Fraiche de veau1^{er} choix

- ❖ Dispositions communes à toutes les viandes de veau fraîches, constitué de veau, de belle couleur vive, dénotant la santé des animaux, revêtus d'estampillage à l'encre correspondant à la qualité du choix (1ere qualité) de l'abattoir public, accompagné du certificat du vétérinaire.
- Elles doivent être abattues moins de vingt quatre (24) heures avant d'être livrées.
- Elles doivent provenir des bêtes males auxquelles, seront fixés naturellement les nerfs attestant sexe masculin de bête abattue.
- Les livraisons seront faites par bêtes entières, partagé en deux demi bêtes, les masses volumineuses de graisses de l'intérieur seront enlevées,
- Les viandes citées sont livrées suspendues dans les camions frigorifiques ayant une température variant entre 2°C et 4°C.

➤ .Les viandes doivent provenir de bêtes de sexe masculin (mâles) auxquelles Seront fixées naturellement le nerf et les rognons attestant le sexe masculin des bêtes livrées.

- ❖ Les viandes rouges fraîche désossée sous vide doivent être de belle couleur vive, emballées, conservées dans un emballage alimentaire sous vide , à une température de moins (03°), les cartons doivent porter une date d'abatage inférieur à un (01) mois, munies d'un étiquetage (dénomination du produit, quantité nette du produit, nom et la raison sociale ainsi que l'adresse du conditionneur et de l'importateur, date de la mise sous vide et date limite de consommation du produit).

Les livraisons de viande rouges fraîche désossée sous vide doivent être accompagnées des certificats suivants :

- 1) Certificat d'importation de viande rouge fraîche désossée sous vide.
- 2) Certificat d'origine
- 3) Certificat d'abatage selon les rites musulman
- 4) Certificat d'analyse vétérinaire de la levée d'interdiction de la commercialisation.
- 5) Certificat d'analyse microbiologique.
- 6) Certificat de non radioactivité.
- 7) Certificat de la levée d'interdiction de la commercialisation délivré par l'institut pasteur d'Algérie

Lot N°04 : Viande blanche et œufs frais 1^{er} choix.

A) Poulet frais prêt à la cuisson ;

Le poulet doit être frais, abattu depuis moins de quarante huit (48) heures, bien déplumé, vidé, débarrassé des pattes, de la tête du gésier et de tous les abats (estomac, intestinsEtc.)

Le transport doit être effectué dans les conditions d'hygiène et de sécurité fixée par la législation régissant l'activité.

B) Œufs frais :

Les œufs doivent être frais et de calibre souhaité par le client, ceux jugés trop petits cassés, fissurés ou reconnus de mauvaise qualité sont refusés et resteront à la charge du fournisseur.

OBS : Seront catégoriquement refusés, de plein droit : Toutes livraisons de poulet dont les caractéristiques ne répondant pas aux caractéristiques de fraîcheur et de blancheur

Tout arrivage (de poulet) non livré dans des camions frigorifiques.

C) l'escalope de dinde fraîche

La dinde doit être fraîche, abattue depuis moins de quarante huit (48) heures, bien déplumée, vidée, débarrassée des pattes, de la tête du gésier et de tous les abats (estomac, intestinsEtc.)

Le transport doit être effectué dans les conditions d'hygiène et de sécurité fixée par la législation régissant l'activité.

Lot N°05 : Pain frais 1^{er} choix.

Le pain doit être du jour, d'un poids indiqué au devis quantitatif et estimatif, réalisé à partir de la farine de première qualité, bien cuit et d'une propreté irréprochable.

Les livraisons sont effectuées par les propres moyens du fournisseur selon un planning établi par le responsable des approvisionnements

Lot N°06 : Produits laitiers 1^{er} choix.

Les produits laitiers doivent être emballés comportant les informations nutritionnelles avec présence d'étiquetage et la date limite de consommation, la valeur énergétique exprimée en K calories, le taux ou la quantité de calcium doit être indiqué en (mg), le taux ou la quantité de matière grasse doit être exprimé en (gr)

Le transport doit être effectué dans les conditions d'hygiène et de sécurité fixée par la législation régissant l'activité

Lot N°07: Poisson frais 1^{er} choix

Le poisson doit être frais, provenant d'une pêche de moins de vingt quatre heures (24h), il ne présenter aucune trace d'altération ni dégager la moindre odeur ammoniacale, les branchies doivent être de couleurs rouge vif, les yeux pleins, brillant, vifs et jamais rentres ou opaques. Les grosses pièces pesant plus de 03Kgs sont livrées sans tête, sans nageoires et sans queue.

Tous les poissons sont pesés sans la glace utilisée, pour le maintien de leur fraîcheur durant leur transport.

Lot N° 08: Gâteaux et Viennoiseries 1^{er} choix (Micros-Entreprises)

Le gâteau et la viennoiserie doivent être frais du jour, propre, croustillant et bien cuits (dorés).

