

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



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de  
**Magister en sciences économiques**  
**Option : Management des entreprises**

**Thème**

**Perspectives et modalités de mise en place d'un système de  
management de la qualité en milieu hospitalier**

Réalisé par :  
M<sup>r</sup> ARHAB Samir

Dirigé par :  
Pr. GUENDOUDI Brahim

Devant le jury composé de :

Président : - M<sup>r</sup> ALI-ZIANE Mohand Ouamer, Maitre de conférences A, U/Bouira

Rapporteur : - M<sup>r</sup> GUENDOUDI Brahim, Professeur, UMMTO.

Examineurs : - M<sup>r</sup> OUALIKENE Selim, Maitre de conférences A, UMMTO

- M<sup>r</sup> SALMI Madjid, Maitre de conférences B, UMMTO

Date de soutenance : 18 Juin 2015



## REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à l'aboutissement de ce travail de mémoire.

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de recherche, le Professeur GUENDOUDI Brahim, pour les nombreux conseils précieux qu'il m'a donné tout au long du déroulement de ce travail de recherche, pour le suivi efficace de mes avancements et pour son soutien au cours des différentes étapes qui rythment la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier l'ensemble des enseignants qui ont contribué à ma formation en particulier M. GUENDOUDI, M. OUSSALEM, M. DRIR, ainsi que tous les autres enseignants, grâce auxquels je suis aujourd'hui dans cette position.

Je remercie également l'ensemble des enseignants-chercheurs de l'UMMTO qui m'ont apporté leur précieuse aide tout au long de la réalisation de ce travail en particulier le professeur TESSA, Doyen de la faculté, M. AMIAR, M. MOKRANE. Ainsi que mes collègues et amis M. FIRLAS et M. SADOUDI.

Par ailleurs, je souhaite exprimer toute ma gratitude aux dirigeants et à tous les employés de l'EPH Ain El Hammam, en particulier M. ARHAB le Directeur de l'EPH, qui m'ont accueilli chaleureusement au cours de mon stage et qui m'ont fourni l'opportunité d'un terrain empirique à mes recherches.

Enfin, merci à mes parents, à mon âme sœur et à mes amis pour leur amour, leur confiance et leur soutien.

A mes très chers parents

A mon âme sœur

A mon frère et ma sœur

A mes amis

# SOMMAIRE

# Sommaire

---

Introduction générale .....	01
<b>Chapitre I : Cadre conceptuel et historique de la qualité</b>	
Introduction du chapitre .....	07
Section 1 : du contrôle au management de la qualité : une mise en perspective historique.	09
Section 2 : Le mouvement de la qualité hospitalière : fondement historique .....	23
Conclusion du chapitre.....	38
<b>Chapitre II : Système de management de la qualité : Fondements théoriques et principes essentiels</b>	
Introduction du chapitre .....	39
Section 1 : Fondements théoriques du management de la qualité .....	40
Section 2 : Principes essentiels d'un système de management de la qualité .....	45
Conclusion du chapitre .....	65
<b>Chapitre III : Les établissements publics hospitaliers et la réforme hospitalière en Algérie : un état des lieux</b>	
Introduction du chapitre .....	66
Section 01 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie : présentation, organisation et gestion .....	67
Section 02 : La réforme hospitalière en Algérie : vers un management de la qualité ? .....	82
Conclusion du chapitre .....	92
<b>Chapitre IV : Evaluation de la qualité et enquêtes de satisfaction : Cas de l'EPH Ain el Hammam</b>	
Introduction du chapitre .....	93
Section 01 : Présentation de l'établissement public hospitalier de Ain el Hammam .....	94
Section 02 : Enquêtes de satisfaction des clients internes et des clients externes .....	108
Conclusion du chapitre .....	125
Conclusion générale .....	126
Bibliographie .....	129
Liste des tableaux.....	134
Liste des figures .....	136
Table des matières .....	137
Annexes.....	145



## **Liste des signes et abréviations**

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**CHU** : Centre Hospitalo-universitaire

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité

**ISO** : Organisation Internationale de Normalisation

**MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**NQA** : Niveau de Qualité Acceptable

**PASS** : Programme d'Appui au Secteur de la Santé

**PEH** : Projet d'Etablissement Hospitalier

**TQM** : Total Quality Management

**UAP** : Unité d'Appui au Programme

**Résumé :**

Le secteur de la santé est un secteur névralgique et sensible, du fait que la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. L'hôpital public en Algérie est confronté à des contraintes et dysfonctionnements qui se répercutent directement sur la qualité des soins prodigués.

Confronté à ces contraintes, le ministère de la santé a engagé des réformes dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des soins à travers la modernisation de la gestion des établissements publics de santé.

L'objectif est d'évaluer à la fois la qualité des soins au sein des EPH en Algérie et les facteurs influençant cette dernière afin de confronter les réformes engagées par l'Etat quant à leurs capacités d'apporter des changements en matière d'amélioration de la qualité.

**Mots clés :**

Management de la qualité, hôpital public, réformes hospitalières, qualité des soins.

# **INTRODUCTION**

## **GENERALE**

Depuis quelques décennies « *le mouvement de la qualité* » qui a gagné l'ensemble des secteurs industriels, a traversé plusieurs étapes d'évolution. En effet ce mouvement a pris un essor considérable dans des industries dite stratégiques, telle que l'aéronautique, l'industrie spatiale, ou encore l'industrie nucléaire, puis comme un trainé de poudre il gagna le monde des services, puis les services publics. Tout au long de son évolution « le mouvement de la qualité » est passé du simple souci de la qualité du produit final, à une méthode de management systémique qui concerne pratiquement tous les aspects du management des organisations. La littérature décrit cette évolution par le passage du contrôle de la qualité au management par la qualité<sup>1</sup>.

L'idée d'importer du monde industriel des instruments de management portant sur la qualité a fait son chemin dans les services publics depuis quelques années. Le mouvement qui s'est ainsi créé a notamment pour ambition de développer des formes organisationnelles plus efficaces dans leur domaine d'activité.

L'hôpital, par sa principale mission de service public qui est de prodiguer les meilleurs soins aux patients, le poids et la gravité des notions de risque clinique et de sécurité des soins sont étroitement associées à toute réflexion sur la qualité. De ce fait les organisations hospitalières de par le monde se sont très vite engagées dans « le mouvement de la qualité ». Ainsi de profondes transformations organisationnelles se sont opérées au nom de la qualité avec l'introduction des techniques de gestion de la qualité issues du monde industriel, et le développement d'un dispositif d'accréditation des établissements de santé.

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Cependant sa perception et sa conception ont évolué à travers les années. Dans sa forme la plus récente la qualité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme : « *Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure,*

---

<sup>1</sup> G. CHEVALIER, « Elément de management public, le management public par la qualité », édition AFNOR, Paris 2009, p 182.

*de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Nous déduirons de cette définition que la qualité hospitalière ne se réduit pas seulement aux actes médicaux des professionnels de la santé, mais elle se généralise à l'ensemble des paramètres de l'organisation, cette logique est directement inspirée du modèle de management de la qualité.

Le management de la qualité est défini par les normes ISO comme un système permettant d'établir une politique et des objectifs, afin d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité<sup>2</sup>. La mise en place d'un tel système implique l'adoption d'un certain nombre de principes et de méthodes de management. De l'orientation client à l'amélioration continue en passant par l'approche processus, la démarche permettant de développer et de mettre en œuvre un système de management de la qualité comporte plusieurs étapes. Cependant, la réussite d'une telle démarche est tributaire de plusieurs facteurs à la fois endogènes et exogènes à tout organisme, en particulier lorsqu'il s'agit d'un organisme de santé publique. Se pose alors avec acuité la question de l'adaptation de ces principes, méthodes et démarche aux spécificités des organismes de santé.

Dans plusieurs pays, les établissements de santé publique sont pleinement engagés dans le modèle de management de la qualité. En effet, des lois et des textes législatifs sont émis, afin de protéger les citoyens et leur garantir l'accès à des soins de qualité adaptés à leurs besoins.

Le système de santé en Algérie souffre de plusieurs contraintes et dysfonctionnement. Ces dernières font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion, absence de choix des priorités des actions, etc.) et externe (liées aux problèmes d'environnement, de financement, de relation avec la tutelle, etc.). Ces contraintes et dysfonctionnement se répercutent directement sur la qualité des soins prodigués. La mauvaise prise en charge des malades au niveau des hôpitaux publics a toujours été décriée par le citoyen. Les longues files d'attente devant les urgences, les erreurs médicales, les infections

---

<sup>2</sup> Norme internationale ISO 9000 version 2000 « Système de management de la qualité : Principes essentiels et vocabulaire », 2<sup>ème</sup> édition, p8.

nosocomiales sont des indicateurs irréfutables de la médiocre qualité des soins en Algérie<sup>3</sup>.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements, le ministère de la santé a inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaire. Dans un souci de modernisation de la gestion et d'amélioration de la qualité des soins prodigués au sein des hôpitaux en Algérie, le MSPRH dans le cadre d'un partenariat avec l'union européenne a inscrit un mouvement de réformes dont certains axes sont au stade de l'étude.

### **Problématique**

Les réformes entreprises par le ministère de la santé et dont l'objectif est l'amélioration et la modernisation de la gestion des établissements de santé publique ont pour finalité l'amélioration de la qualité et de prise en charge des patients. Cependant en Algérie, dans l'administration actuelle des établissements hospitaliers publics, règne comme un rempart contre tout projet d'innovation managériale. Ainsi la question de l'émergence d'un système de management de la qualité, dans le secteur public hospitalier algérien relève d'un déficit colossal. Ainsi notre problématique s'articule autour de la question principale suivante :

### **Dans quelle mesure peut-on basculé du mode de gestion actuel des établissements publics de santé à un système de management de la qualité ?**

Afin de cerner notre problématique quelques questions subsidiaires en découlent à savoir :

- Quels sont les fondements et les principes d'un système de management de la qualité ?
- Quel est le mode d'organisation et de gestion des établissements de santé publique en Algérie ?