Ces denrées doivent être enveloppés et couvertes d'un papier destiné à cet effet et servira de protection contre la poussière et les polluants divers.

Ils doivent être livrés tôt (le matin) dans des paniers en osier ou en plastique et dont l'état d'hygiène exemplaire.

Le transport doit être effectué dans les conditions d'hygiène et de sécurité fixée par la législation régissant l'activité.

OBS : Seront catégoriquement refusés, de plein droit les non-conformes aux conditions sus citées ou jugées de mauvaise qualité.

Partie 02 : Les critères d'attribution (Evaluation des offres)

1ere phase : Evaluation techniques notée sur 60 points.

Les soumissionnaires seront classés en fonction de la note obtenue suivant le barème ci-après. La note maximale de soixante(60)points est l'addition des notes maximales attribuées au contenu de l'offre technique selon les critères suivants :

Lot N°01 : Fruits et légumes 1^{er} choix.

1)QUALITE DU SOUMISSIONNAIRE : 10 POINTS

Mandataire	Grossiste
<i>DIX POINTS</i>	<i>CINQ POINTS</i>
10	05

2) Moyens humains : 10 points

Le soumissionnaire est noté selon ses moyens humains, traduits par le nombre de travailleurs (manutention) dûment déclarés. La liste nominative des travailleurs doit être visée par la CNAS. La note sera attribuée comme suit:

Nombre des travailleurs	Note attribuée
Plus de 3 travailleurs	10 points
1 à 3 travailleurs	05 points

3)MOYENS DE TRANSPORT : 10 Points

(Justifié par des cartes grises et des attestations de contrôle technique en cours de validité)

<i>Véhicule utilitaire</i>	Propriétaire	
	<i>Un</i>	<i>Deux et plus</i>
	05	10

4)Moyens financiers : 10 points (moyennefinancière des trois derniers bilans)

Chiffre d'affaire des trois dernières années	≤15 000.000	>15 000.000 et égale à 20.000 000.00	> 20.000.000.00
	01	05	10

5) Références Professionnelles (attestation de bonne exécution) signées par les maîtres de l'ouvrages des établissements publics:10 points

Attestation de bonne exécution des trois dernières années	Une attestation	Deux attestations	Trois et plus
Note	02	04	10 points

6) Délai de livraison : Justifiés par un engagement de livraison : 10 points

- **< 24 heures10 points**
- **≥ 24 heures à 48 heures05points**
- **>48 heures00points**

Note maximum : 60 points

Note éliminatoire : moins de 30 points



Table des matières

Tables des matières

Remerciement	
Dédicace	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Résumé en arabe	
Résumé en kabyle	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Sommaire	
Introduction générale.....	A
Chapitre I : L'organisation hospitalière : de la complexité au management.....	1
Introduction.....	2
I-1 L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle.....	3
I-1-1 Le concept de l'organisation hospitalière.....	3
I-1-1-1 Définition et caractéristique de l'organisation hospitalière.....	3
I-1-1-2 Les composantes d'une organisation.....	5
I-1-1-3 L'approche systémique de l'organisation.....	6
I-1-2 L'hôpital : un modèle de bureaucratie professionnelle.....	7
I-1-2-1 Les caractéristique de la bureaucratie professionnelle.....	7
I-1-2-2 Description de la bureaucratie professionnelle.....	9
I-1-3 Les caractéristiques de l'organisation hospitalière.....	11
I-1-3-1 Les caractéristiques de l'organisation hospitalière.....	11
I-2 : La complexité et l'exercice du pouvoir à hôpital.....	13
I-2-1 L'hôpital : un système complexe.....	13
I-2-1-1 L'approche « système».....	14
I-2-1-2 La complexité au milieu hospitalier	15
I-2-1-3 Les éléments caractéristiques de la complexité des établissements de santé	17
I-2-2 La dynamique de fonctionnement de l'organisation hospitalière	19
I-2-2-1 La différenciation et l'intégration à hôpital.....	19
I-2-3 L'exercice du pouvoir à hôpital	21
I-2-3-1 Le pouvoir au sien de l'organisation.....	21
I-2-3-2 Le pouvoir au sein de l'hôpital.....	22

Tables des matières

I-3 Le management à hôpital.....	23
I-3-1 Le management : concepts de base et complexité.....	23
I-3-1-1 Définition.....	23
I-3-1-2 Les rôles du manager	24
I-3-1-3 Le processus managérial.....	26
I-3-1-4 La complexité du management au milieu hospitalier.....	27
I-3-2 L'apport du management à la santé.....	29
I-3-2-1 La réalité du management à hôpital.....	29
I-3-2-2 Les principaux travaux en management de la santé.....	31
Conclusion.....	34
Chapitre II : Le processus de la décision d'approvisionnement à hôpital.....	35
Introduction.....	36
II-I Le processus décisionnel au milieu hospitalier.....	37
II-1-1 Le concept de la décision.....	37
II-1-1-1 Des définitions complémentaires.....	37
II-1-1-2 Des caractéristiques spécifiques à la décision en santé.....	38
II-1-1-3 Des typologies diversifiées de la décision.....	39
II-1-2 Le processus décisionnel à l'hôpital.....	40
II-1-2-1 Définition et caractéristiques	41
II-1-2-2 Les phases de processus de décision.....	42
II-1-2-3 Les différentes rationalités du décideur.....	45
II-1-3 Le rôle du système d'information, de l'intuition dans la prise de décision	45
II-1-3-1 Le système d'information.....	47
II-1-3-2 Le rôle de l'intuition.....	50
II-2 De la logistique hospitalière à la logistique approvisionnement.....	51
II-2-1 La logistique hospitalière.....	51
II-2-1-1 Le concept de la logistique.....	52
II-2-1-2 La logistique hospitalière.....	52
II-2-1-3 L'impotence de la logistique dans le budget.....	54
II-2-2 La logistique approvisionnement.....	56
II-2-2-1 Définition et importance d'approvisionnement.....	56
II-2-2-2 La distinction entre la fonction achat et la fonction approvisionnement.....	58
II-2-2-3 La notion du besoin et du pouvoir adjudicateur.....	59

Tables des matières

II-2-3 La détermination des besoins du pouvoir adjudicataire.....	59
II-2-3-1 L'attribution et le niveau de la définition des besoins.....	60
II-2-3-2 Les modalités de la définition des besoins dans le marché public.....	60
II-2-3-3 La valeur estimative des besoins.....	67
II-3 L'achat public hospitalier.....	68
II-3-1 Les principes de l'achat public.....	68
II-3-1-1 Définition du service public hospitalier.....	68
II-3-1-2 Définition de l'achat public.....	69
II-3-1-3 Les principes de la commande publique	70
II-3-1-4 L'importance des achats hospitaliers.....	72
II-3-2 L'achat public : entre l'attribution et sa complexité au milieu hospitalier.....	72
II-3-2-1 Les modes de passation des marchés publics.....	73
II-3-2-2 Le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse.....	74
II-3-2-3 La spécificité d'achat public et la complexité de ce système à hôpital.....	75
II-3-3 La performance de l'achat public.....	77
II-3-3-1 Le concept de la performance.....	78
II-3-3-2 Les qualités spécifiques de l'acheteur public.....	79
II-3-3-3 Les conditions de la performance de l'achat public	80
Conclusion.....	82
Chapitre III : La contribution de la décision d'achat à la performance du CHU de T-O.....	83
Introduction.....	84
III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	85
III-1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de la recherche.....	85
III-1-1-1 Rappel de la problématique de la recherche.....	85
III-1-1-2 Rappel des objectifs de recherche.....	86
III-1-2 La méthodologie de recherche.....	86
III-1-2-1 Le choix de l'outil.....	87
III-1-3 Caractéristique de la population et de l'échantillon d'étude.....	88
III-1-3-1Caractéristiques de la population d'étude.....	88
III-1-3-2 L'échantillon d'étude.....	92

Tables des matières

III-2 L'organisation et la gestion administrative du CHU de T-O.....	92
III-2-1 La gestion administrative du CHU de T-O	93
III-2-1-1 Le directeur de l'hôpital.....	93
III-2-1-2 Le conseil d'administration.....	93
III-2-1-3 Le conseil scientifique.....	95
III-2-1-4 Le comité consultatif.....	95
III-2-2 Les directions de l'organisation administrative.....	96
III-2-2-1 La direction des ressources humaines.....	96
III 2-2-2 La direction des finances et du contrôle	97
III-2-2-3 La direction des moyens et matériels.....	99
III-2-2-4 La direction des activités médicales et paramédicales.....	99
III-2-3 La gestion des services économiques.....	100
III-2-3-1 Le bureau des approvisionnements	100
III-2-3-2 Bureau des inventaires.....	101
III-2-3-3 Bureau de restauration-hôtellerie.....	102
III-3 Analyse et interprétation des résultats.....	103
III-3-1 La spécificité de l'organisation hospitalière du C.H.U de Tizi-Ouzou.....	104
III-3-2 Les modalités de la détermination des besoins au C.H.U de Tizi-Ouzou.....	104
III-3-2-1 Les modalités de la définition globale des besoins du C.H.U de T- O.....	105
III-3-2-2 Les modalités de la définition des besoins satisfaits par la sous direction des services économiques.....	113
III-3-3 Le processus de la décision d'achat appliqué au CHU de T- O.....	115
III-3-3-1 Les phases de processus achat.....	115
III-3-3-2 Les contraintes et dysfonctionnement liés à la décision d'approvisionnement et d'achat au CHU de T-O.....	118
III-3-3-3 Evaluation du processus de la décision approvisionnement et d'achat du CHU de T-O.....	119
Conclusion.....	120
Conclusion générale.....	122
Bibliographie.....	127
Annexes	
Table des matières	