---

<sup>3</sup> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, « Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes », [www.santé.dz](http://www.santé.dz) consulté le 10 novembre 2014.

- Quels est l'étendue et les limites des réformes engagées par le ministère de la santé ?
- Quels sont les facteurs déterminants dans la mise en place d'un système de management de la qualité au sein des établissements de santé publique en Algérie ?

Ceci nous amène à posé l'hypothèse suivante :

### **Hypothèse**

Les réformes hospitalières engagées par le ministère de la santé ont pour objectifs l'amélioration et la modernisation de la gestion des établissements de santé publique en Algérie. Ces réformes constituent une première étape vers la mise en place d'un management de la qualité.

### **Objet de la recherche**

Notre travail à pour objet d'étudier les perspectives de mise en place d'un système de management de la qualité au sein des établissements de santé publique en Algérie. Ces derniers sont constituer de plusieurs catégories d'établissement (CHU, EHS, EPH, EPSP). Cependant, nous avons limité notre travail aux établissements publics hospitaliers (EPH). En effet, les EPH sont les structures les plus importantes dans le système de santé en Algérie, que ce soit en nombre de lits d'hospitalisation qui avoisine les 40000 lits, ou en termes d'activité. Cela est l'une des raisons qui nous ont motivés à orienter notre travail vers l'étude du cas des EPH.

### **Méthodologie**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons tout d'abord adopté une démarche descriptive basée sur des notions théorique, en donnant un aperçu historique sur l'évolution du mouvement de la qualité, de sa genèse au sein du monde industriel et par la suite sont adaptation au monde de la santé.

Nous avons également adopté la même méthode afin de présenter les fondements théoriques et les principes sur les quels se fonde le modèle du management de la qualité.

Afin d'atteindre cet objectif nous avons effectué des recherches bibliographiques, portant essentiellement sur :

- L'exploration des travaux qui traitent les questions liées au management de la qualité, aux organisations hospitalières et à la normalisation ;
- L'exploration des travaux universitaires, articles de revues, mémoires et thèses concernant le management de la qualité ;
- Des articles, des rapports et des statistiques établis par le ministère de la santé et les rapports du PASS ;
- Les textes juridiques portant sur l'organisation et la gestion des établissements de santé publique.

Pour la partie pratique de la présente recherche nous avons adopté la méthode analytique dans la réalisation d'une étude qualitative qui à pour objectif l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam qui nous a accueilli pour la réalisation de notre étude de cas.

Deux enquêtes quantitative ont été réalisé, la première au prés du personnels et la deuxième au prés des patients de l'EPH Ain el Hammam qui ont pour objectif de relever les facteurs qui influencent la qualité soins. Ces deux enquêtes ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire portant sur l'évaluation de la satisfaction des clients internes et des clients externe de l'EPH.

### **Plan d'exposition**

Pour la restitution des résultats de la présente recherche nous avons adopté un plan en quatre chapitres chacun est subdivisé en deux sections.

Le premier chapitre est consacré à l'étude du mouvement de la qualité, de sa genèse et de sont évolution en précisant les différente étapes que ce mouvement à

traversé. Quant à la deuxième section de ce chapitre elle sera consacré l'étude du mouvement de la qualité dans le monde de la santé et des organisations hospitalières.

Le deuxième chapitre nous conduira à présenter les fondements théoriques du management de la qualité dans une première section. Quant à la deuxième elle sera consacrée à exposer les différents principes de mise en place d'un système de management de la qualité.

Le troisième chapitre sera consacré au cas de l'Algérie, dans lequel nous exposerons le mode d'organisation et de gestion des établissements publics hospitaliers (EPH) ainsi que les différents dysfonctionnements et contraintes inhérent à ces établissements dans une première section et nous consacrerons la deuxième aux réformes hospitalières de 2006 à leurs missions et objectifs.

Enfin dans le quatrième et dernier chapitre nous exposerons notre étude de cas et ses principaux résultats à travers une enquête qualitative qui à pour objet, l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam ainsi qu'une double enquête quantitative qui à pour objet d'évaluer la satisfaction des clients internes et des clients externe de l'EPH dont l'objectif est d'isoler les facteur qui influencent la qualité des soins.

**Chapitre I :**  
**Cadre conceptuel et**  
**historique de la**  
**qualité**

**Introduction**

Si l'on se base sur la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) du terme qualité, à savoir « *Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* », On peut en conclure, que les activités médicales et soignantes sont au centre de toute réflexion sur la qualité hospitalière. Cependant, cette définition élargie le concept de la qualité à l'ensemble des fonctions de l'organisation hospitalière, en incluant la maîtrise des coûts, la gestion des risques et la satisfaction des usagers au sens le plus large.

Selon la définition de l'OMS, la qualité est définie dans le cadre d'une approche global et multi-professionnelle. Ainsi, certaines dimensions de la qualité des soins ne peuvent reposer uniquement sur l'engagement des professionnels de soins. Selon cette approche, la perception de la qualité y est systémique et totale par rapport à l'organisation hospitalière. Cette approche de la qualité est le fruit d'une longue évolution historique, qui a pris son essor dans le monde industriel avant de gagner le monde de la santé.

Le développement des démarches qualité à l'hôpital est directement lié au mouvement qualité qui a pris un essor considérable dans l'industrie. Ce mouvement, quoique ciblé vers un objectif commun comprend plusieurs courants qu'il est important d'identifier. Aujourd'hui, les démarches qualité n'ont été transférées vers le secteur hospitalier que d'une façon fragmentaire et localisée. La difficulté de ces transferts réside dans l'adaptation des concepts, des méthodologies et des outils au contexte spécifique des établissements de soins, en termes de culture et de terminologie notamment.

## Chapitre I : Cadre conceptuel et historique de la qualité

---

A travers ce chapitre nous tenterons d'analyser, l'évolution historique du mouvement de la qualité et d'identifier ses principales étapes, d'abord dans le monde industriel où ce mouvement a pris racines. Par la suite, nous analyserons avec le même regard sa déclinaison au sein des organisations hospitalières. Pour ce faire nous avons retenu le cheminement ci-après :

Section 1 : du contrôle au management de la qualité : une mise en perspective historique ;

Section 2 : Le mouvement de la qualité hospitalière : fondement historique.

## Section 1 : du contrôle au management de la qualité : une mise en perspective historique

### 1. L'inspection de la qualité

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la perception de la qualité comme un souci d'inspection, découle du modèle de la firme taylorienne avec l'émergence du *scientific management*, théorisé aux Etats-Unis par F.W. Taylor en 1911<sup>4</sup> et repris dans la littérature francophone sous le terme d'Organisation Scientifique du Travail (OST). Les règles d'or de l'OST peuvent se résumer dans la trilogie : observer, standardiser et inspecter<sup>5</sup>.

- Observer les gestes des ouvriers afin de déterminer leur cohérence par rapport au but poursuivi, la production ; et de ce fait, décomposer le système productif en tâches aussi élémentaires que possible.
- Standardiser à partir des observations précédentes afin de proposer la meilleure façon de faire assurant l'efficacité de la production (Taylor définit une *one best way* à partir duquel les comportements et l'organisation doivent s'ajuster).
- Inspecter le travail effectué par rapport aux standards de production scientifiquement établis, et le maintenir au sein des limites de tolérance correspondantes.

La qualité est, dès lors, la conséquence d'une organisation scientifique du travail. Elle se réfère à des normes universelles. A ce titre il y a lieu de signaler que les organismes de normalisation sont fondés au moment où émerge et se généralise le taylorisme : le BSI (*British Standard institution*) en 1901, le DIN (*Deutsches institut für Normung*) en 1917, ou encore l'AFNOR (Association Française de normalisation).

Quand à la gestion de la qualité dans la firme taylorienne, elle se conçoit qu'au travers de normes préétablies : elle se concrétise essentiellement par une inspection permettant d'établir la conformité entre les tâches accomplis par les ouvriers et l'ordre

---

<sup>4</sup> L'ouvrage de référence de F.W. Taylor « The principles of scientific management » est publié en 1911 aux Etats-Unis.

<sup>5</sup> P.Y. Gomez, « Qualité et théorie des conventions », Edition Economica, Paris 1994, P 16.

scientifique émanant des ingénieurs. Un corps d'employés, les inspecteurs, est alors créé, chargé du contrôle disciplinaire sur les différentes étapes ordonnées de la production.

Cependant, il est important de noter que ces systèmes socio-techniques tayloriens d'inspection de la qualité ne sont en aucun cas déterminés par l'attente des utilisateurs des produits fabriqués car non issus d'une confrontation avec le marché, et ceci pour deux raisons essentiels :

- Le rapport d'échange se situe du côté de l'offre et de la production. L'entreprise a pour mission de fabriquer, au moindre coût, des produits en conformité avec des cahiers des charges définis entre ingénieurs uniquement (clients et fournisseurs).
- Jusqu'aux années 1930, la production en grandes séries concerne principalement les secteurs des biens intermédiaires et rarement ceux des biens de consommation courante. Elle met donc d'avantage en relation des entreprises entre elles, que des entreprises et des consommateurs finaux.

## **2. Le contrôle de la qualité**

### **2.1. La remise en cause de l'inspection unitaire**

De 1900 à 1930, le développement économique, favorise l'émergence d'un réel « marché de masse », la production augmente et avec elle l'importance des séries fabriquées. Avec l'intensification de la production à grande échelle, le maintien de la qualité par inspection est, en effet, d'autant plus difficile que, d'une part, le nombre de pièces et de salariés à contrôler s'accroît et que, d'autre part, l'organisation taylorienne du travail parcellise les tâches et, avec elles, les responsabilités.

Ainsi l'inspection de la qualité à grande échelle s'avère coûteuse. Les défauts de fabrication s'accumulent non seulement de manière linéaire mais exponentielle. A grande échelle, la démarche scientifique de Taylor se heurte donc à un coût qui met en

cause sa pertinence comme moyen pour réduire les coûts globaux de production<sup>6</sup>. C'est dans ce contexte que s'instituent les recherches sur le contrôle de la qualité.

### 2.2. L'émergence du contrôle statistique de la qualité

C'est au début des années 1920, que la notion de contrôle de la qualité (*Quality Control*) émerge aux Etats-Unis, au sein de l'American Bell Telephone Company et de sa filiale la Western Electric Company<sup>7</sup>, en lançant un programme de recherche sur l'analyse statistique des défauts de qualité. Il se traduira par la publication, en 1931 par l'ingénieur W.A. Shewhart, de l'ouvrage de référence en la matière<sup>8</sup>. Ce programme de recherche est relayé par des universitaires américains, notamment W.E. Deming, H.F. Dodge.

Le contrôle de la qualité se conçoit toujours comme une réponse de type scientifique aux problèmes posés par le coût de l'inspection. Les recherches effectuées à la Bell Telephone Company par W.A. Shewhart ont abouti à la conception d'un graphique de contrôle permettant la maîtrise statistique de la qualité des fabrications. Le principe de son utilisation repose sur deux notions nouvelles et centrales, le *niveau de qualité acceptable (NQA)* et les *limites de contrôle*, dont les mises en œuvre communes peuvent être résumées de la manière suivante :

- Le NQA correspond à un pourcentage toléré de produits défectueux, déterminé à partir d'un arbitrage coût/bénéfice : en effet plus le pourcentage de produit défectueux est faible, plus le plan d'échantillonnage statistique correspondant devra être coûteux, car la fréquence et la taille de l'échantillonnage devront être d'autant plus importantes.
- Les limites de contrôle correspondent aux limites que les caractéristiques des échantillons prélevés ne devront pas dépasser, et ce pour garantir statistiquement que le reste de la production est inscrit au sein des tolérances de la qualité du produit, à l'exception bien entendu du pourcentage accepté de défauts (le NQA). Par ailleurs,

---

<sup>6</sup> Idem, P20.

<sup>7</sup> J. LERAT-PYTLAK, « Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale », thèse de doctorat en sciences de gestion, université de Toulouse, décembre 2002, p 23.

<sup>8</sup> W. A. Shewhart, « *Economic control of quality of manufactured product* », D. Van Nostrand Company, 1931.

tout résultat en dehors des limites de contrôle indique l'existence d'une cause assignable à éliminer, afin de rétablir le processus « sous contrôle ».

Dans la firme, le contrôle de la qualité apparaît comme un processus analytique, il renseigne sur les probabilités d'erreurs et limite ainsi leur nombre. Cette démarche témoigne du maintien de la logique scientifique tayloriste dont la définition de la qualité, la gestion de celle-ci demeure entre les mains des ingénieurs, avec l'apparition d'un nouveau corps de métier, les « ingénieurs qualitatifs ».

### **2.3. Les limites du contrôle statistique de la qualité**

Le contrôle de la qualité accepte l'idée que le défaut est inévitable. La conception de la qualité en elle-même ne fait pas référence au client : le niveau de qualité acceptable (NQA), issu de raisonnements scientifiques et économiques, est déterminé par des ingénieurs et non imposés par les clients. Pourtant, la raison économique qui définit le seuil de tolérance ne relève pas d'une universalité scientifique mais bien de l'intérêt de l'entreprise à minimiser ses coûts d'inspection. Dès lors, le NQA laisse planer une ambiguïté : qui, en effet, définit ce qui est acceptable ? Nous verrons dans notre paragraphe sur l'assurance de la qualité que c'est le client désormais qui joue ce rôle.

Notons également, que contrôler la qualité du produit consiste à en vérifier l'état. Cette opération se traduit par la séparation des tâches de production et de contrôle. Le contrôle en bout de chaîne est réalisé par des bureaux d'études qui prélèvent des échantillons de produit et les compare à la prévision en utilisant des méthodes statistiques. Cette méthode était répandue dans une époque où le marché notamment aux Etats-Unis était un marché acheteur, il s'agissait de produire en quantité pour répondre à la demande. A partir de la fin de la seconde guerre mondiale, dans la lancée des travaux de W. E. Deming, on se rend compte que le contrôle en bout de chaîne coûte très cher et l'on cherche à prévenir les défauts de fabrication le plus en amont possible, en particulier dans les industries complexes, de ce fait on va donc remonter le long de la chaîne de production pour tenter d'éviter un très grand écart à sa

fin. C'est ainsi qu'émerge une nouvelle conception de la qualité, la « Qualité-assurance ».

### 3. L'assurance de la qualité

#### 3.1. L'émergence de la focalisation client

Comme conséquence du mode de croissance keynésien, initialisé suite à la crise économique de 1929 puis accéléré à l'issue de la seconde guerre mondiale, une modification progressive du rapport d'échange entre producteurs et consommateurs s'opère : à une production de masse répond une consommation de masse. Tout d'abord aux Etats-Unis, puis quelques années plus tard en Europe occidentale et au Japon.

Les consommateurs, de plus en plus nombreux et anonymes, achètent des produits de plus en plus nombreux et différents. La société de consommation conduit alors à une contrainte double sur l'évaluation de la qualité de la production. D'une part elle implique un accroissement constant des biens et services offerts sur le marché et absorbés par la hausse des revenus des ménages. D'une autre part elle fait disparaître le lien entre les acteurs de l'échange. A la proximité de l'artisan et du petit commerce, fait place l'anonymat de la production à échelle planétaire et de la grande distribution. Ces contraintes confrontent alors les producteurs à la question suivante : comment ajuster leurs offres à une clientèle qu'ils ne peuvent connaître en détail<sup>9</sup> ?

Pour évaluer la qualité, les entreprises sont ainsi confrontées à la nécessité de dénouer le dilemme suivant :

- Soit la qualité est établie par le client, mais comment le connaître sur un marché de masse ?
- Soit la qualité est établie par l'entreprise, mais comment concilier la raison qui doit animer la production et la multiplicité des comportements de consommation ?

Parallèlement, l'accroissement régulier du secteur des services au sein de l'économie conduit, à partir des années 1950, à des évolutions progressives dans la manière avec laquelle les théoriciens précurseurs de la qualité, tels que J.M. Juran,

---

<sup>9</sup> P.Y. Gomez, Op. Cite. P 24.

A.V. Feigenbaum et W.E. Deming appréhendent la place du client au sein du concept de qualité. Ainsi le client est supposé orienter l'activité économique par des désirs qu'il s'agit de les satisfaire. Il est postulé que le client a des besoins, et que le but de la production consiste à les reconnaître afin de les satisfaire. C'est alors que naît le marketing comme domaine nouveau de la gestion.

### **3.2. La qualité comme assurance, une logique préventive**

Le concept d'assurance qualité émerge avec les travaux de J.M. Juran et W.E. Deming<sup>10</sup>. Avec l'émergence progressive de la focalisation client, l'assurance de la qualité se caractérise par la réorientation de la démarche vers l'extérieur, dans le but de donner confiance au client. La qualité prend alors l'aspect d'un contrat entre producteurs et consommateurs. L'entreprise s'engage implicitement ou explicitement à produire des biens et des services qui répondent aux attentes de sa clientèle. Elle met en œuvre tous les moyens de contrôle et de correction de manière à garantir au client que le maximum est fait pour lui.

Les auteurs de la qualité-assurance proposent des procédures de contrôle, des dispositifs préventifs de manière qu'à tous les niveaux de la production, la qualité soit confirmée. Dès lors, la qualité n'est plus considérée comme une affaire de contrôle en bout de chaîne de fabrication, mais plutôt comme un dispositif préétabli et systématique centré sur les processus.

Dès lors, l'objectif de satisfaction du client au moyen de processus fiabilisés constitue une évolution profonde, car il marque le passage d'une qualité centrée sur le produit à une qualité centrée sur les processus de production. Cette volonté de maîtrise se traduit essentiellement par :

- L'identification et la formalisation des processus, des tâches qui y concourent et des responsabilités respectives des acteurs, notamment par la rédaction et la mise en application d'une documentation appropriée et régulièrement actualisée.

---

<sup>10</sup> J.M. Juran, « Quality Control Handbook », 1951; W.E. Deming, « Samples design in Business Research », 1960.

- La définition et l'utilisation d'indicateurs qui témoignent du fonctionnement des processus et qui permettent de les piloter, c'est-à-dire qui permettent de mettre en œuvre si nécessaire des actions préventives et correctives adaptées, et ce, en prévention de l'apparition de produits défectueux.
- La mise en œuvre régulière de revues par la direction et d'audits permettant de maintenir le système efficient, de l'ajuster aux évolutions et de procéder à des améliorations.

La particularité fondamentale de l'assurance qualité réside dans sa raison d'être, la confiance qu'elle est censée donner au client quant aux capacités de l'entreprise à satisfaire ses besoins. Ainsi le client est appelé, comme nous l'avons expliqué précédemment, à participer à la définition de la qualité. Cette logique de focalisation client introduit une nouvelle idée complémentaire celle d'amélioration continue. Ainsi l'assurance qualité ne se réduit pas à une stricte vision déterministe de la production, car demeurer attentif aux mutations des exigences du client exige une amélioration continue des processus de fabrication.

Il faut cependant noter que l'apparition de l'assurance qualité a conduit à la mise en place de nombreux dispositifs préventifs, sous forme de procédures de contrôle de qualité à tous les niveaux des processus de production. Ces méthodes ont engendré dans bon nombre de cas des conceptions et des pratiques formalistes, voir bureaucratiques, se traduisant par des consignes et procédures élaborées par des experts et des bureaux d'études, sans l'association du personnel concerné. Cet excès de documentation non intégré à la réalité organisationnelle a été la source de plusieurs dysfonctionnements notamment de coordination.

En effet, certains auteurs, tel J.M. Juran et A.V. Feigenbaum, considèrent que l'assurance qualité nécessite une nouvelle fonction d'ingénieur, pour couvrir des missions telles que : planification, coordination entre services, détermination des standards, évaluation..., leur argument est que ces missions requièrent bien plus que les compétences précédentes de statistiques puisqu'elles relèvent d'un savoir-faire de

management<sup>11</sup>. Dès lors les premières pierres d'un courant nouveau sont posées qui est celui de la qualité totale.

### 4. La qualité totale

Dans le concept d'assurance qualité, que nous avons développé précédemment se trouvent en effet les prémisses de ce que l'on appelle aujourd'hui la qualité totale. On y trouve les caractéristiques suivantes :

- Le contrôle de la qualité doit démarrer dès la conception du produit pour se terminer à la livraison au client.
- Le contrôle de la qualité concerne toutes les personnes impliquées dans le processus de fabrication.

Il on ressort que l'assurance qualité, telle que définie par ses théoriciens précurseurs, constitue bien le socle conceptuel d'une nouvelle conception de la qualité qui s'est développée dès les années 1950 au Japon et par la suite s'est généralisé dans le monde sous l'appellation : *Total Quality Management* (TQM).

#### 4.1. Les origines de la qualité totale et l'apport de l'école japonaise

Après la seconde guerre mondiale, dans le but de participer à la reconstruction du pays, le Japon avait formé divers groupes de travail industriels et scientifiques, l'un d'eux en particulier qui prit le nom de *Japanese Union of Scientists and Engineers* (JUSE), qui comprend que la survie du Japon dépend de l'exportation et que dans la compétitivité internationale la qualité constituera un atout majeur, développera alors un vaste programme de promotion de la qualité<sup>12</sup>. C'est ainsi que la JUSE invita W.E. Deming dès le début des années 1950 afin de mener un cycle de conférences axé sur le contrôle statistique et sur les méthodes préventives de l'assurance de la qualité. Il est d'abord orienté vers les dirigeants, puis vers les ingénieurs et les techniciens.

Ensuite c'est J.M. Juran qui à son tour est invité par la JUSE pour dispenser des cours de management. Les bases de son enseignement sont construites à partir des

---

<sup>11</sup> P. Hermel, « Qualité et management stratégiques », édition d'organisation, Paris 1989, p 30.

<sup>12</sup> R. FEY et J.M. GOGUE, « La maîtrise de la qualité industrielle », Les Editions d'Organisation, Paris 1984, p 24.

problèmes concrets de qualité qu'il avait été amenés à devoir résoudre. Pour J.M. Juran « l'obstacle majeur à l'amélioration de la qualité aux Etats-Unis se situait dans les barrières organisationnelles qui correspondaient au cloisonnement entre départements »<sup>13</sup>.

Parallèlement aux Etats-Unis, à la fin des années 1950, de nouvelles notions relatives à l'assurance qualité émergent. A.V. Feigenbaum élargit le principe de prévention organisée de J.M. Juran en l'étendant à l'ensemble de l'organisation. Pour être le premier à associer le mot « Total » à celui de « qualité », en proposant la notion de *Total Quality Control* (TQC)<sup>14</sup>. Selon lui la qualité du produit ne peut être sous l'unique responsabilité de la fabrication, mais toutes les fonctions doivent être impliquées. Au début des années 1960, la société Martin, spécialisée dans l'industrie militaire, met au point un programme de formation, couplé à un système d'incitations multiples, afin de promouvoir une constante volonté des salariés à diminuer toujours plus le taux des défaillances. Une innovation managériale est alors réussite : le programme « zéro défaut ». C'est à travers cette nouvelle notion que le principe d'amélioration continue est pour la première fois théorisé et mis en œuvre, même si, comme nous avons précédemment expliqué, l'amélioration continue était déjà fortement sous-entendue dès les origines de l'assurance de la qualité, principalement<sup>15</sup>, au travers de la fiabilisation des processus de fabrication.

En 1962, la JUSE étend le programme de promotion de la qualité engagé depuis une dizaine d'années à l'ensemble des salariés japonais. Sous la direction de Kaoru Ishikawa, professeur à l'Université de Tokyo, et l'un des gourous de la qualité pour lequel tous les membres de l'entreprise doivent être impliqués dans la maîtrise de la qualité. Ce programme est mis en œuvre par les premiers cercles de la qualité qui s'implantent par la suite rapidement et à une très grande échelle<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> J.M. Juran, « gestion de la qualité », édition AFNOR, paris 1983. Cité par, J. LERAT-PYTLAK, Op. Cite, p 34.

<sup>14</sup> A.V. Feigenbaum, «Total quality control», in *Harvard Business Review*, novembre-décembre, 1956.

<sup>15</sup> Cf. § 3.2 de la présente section.

<sup>16</sup> L. Cruchant, « La qualité », édition PUF, coll. Que sais-je ? 2<sup>ème</sup> éd. Paris 1995, p 44.

Au travers de ces cercles, c'est une véritable école japonaise de la qualité qui émerge. J.M. Juran lui donnera le nom de *Company-Wide Quality Control* (CWQC), pour la différencier du Total Quality Control (TQC) d'A.V. Feigenbaum<sup>17</sup>. Le CWQC est alors constitué de cinq principes fondamentaux :

- La focalisation client, principe fondateur de l'assurance de la qualité.
- La logique préventive centrée sur les processus, deuxième principe fondateur de l'assurance de la qualité.
- L'implication de toutes les fonctions dans la démarche qualité, directement inspirée des travaux de A.V. Feigenbaum.
- L'objectif d'amélioration continue, théorisé et mis en œuvre au travers de la notion de « zéro défaut ».
- La participation des salariés à tous les niveaux (principalement au travers des cercles de qualité), particularité distinctive de l'école japonaise qui ne sera mise en œuvre au Etats-Unis et en Europe qu'à partir des années 1970.

Il faut noter que, si cette école japonaise a su étendre son impact sur le mouvement international de la qualité, c'est essentiellement grâce aux nombreux outils et méthodes qu'elle a développés. Au-delà des cercles de qualité, véritable outil du management participatif, on peut citer, concernant le principe de focalisation client, le *Quality Function Deployment* (QFD), outil d'intégration des besoins implicites et explicites des clients au sein de l'entreprise<sup>18</sup>. Concernant la logique préventive centrée sur les processus, Kaoru Ishikawa invente le célèbre « diagramme en arrêtes de poisson » ou « diagramme des 5M », un des nombreux outils de résolution de problèmes utilisés dans les firmes japonaises. Il faut aussi noter l'apport de Taiichi Ohno, ingénieur chez Toyota, qui réorganise l'entreprise dans les années 1950 en théorisant et en mettant en place le Kan-ban, un nouveau système de gestion en juste à temps des commandes fournisseurs et de la production<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Y. Kondo, « Le management à la japonaise », édition Economica, Paris 1997. Cité par, J. LERAT-PYTLAK, Op. Cite, p 36.

<sup>18</sup> E. Cole R, P. Bacdayan et B.J White, « Quality, Participation and Competitiveness » ; in *California Management Review* , 1993, Vol.35, n°3, pp.68-81. Cité par, J. LERAT-PYTLAK, Op. Cite, p 37.

<sup>19</sup> T. Ohno, « L'esprit Toyota », édition Masson, Paris 1989.

#### 4.2. L'appropriation internationale du concept et des pratiques de qualité totale

A partir des années 1970, des bouleversements économiques, politiques et sociaux font apparaître ce qui peut se présenter comme une crise du mode de production. Le fordisme qui avait succédé au mode de production Taylorien est remis en cause. Le mode de croissance qui se met en place avec la crise se caractérise par un arrêt de la croissance extensive. La consommation de masse fait place à une consommation plus sélective. « *La crise bénéficie, en effet, à des catégories sociales et exclut, au contraire, d'autres catégories. L'ère de la croissance partagée est révolue, tandis que se confirme une forme de société duale. [...] Le mythe du client-Roi, qui apparaît moins comme le client avide de consommer, que comme un être sélectif et d'une certaine manière sélectionner dans le corps social* »<sup>20</sup>. En conséquence, le système de production se voit confronté à une modification qualitative de la demande, et l'individu se situe progressivement au centre des préoccupations. Ainsi, le concept de client représentatif, fait place à un client singularisé d'autant plus soucieux de satisfaire ses besoins, de plus en plus spécifiques et au moindre coût, que son pouvoir d'achat se stabilise, voire diminue, et que l'offre et la concurrence se mondialisent.

Pour la firme, l'enjeu est d'être en mesure d'adapter son système de production de manière plus précise au nouveau contexte du marché, c'est-à-dire aux différentes caractéristiques de la demande. Au-delà, il s'agit de développer de nouvelles formes d'organisation de la production pour répondre aux caractéristiques d'usage du produit souhaitées par les consommateurs. Avant les années 1970, dans un contexte de consommation de masse, les positions stratégiques des entreprises avaient été principalement fondées sur la compétition par les prix, au moyen de la réalisation d'économies d'échelle essentiellement. A partir de cette date, la nouvelle configuration des marchés que nous avons expliquée plus haut, couplé au succès commercial des entreprises japonaises, et à l'émergence progressive de nouveaux travaux relatifs aux dimensions humaine et économique de la qualité, conduit l'entreprise à d'avantage axer sa compétitivité sur la qualité.

---

<sup>20</sup> P.Y. Gomez, Op. Cite. P 33.

A partir des années 1970 commence, aux Etats-Unis puis en Europe, une période d'imitation du modèle de management nippon : le *Total Quality Management* (TQM) se traduit au début par une importation d'outils managériaux en provenance du Japon. Ainsi, voulant s'inspirer du mode de gestion japonais qui associe étroitement les salariés à la recherche d'une amélioration continue de la qualité, aux seins des firmes américaines et européennes, l'heure est donc au management participatif pour mobiliser chacun autour d'un objectif collectif ambitieux décliné le plus souvent en termes d'excellence. Sous l'impulsion de plusieurs associations destinées à promouvoir la gestion de la qualité dans les entreprises<sup>21</sup>, le mouvement des cercles de qualité, qui est le phénomène le plus visible de cette tendance, prend un essor considérable.

Parallèlement au phénomène d'appropriation du modèle de management japonais, de nouvelles considérations se développent en Europe et aux Etats-Unis concernant la dimension humaine de la qualité, notamment avec les travaux de Philip Crosby. Convaincu de l'importance du facteur humain dans la réalisation de la qualité et du « zéro-défaut », dont il est un fervent promoteur. La publication en 1979, de son ouvrage<sup>22</sup> aura une influence importante sur le développement international du management par la qualité totale, dans la mesure où management participatif et gains économiques pour l'entreprise y sont tous deux associés.

Ainsi nous avons établi les étapes d'un mouvement historique. Le passage de la qualité d'un simple souci d'inspection du produit finale, à un modèle de management fondé sur la qualité. Le tableau 1 ci-dessous résume l'évolution du concept de la qualité tel que nous l'avons décrit dans cette section.

---

<sup>21</sup> En 1957, est créée, l'EOQC (*European Organisation for Quality Control*), association destinée à promouvoir la gestion de la qualité dans les entreprises européennes.

<sup>22</sup> P. Crosby, « *Quality is free : the art of making quality certain* », New American Library, New-York, 1979. Traduction française, « *La qualité c'est gratuit* », édition economica, Paris, 1986.

**Tableau 1** : Les grandes étapes de la qualité

<b>Etapes</b> <b>Caractéristique</b>	<b>Inspection de la qualité</b>	<b>Contrôle de la qualité</b>	<b>Assurance de la qualité</b>	<b>Qualité totale</b>
<b>Objet</b>	Détection des défauts	Contrôle (maîtrise) de la qualité du produit final	Construction permanente de la qualité intermédiaire et finale	Gestion globale de la qualité des actes et des produits
<b>Période dominante de démarrage</b>	Début du 20 <sup>e</sup> siècle	Années 30	Années 50	Années 70-80
<b>Concepts clés</b>	Rendement et division du travail	Niveau de la qualité acceptable	Fiabilité confiance du client	Excellence
<b>Sens de la démarche</b>	Réaction	Régulation	Prévention	Pro-action
<b>Méthodes et techniques principales</b>	Supervision	Statistiques, probabilités, échantillonnage, métrologie...	Procédures organisationnelles et techniques	Formation, Indicateurs, Motivation des hommes
<b>Acteurs directement concernés</b>	Département inspection (contre-maitre)	Ingénieur qualitatif	Chacun, à toutes les étapes du procédé de fabrication	Tous les membres de l'organisation et de son environnement proche
<b>Auteurs ou entreprises pionniers dans la démarche</b>	Taylor Singer Mac Cornic	Shewhart Dodge et Romig Deming Bell-Téléphone Armée	Juran Feigenbaum Martin Company	Crosby Ishikawa Feigenbaum Martin Company

Source : P. Hermel, « Qualité et management stratégique », les éditions d'organisation, Paris, 1989.

Au travers de cette première section relative à l'évolution de la notion de qualité dans le monde industriel, nous constatons que cette évolution est le fruit de deux déterminants principaux. D'une part, les transformations du contexte socio-économique auxquelles les entreprises ont dû s'adapter, et d'autre part, l'émergence successive de travaux scientifiques et de pratiques managériales, issus de théoriciens et de praticiens précurseurs. Précisons néanmoins, que les étapes que nous venons de décrire dans la présente section, se succèdent et se complètent. Une nouvelle étape n'annule pas la précédente, non plus que les outils et les méthodes correspondant à ces étapes.

## Section 2 : Le mouvement de la qualité hospitalière : fondement historique

L'hôpital est une organisation d'une grande complexité, du fait que sa principale mission, qui est la production de soins est confrontée à une interaction des savoirs issus du monde médical, soignant et administratif<sup>23</sup>. Dès lors, la perception de la qualité hospitalière diffère d'un acteur à un autre. Afin de comprendre le mouvement de la qualité à l'hôpital, une mise en perspective historique peut en effet aider à identifier les acteurs qui participent à la production de la qualité, leur influence sur le processus, et les interprétations qu'ils donnent à la qualité hospitalière. Ainsi, nous allons dresser un bref panorama de l'histoire de la qualité à l'hôpital. Selon E. Minvielle<sup>24</sup>, il existe deux grande phase marquant la progression de la qualité à l'hôpital : la phase administrativo-professionnelle et une phase organisationnelle. Mais avant de présenter l'évolution historique du mouvement de la qualité hospitalière, nous allons examiner les déterminants de ce dernier.

### 1. La qualité hospitalière : une perception différenciée des acteurs

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les acteurs de la santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions correspondant aux différentes étapes de son évolution, dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) :

*« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Cette définition représente le reflet de l'approche la plus évoluée de la qualité hospitalière, elle conçoit cette dernière dans sa forme la plus élargie, qui touche à l'ensemble des paramètres de l'organisation hospitalière. Cependant, durant l'histoire

---

<sup>23</sup> Les savoirs médicaux, soignants et administratifs sont les savoirs constitutifs du modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle de H. Mintzberg, « structure et dynamique des organisations », Les Edition des organisations, Paris 1982.

<sup>24</sup> Etienne Minvielle. « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? ». In: Politiques et management public, vol. 17 n° 4, 1999. pp. 59-84.

de son évolution, la qualité hospitalière a fait l'objet de plusieurs définitions et d'approches différentes. La difficulté d'appréhender la qualité à l'hôpital réside en partie dans la divergence de perception de cette dernière par les différents acteurs de l'organisation hospitalière :

- Pour les patients, la qualité repose sur des critères multiples où la subjectivité peut prendre une part importante. Leur vision est plus orientée vers le vécu des soins : la communication avec les soignants, le délai d'obtention d'un rendez-vous, les conditions hôtelières d'un séjour dans un établissement de soins, etc. Pour les patients ces critères sont plus faciles à évaluer par rapport à leurs attentes, de ce fait, ils sont souvent plus sensibles à cet aspect de la qualité des soins, laissant l'excellence technique au second plan.

- Pour les professionnels de la santé, la qualité fait référence à une échelle de valeurs professionnelle basée sur des aspects techniques : capacité à développer et utiliser des techniques diagnostiques et thérapeutiques dans des conditions optimales en termes d'efficacité, de sécurité, de délivrance au bon moment. Ces exigences professionnelles ont longtemps été au centre des définitions de la qualité des soins.

- Pour la tutelle ou les organismes de financement, la qualité se traduit par des exigences multiples, comme notamment l'adéquation de l'offre de soins, l'utilisation optimale des ressources, le respect des exigences de sécurité, la maîtrise des coûts, etc.

Historiquement, le développement des premières démarches qualité à l'hôpital s'est orienté vers la réponse aux besoins de chacune de ces catégories d'acteurs pris isolément. Or, aucune de ces différentes approches ne permet de répondre aux exigences de la qualité dans le cadre d'une approche globale et multiprofessionnelle.

L'enjeu du développement des méthodes d'amélioration continue de la qualité à l'hôpital est de parvenir à prendre en compte l'ensemble des exigences des différents acteurs. Aussi, c'est sur l'importance de l'adéquation entre les besoins du patient, la conception de la prise en charge et la réalisation de cette prise en charge que l'approche de la qualité totale puise ses fondements. Dans ce qui suit nous allons présenter l'évolution historique du mouvement de la qualité à l'hôpital.

### **2. La qualité comme symbole d'une bureaucratie professionnelle**

Dans son ouvrage « structure et dynamique des organisations », H. Mintzberg décrit l'organisation hospitalière comme une bureaucratie professionnelle. Ce modèle de structure organisationnelle s'appuie pour fonctionner, sur les compétences et le savoir de son centre opérationnel qui se compose de professionnels. Le travail opérationnel y est complexe, dans notre cas la production de soins, doit donc être contrôlé par les opérateurs qui l'exécutent. L'autre facette de ce type d'organisation représente le caractère bureaucratique de la structure, son rôle est de coordonner le travail professionnel par des standards qui déterminent à l'avance ce qui doit être fait. Dans cette approche, la qualité à l'hôpital est alors définie d'une part, par la maîtrise technique des pratiques professionnelles du corps médical et soignant. Et d'autre part par le respect des règles générales, soit formalisées par l'équipe de direction, soit déduites de textes juridiques. La qualité prend alors l'apparence d'une coproduction bureaucratique-professionnelle.

Deux ouvrages français établissent une synthèse des travaux sur la qualité à l'hôpital<sup>25</sup>. Ils ont en commun d'associer ce thème à celui de l'évaluation reprenant ainsi une constante dans la manière d'aborder le sujet, à savoir, l'évaluation des savoirs pratiques.

#### **2.1. Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière**

Dans les années 1980, de nombreux travaux ont vu le jour aux Etats-Unis, puis en Europe, avec deux orientations sensiblement distinctes : l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles, et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au sein de l'institution hospitalière.

##### **2.1.1. La qualité des pratiques professionnelles**

Dans cette approche, la qualité y est vue sous le prisme de l'expertise professionnelle, autrement dit, de la maîtrise des savoirs attachés à chaque profession,

---

<sup>25</sup> Y. Matillon, P. Durieux, « L'évaluation médicale », Edition Flammarion, Paris 1984. Et A. Giraud « Evaluation médicale des soins hospitaliers », Edition Economica, Paris 1993.

ce mouvement définit la qualité comme la meilleure stratégie diagnostique ou thérapeutique, ou de maîtrise technique d'actes de soins.

L'émergence de ce thème de l'évaluation dans le domaine des pratiques médicales et par la suite infirmières se rattache à une série d'études américaines réalisées dans les années 1970 qui constatent d'importantes variations dans la réalisation d'actes médico-chirurgicaux ne s'expliquant pas uniquement par des différences dans les caractéristiques des patients ou dans l'environnement technique hospitalier<sup>26</sup>. Suite à ce constat, un mouvement appelle ainsi à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques. Cette dernière se définit comme une description standardisée et spécifique de la meilleure conduite à tenir dans une circonstance pathologique donnée, formulée à partir d'une analyse de la littérature scientifique et de l'opinion d'experts.

Sur ces fondements, le mouvement de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles s'est développé dans des thèmes aussi divers que les indicateurs de prescription d'actes spécifiques tels que les radiographies du thorax, les infections nosocomiales, ou des domaines cliniques spécifiques.

Dans ce mouvement, il est intéressant de noter comment la qualité vient justifier un ensemble de préoccupations touchant autant au contenu de l'expertise qu'à la reconnaissance du statut professionnel<sup>27</sup>.

Ainsi, au nom de la qualité, les médecins s'intéressent aux « stratégies des maladies » dont les modalités de prise en charge ne sont pas consensuelles : maladies d'apparitions récentes ou maladies rares qui requièrent une expertise élevée. Pour définir ces stratégies, les équipes médicales ont recours à des protocoles d'évaluation de recherche clinique. Ces protocoles, qui visent à démontrer l'efficacité d'une investigation diagnostique ou d'un traitement selon des méthodes statistiques rigoureuses, permettent d'apporter une évidence scientifique à la pratique recommandée. Au bout du compte, la qualité sert ainsi à valoriser une expertise

---

<sup>26</sup> J. Wennberg, A. Guttenshon, « variations in medical care among small areas », Science, 182, 1973, pp 1102-1108. Cité par, E. Minvielle, Op. Cite, P63.

<sup>27</sup> J.M. Clement, « Réflexions pour l'hôpital : Proximité Coopération Pouvoir », Les études hospitalière, Bordeaux 1998, p 67.

professionnelle qui se conçoit, non plus à partir des données empiriques d'une pratique, mais sur les bases d'arguments scientifiques.

Pour les infirmières, la qualité justifie le bon déroulement d'un geste technique « injection intraveineuse, pose d'une sonde... », Ou bien des gestes de prévention afin de lutter par exemple contre les infections nosocomiales. Là encore la maîtrise de ces gestes consacre une expertise fondée sur l'expression d'un savoir médical.

### 2.1.2. La qualité des prestations hospitalières

L'évaluation des prestations hospitalière vient consacrer pour sa part une vision bureaucratique de la qualité. Au sens où elle est interprétée comme le respect de règles générales, elle est soit formalisé par l'équipe de direction, éventuellement en accord avec des professionnels de la santé, soit déduites de textes juridiques.

C'est à Avendi Donabedian<sup>28</sup>, sorte de gourou de la qualité dans le domaine de la santé, que l'on doit un cadre d'analyse permettant une déclinaison opérationnelle de l'Evaluation de la Qualité des Soins (EQS). Dans ce cadre, trois niveaux d'évaluation sont identifiables :

- Les structures dans lesquelles sont délivrés les soins en distinguant les ressources humaines et matérielles.
- Les procédures de soins, c'est-à-dire les stratégies médicales et les actions de délivrance des soins.
- Les résultats, c'est-à-dire le changement d'état de santé consécutif aux soins et la satisfaction perçue par le patient.

Le dénominateur commun de toutes ces actions d'évaluation est d'aboutir à la définition de références à chacun de ces trois niveaux, c'est-à-dire la définition de « standards explicites de la qualité », dès lors qu'une valeur quantitative leur est assignée.

---

<sup>28</sup> A. Donabedian, « The quality of care: how can it be assessed? », *Jama*, 1988 ; 260, pp 1743-1747. Cité par, E. Minvielle, *Op. Cite*, p 62.

Une telle approche offre une autre interprétation de la production de la qualité sondée sur deux caractéristiques principales :

- La première est de privilégier la standardisation des règles ou normes. Toutes les règles élaborées au nom de l'évaluation de la qualité des prestations hospitalières sont générales, l'évaluation de la qualité se fait selon un principe de conformité à celles-ci.
- La seconde est d'augmenter le poids des actions mesurables. Tout ce qui est quantifiable doit permettre en définissant des standards, d'identifier l'action engagée et donc de la justifier.

A travers ces caractéristiques, la qualité vient légitimer une forme de pilotage de l'établissement. En proposant des outils d'évaluation fondés sur une conformité à des critères retenus car accessibles à la mesure et généralisables à l'ensemble des unités de soins, les équipes de direction hospitalière se donnent en effet les moyens de développer une politique centralisée de la qualité. Elle y est en même temps bureaucratisée, au sens d'une élimination de tout risque d'arbitraire dans l'application de ces règles.

A travers la lecture de ces deux mouvements, nous constatons que l'EQS. Consacre simultanément des interprétations professionnelle et administrative de la qualité. Si au sein de ce mouvement l'heure est à l'évaluation, une évolution notable a pu s'observer dans l'étape suivante de l'histoire de la qualité hospitalière. Aux évaluations sont venus très naturellement se greffer des systèmes d'action visant à améliorer la qualité des soins. Sous le terme d'assurance de la qualité on peut identifier la première génération de ces systèmes d'action.

### **2.2. La seconde étape : l'assurance de la qualité**

Le mouvement d'assurance de la qualité hospitalière s'est développé dans les années 1980, avec pour ambitions non seulement l'évaluation de la qualité, mais également, la mise en place de systèmes d'action permettant d'apporter les corrections nécessaires aux événements indésirables détectés dans la phase d'évaluation. C'est sur

deux principes, au demeurant très simples, que les démarches d'assurance de la qualité à l'hôpital sont fondées :

- Des dispositifs de surveillance amenés à fonctionner en routine.
- Un schéma d'exécution du travail qui obéit à un principe de conformité à des standards ou à des normes préétablies, l'assurance de la qualité étant définie par le respect de cette conformité<sup>29</sup>.

La mise en place de ces principes nécessite de préciser l'articulation entre le temps de la surveillance et d'évaluation, et le temps de mise en place des actions correctrices :

- Le premier temps consiste à définir précisément les événements considérés comme « indésirables » ou « sentinelles » -infections nosocomiales, chute de personnes âgées, plaintes de patients...- qui vont faire l'objet de la surveillance.

La surveillance peut s'effectuer soit au cas par cas sur un événement particulier dont la surveillance déclenche l'analyse complémentaire « cas de morts infantiles... », soit à l'aide d'une grille de critères préétablis qui permet de juger d'un écart à une moyenne historique « cas des infections nosocomiales ». Dans les deux cas, la survenue de l'événement déclenche une investigation complémentaire. Les conclusions de ce travail permettent de vérifier que l'exécution du travail en relation avec le processus en cause s'est effectué selon les procédures préconisées ou qu'il nécessite de nouvelles règles.

Ce premier temps génère le développement des procédures écrites, différents slogans tels que « écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit » insistent sur la nécessité de consigner par écrit le détail des actions. Cette nécessité est justifiée par les risques organisationnels encourus lors des transmissions orales d'informations.

- Le second temps vise la mise en place d'actions correctives, elles visent à réduire les écarts constatés entre les pratiques existantes et les pratiques souhaitées telles qu'elles sont exprimées au sein d'un référentiel. Le référentiel peut être une

---

<sup>29</sup> M.H. Walter « L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé », Edition Masson, collection encadrer à l'hôpital, Paris 2000, p 73.

règle, une recommandation « terme plus souvent admis dans le cadre des l'évaluation des pratiques professionnelles » ou une norme, mais dans tous les cas, il est préétabli à l'action corrective. Dans certains cas les actions correctives sont décrites dans le référentiel. Ainsi les recommandations de pratiques décrivent certains comportements que les professionnels doivent observer dans leur exercice quotidien. De même, certaines normes de fonctionnement ou de sécurité correspondent à une présentation détaillée d'une série de tâches à exécuter.

Il est remarquable de noter que dans ce domaine, si les approches professionnelles et administratives s'opposent sur le champ d'application, elles s'accordent sur le principe : qu'il s'agisse de recommandations de pratiques cliniques ou de normes sécuritaires, la qualité optimale est toujours considérée comme le respect de la conformité au référentiel. Alors, dans le système d'actions correctives que le thème abordé soit centré sur des préoccupations professionnelles ou administratives, la démarche d'amélioration reste la même.

### **2.3. La qualité hospitalière sous le prisme de l'approche bureaucratique-professionnelle**

Ainsi dressé, ce bref panorama permet de rendre compte des formes rationnelles de production de la qualité à l'hôpital. Administratifs et professionnels y ont en commun d'être impliqués au sein d'un processus dans lequel les phases d'évaluation et de développement d'actions correctrices se succèdent. La production de la qualité est ainsi subordonnée à un premier temps d'évaluation.

L'implication conjointe des professionnels et administratifs donne à la qualité hospitalière son caractère coproduit. Cependant, l'intensité de ce dernier varie selon le degré d'implication de chaque catégorie d'acteurs. Ainsi, deux grandes classes peuvent être identifiées<sup>30</sup> :

- **Les coproductions autonomes de la qualité.** Il s'agit de démarches engagées par les professionnels ou les administratifs, sans implication de membres de l'autre

---

<sup>30</sup> E. Minvielle, Op. Cite, p 66.

bord. Le caractère coproduit est alors vu dans un sens restrictif. Généralement, ces démarches ne sont pas remises en cause par les partisans de l'autre bord : par exemple, les membres de l'équipe de direction n'interfèrent pas dans l'élaboration des recommandations de pratiques cliniques, et réciproquement, restent maîtres dans la définition des normes sécuritaires des installations hospitalières. Seuls certains cas font l'objet de controverses. Il s'agit essentiellement des démarches administratives touchant à l'organisation interne des unités de soins telles que les supports de planification des soins, ou le développement des procédures écrites dans la transmission d'informations inter-unités. Dans ces cas, l'approche est souvent vécue comme une ingérence par les professionnels dans leur activité.

- **Les coproductions croisées.** Il s'agit là, à l'inverse, de cas où la réflexion est commune aux professionnels et aux équipes de direction. Souvent, cette coproduction est imposée par des thèmes qui requièrent des compétences des catégories d'acteurs : par exemple, le placement des patients admis aux urgences dans les lits d'aval. Dans ces cas, la coproduction de la qualité, même si elle peut être génératrice de conflits, s'envisage dès le départ dans un sens plus large impliquant administratifs et professionnels.

Cette variété de formes de coproduction de la qualité hospitalière explique le caractère hétérogène donné par l'ensemble des actions entreprises au nom de la qualité. Mais cette multiplicité ne doit pas conduire à une absence de règles dans la manière de produire cette qualité. Car toutes ces variantes ont en commun d'être le résultat d'opérations combinées, structurées par des repères issus du monde médical, soignant et administratif. Si la qualité hospitalière donne à voir une image apparente assez floue, sa production est subordonnée à des principes précis : ceux d'une bureaucratie professionnelle.

### **3. La qualité et l'émergence d'une réflexion sur l'organisation du travail**

L'émergence de cette nouvelle tendance remonte à la fin des années 1980, aux États-Unis, et quelques années plus tard en Europe. En effet les approches classiques de l'évaluation et de l'assurance de la qualité ont fait l'objet d'une remise en cause, et ce malgré de réels succès, notamment dans les secteurs logistiques et techniques de

l'hôpital, ainsi que dans le domaine des pratiques professionnelles. De nombreuses critiques ont alors vues le jour pour revendiquer un élargissement du champ d'investigation de la qualité.

### **3.1. La remise en cause des approches traditionnelles**

Les critiques relatives aux approches traditionnelles de la qualité hospitalière s'appuient sur deux arguments principaux. Il s'agit, d'une part, de la faible prise en considération des dimensions organisationnelles dans la manière d'approcher le thème de la qualité à l'hôpital, et d'autre part le caractère trop normatif des méthodes employées pour améliorer cette dernière.

#### **3.1.1. Des pratiques professionnelles à l'organisation**

D. Berwick et D.N. Schumacher<sup>31</sup> sont les premiers à souligner le caractère trop réducteur d'une approche orientée exclusivement sur l'analyse des pratiques professionnelles. En focalisant la qualité sur la conception de stratégies thérapeutiques, toute la phase de mise en œuvre de ces stratégies est négligée. En ramenant la notion de qualité à une question d'expertise médicale, on néglige l'activité d'autres professionnels, ou même la participation des usagers qui représentent pourtant des éléments déterminants dans le processus de soins.

Ces critiques s'appuient également sur des constats classiques issus du monde industriel, notamment sur les travaux de W.E. Deming. Selon ce dernier 15% des déficiences sont imputables à l'expertise technique des professionnels, quand aux autres 85% à des facteurs organisationnels<sup>32</sup>. Ces conclusions sont reprises pour affirmer que l'apparition d'un dysfonctionnement n'engage pas uniquement la responsabilité des professionnels, mais cela est dû également à l'incapacité de l'institution de santé dans son ensemble à organiser convenablement les soins.

#### **3.1.2. Conformité à la norme et amélioration continue**

---

<sup>31</sup> D. Berwick, « Continuous improvement as an ideal in health care », NEJM, 1989. Et D.N. Schumacher « Process: the effective language for quality assurance », in Cornerstones of health care in the nineties: forcing a framework of excellence, Ann Arbor, Etats-Unis, Commission of professionals of hospital activities, 1991. Cités par, E. Minvielle, Op. Cite, p 68.

<sup>32</sup> W.E. Deming « Hors de la crise », Edition Economica, Paris, 1991.

Les approches traditionnelles de la qualité la définissent par la conformité aux normes. Or une telle approche associe à tort cette conformité à un niveau de performance idéal. Le risque dans ce cas est de développer des normes et des standards minimaux qui permettent d'atteindre un niveau de qualité des soins minimal, pour des résultats minimaux. En adoptant une telle démarche, on briderait artificiellement la recherche d'excellence qui est pourtant une caractéristique majeure notamment dans les services hospitaliers.

### **3.2. Le management de la qualité totale**

En réaction à l'ensemble de ces critiques est apparu le mouvement de la management de la qualité. En ce sens, l'hôpital a entrepris le même cheminement que les entreprises du monde industriel. L'organisation hospitalière a en effet expérimenté le passage d'une détection de défaut à un système de management de la qualité. Plusieurs principes guident ce mouvement<sup>33</sup> :

- En premier lieu, l'amélioration vise à une recherche continue de l'excellence dans le travail. L'amélioration de la qualité est ainsi permanente.
- Désormais la qualité n'est plus perçue comme le respect d'une règle ou d'une norme. Mais comme la meilleure adéquation entre l'offre hospitalière et les besoins de l'utilisateur. En d'autres termes, la qualité n'est plus définie par rapport à un nombre d'erreurs ou de dysfonctionnement, mais par rapport à des exigences d'acteurs de l'extérieur.
- Pour finir, une place importante est accordée aux questions de savoirs organisationnels. Pour mettre en place un véritable management de la qualité, il est nécessaire de maîtriser l'ensemble des modes organisationnels et de rompre avec la gestion fonctionnelle. Dans les versions les plus poussées de la qualité totale, la qualité devient même le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent se rassembler.

---

<sup>33</sup> J. Husser, « Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire », XVème conférence internationale de management stratégique, Annecy/Genève 13-16 Juin 2006 p07.

Pour réaliser ces objectifs, le management de la qualité s'appuie sur une description détaillée des activités hospitalières, celles-ci ne sont plus décrites sous forme de fonctions mais traduites en processus impliquant plusieurs fonctions. A chaque étape de ces processus, il est possible de détecter des dysfonctionnements à l'aide de méthodes et d'outils : les diagrammes de contrôle qui permettent de cartographier et d'évaluer les processus ainsi que l'intensité des dysfonctionnements ; les diagrammes en « arêtes de poisson », qui permettent de visualiser les causes à l'origine des dysfonctionnements et de situer les responsabilités. La mise en œuvre de telles méthodes s'effectue au sein de sessions de « problem-solving », auxquels participent des acteurs provenant de services différents concernés par le processus en question. La constitution de tels groupes représente un des points cruciaux du management de la qualité, reprenant ainsi des méthodes des fameux « cercles de qualité ». En effet, à l'aide de cartographies des processus, l'objectif est d'offrir une vue globale du phénomène en question et des acteurs impliqués.

Cette phase de diagnostic a pour objectif de constituer un référentiel qui servira au changement. Ce changement se construit au sein des groupes de travail précédents. La phase d'analyse servant de support aux choix des solutions émanant du groupe. Le suivi de l'évolution des variations d'indicateurs du processus permet enfin d'évaluer l'efficacité de ce changement. L'ensemble de ces étapes, de diagnostic, de changement et d'évaluation, constituent le cycle d'amélioration de la qualité.

Ce mouvement est marqué par la mise en place de départements qualité au sein des hôpitaux, ainsi que la création d'organismes chargés de mettre en œuvre l'accréditation des établissements de santé dans laquelle une place importante est accordée au patient.

### **3.3. L'accréditation des établissements de santé : un outil au service de l'amélioration de la qualité**

L'accréditation est une démarche qui vise, simultanément, une évaluation de la qualité hospitalière et l'amélioration continue de celle-ci, et ayant pour finalité l'obtention d'un changement effectif dans les pratiques médicales, paramédicales et

managériales. La procédure d'accréditation a pour objectif de porter une appréciation globale et indépendante sur la qualité d'un établissement de santé, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels, portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de celui-ci. La démarche d'accréditation se veut être externe et indépendante de l'établissement de soins en question et de ses organismes de tutelle. L'évaluation concerne l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé<sup>34</sup>.

Le premier programme d'accréditation a été lancé aux États-Unis en 1918 par une association de chirurgiens, puis repris par quatre autres associations de professionnels de la santé, qui ont créé un organisme, appelé aujourd'hui : *joint commission*, qui certifie la grande majorité des hôpitaux américains de nos jours. Les professionnels de santé canadiens qui s'étaient associés à la *joint commission en 1950, ont créé leur propre organisme d'accréditation en 1956 : Accréditation Canada*. Le programme de certification australien a été lancé en 1974, en s'inspirant du modèle canadien. La plupart des autres pays développés ont adopté la certification plus récemment. À l'exemple de la France qui a créé l'ANAES « Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé », en 1996, en s'inspirant des modèles anglo-saxons. Quant à l'Algérie, la question de l'accréditation des établissements de santé n'est pas posée avec acuité à l'heure actuelle. En effet, « les pouvoirs publics semblent se donner le temps nécessaire pour amorcer l'inéluctable processus à savoir : l'introduction de la fonction-qualité dans les structures publiques de soins. Pour l'heure, il s'agit de mettre en place les préalables à l'accréditation à travers les différentes mesures qui ont pour ultime objectif de doter les établissements de soins d'outils nécessaires à un fonctionnement rationnel »<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Halgand Nathalie, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, 2003/6 no 147, pp. 219-231, p 220.

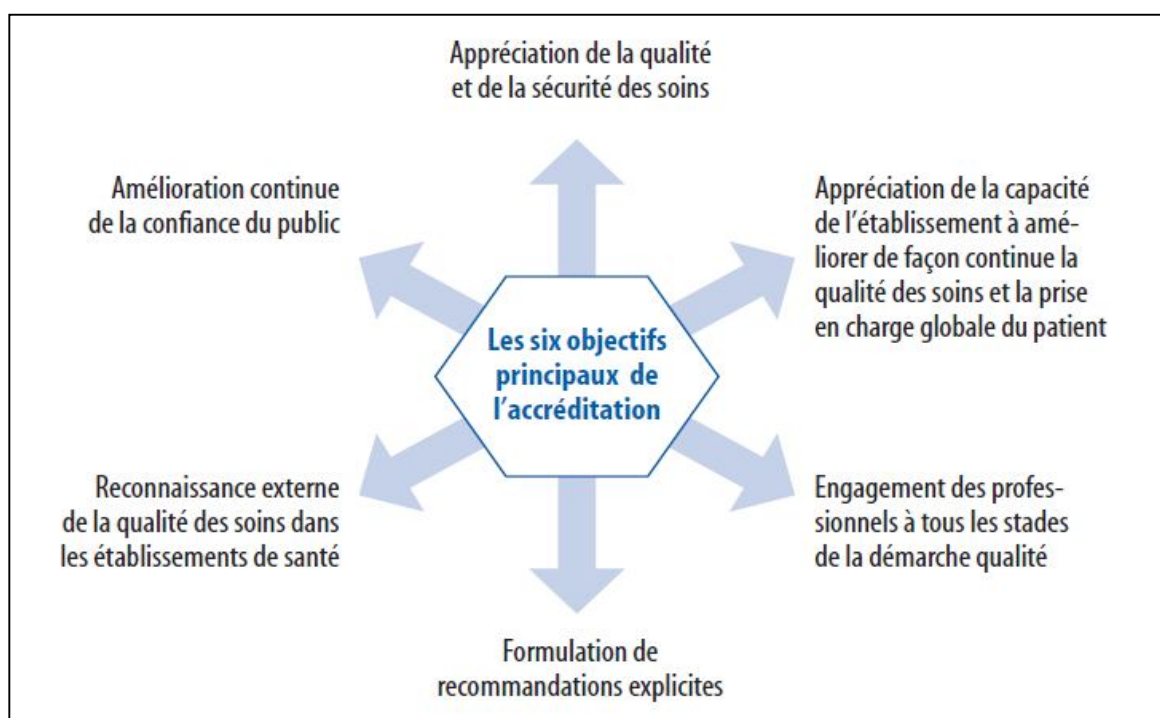
<sup>35</sup> Salmi, M., « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en science économique, UMMTO, 2006, p235.

### 3.3.1. L'accréditation comme démarche qualité totale

L'accréditation est une démarche systémique. Elle poursuit six objectifs principaux, que nous présentons dans la « Figure 1 », des objectifs partagés par les procédures européennes et américaines. L'accréditation est l'occasion donnée aux dirigeants des établissements hospitaliers de repenser leur organisation, d'optimiser leurs ressources et de penser qualité et efficacité en opérant des changements organisationnels.

L'accréditation est une démarche stratégique qui n'a pas pour seule ambition d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, elle doit apporter l'assurance quant à la capacité des organisations hospitalières à évoluer dans le sens de l'amélioration continue et à garantir sa pérennité. L'accréditation n'est donc pas une finalité en soi, mais la concrétisation d'une vaste démarche de changements organisationnels<sup>36</sup>.

**Figure 1** : Objectifs de l'accréditation hospitalière



**Source** : Bayad Mohamed *et al.*, « Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 100-112.

<sup>36</sup> Bruneau. C. et al., « La procédure d'accréditation », *Technologie et Santé*, no 32, décembre 1997, pp. 77-80.

### 3.3.2. La démarche d'accréditation

Avant toute démarche de recherche de qualité, l'accréditation permettra de mobiliser les différents acteurs de l'hôpital autour de l'idée forte que l'ensemble de la chaîne des prestations liées aux soins (de l'accueil aux actes médicaux et soignants, en passant par l'hôtellerie, les transports internes, les actes biomédicaux et médicaux-techniques...) doit être organisé en utilisant les méthodes et technique du management de la qualité.

L'accréditation devrait permettre une approche globale d'un établissement hospitalier s'appuyant sur le tristiqué audit - management de la qualité – évaluation<sup>37</sup>.

L'audit permettra de confronter l'organisation et les pratiques hospitalières à des référentiels médicaux et de gestion. Cette confrontation amène à mettre en lumière les points forts de l'hôpital observés mais aussi ses faiblesses qui pourront être analysées comme des situations de non-conformité aux normes et donc de non-qualité.

La non-qualité qui peut être organisationnelle (structure et outils de gestion défectueux), médicale et soignante (infections nosocomiales, réadmission...), logistique (hébergement sommaire, absence de variété des repas servis...) ou technique (délais dans les réparations...), devra faire l'objet d'une démarche de management de la qualité<sup>38</sup> avec certification d'organismes qualité agréés. Celle-ci sera associée à des plans d'action contenant des indicateurs de résultat.

Ces dernières feront l'objet d'une évaluation qui permettra de mesurer les écarts entre les objectifs de qualité et les réalisations. Les écarts feront alors l'objet d'un audit qui donnera au triptyque son allure de mouvement perpétuel.

L'accréditation permettrait alors dans cette optique d'utiliser à la fois des techniques d'audit, des méthodes de management de la qualité et des techniques de contrôle et d'évaluation.

---

<sup>37</sup> H. LETEURTRE et al. «L'accréditation hospitalière : gestion des services de soins », édition Berger-Levrault, France, 1997, p13.

<sup>38</sup> Cf, chapitre II, section 2.

**Conclusion**

Dans le présent chapitre introductif nous avons analysé l'évolution du mouvement de la qualité, d'abord dans le monde industriel où il tire ses origines. Puis, sa déclinaison au sein des organisations hospitalières. Cela nous a permis de comprendre l'évolution de la perception de la qualité, ainsi que les facteurs qui ont influencé le passage de la qualité d'un simple souci de contrôle à une approche totale de l'organisation. Cela nous a permis de constater que les différentes approches de la qualité hospitalière ont suivi le même schéma d'évolution que celui du monde industriel. Cependant, nous avons noté un déphasage dans le temps des deux mouvements de la qualité.

Notre analyse de l'évolution du mouvement de la qualité hospitalière nous a permis de constater que l'organisation hospitalière recèle de fortes spécificités qui se répercutent sur les différents paramètres de l'organisation. Sa configuration bureaucratique-professionnelle et la complexité du processus de production de soins au sein duquel se confrontent des savoirs issus du monde médical, soignant et administratif, ont contraint ces organisations à adapter les différentes démarches qualité en fonction de leurs paramètres.

**Chapitre II :**  
**Systeme de**  
**management de la**  
**qualité : Fondements**  
**théoriques et**  
**principes essentiels**

## **Introduction**

La perspective historique présentée au chapitre I a permis de mettre en évidence les nombreux apports théoriques successifs qui ont contribué à la construction d'une définition contemporaine du modèle de management de la qualité.

Le management de la qualité représente un ensemble de pratiques, de concepts et de méthodes construits à partir de constatations empiriques faites au sein des entreprises et mis en avant par les écrits de nombreux auteurs. Le regroupement des écrits des pères fondateurs du management de la qualité nous a permis d'identifier un paradigme duquel découlent les principes et fondements du management de la qualité.

Le paradigme fonctionnaliste du management de la qualité a considérablement inspiré les organismes de normalisation de par le monde, en particulier les normes ISO de la famille des 9000 relatives aux systèmes de management de la qualité. Ces dernières conçoivent les systèmes de management de la qualité par l'adoption et l'application d'un certain nombre de principes fondamentaux, eux même inspirés des écrits des auteurs fondateurs du management de la qualité.

A travers ce chapitre nous tenterons d'analyser le paradigme fonctionnaliste du management de la qualité à travers les écrits des principaux auteurs qui ont fondé ce modèle de management. Par la suite nous analyserons les principes fondamentaux du management de la qualité et leur déclinaison dans le monde des organisations hospitalières. Pour ce faire nous avons retenu le cheminement ci-après :

Section 1 : Fondements théoriques du management de la qualité ;

Section 2 : Principes essentiels d'un système de management de la qualité.

## Section 1 : Fondements théoriques du management de la qualité

Le management de la qualité représente un ensemble de pratiques, de concepts et de méthodes mis en avant par de nombreux auteurs. Les trois principaux pères fondateurs du management de la qualité sont W.E. Deming, J.M. Juran et P.B. Crosby. A ces trois auteurs auraient pu être ajoutés, par exemple, A.V. Feigenbaum et un certain nombre d'experts japonais comme K. Ishikawa ou encore G. Taguchi ainsi que S. Shingo.

Les principes du management de la qualité énoncés par ces derniers varient d'un auteur à un autre. Cependant, ils s'accordent tous sur un certain nombre de principes qui constituent le fondement même du management de la qualité. M. Beaumont identifie deux paradigmes du management de la qualité : un paradigme fonctionnaliste et paradigme humaniste radical<sup>39</sup>. Dans ce chapitre nous nous focaliserons uniquement sur le premier.

### 1. Le paradigme fonctionnaliste du management de la qualité

Le paradigme fonctionnaliste du TQM « *regroupe les conceptions nombreuses qui, en tant que propositions théoriques et/ou normatives relèvent d'une vision fonctionnaliste du monde social et de l'homme dans l'entreprise : la qualité totale est un moyen pour mieux faire fonctionner l'entreprise, et elle s'insère dans le cadre dominant de la théorie du management* »<sup>40</sup>. Pour le décrire, trois apports scientifiques récents méritent d'être signalés car :

- Ils constituent des synthèses des écrits fondateurs ;
- Ils constituent des synthèses d'où sont extraits des axiomes, des principes et des concepts principaux, ainsi que des pratiques, des techniques et des recommandations ;

---

<sup>39</sup> M. BEAUMONT. « La qualité de la gestion des ressources humaines dans les entreprises certifiées », thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université Toulouse I, 1996. P 88-105.

<sup>40</sup> M. BEAUMONT. Op.cit. P 89.

### 1.1. Le modèle de Dean & Bowen

Dean et Bowen<sup>41</sup> proposent une vue générale du management de la qualité. D’après ces auteurs, à partir des écrits de Deming, Juran et Crosby, le management de la qualité peut se résumer en trois grands principes et chacun d’eux se décline en principales pratique et technique que nous présentons dans le « tableau 02 » il s’agit de :

- La focalisation client ;
- L’amélioration continue :
- Le travail en équipe.

Selon les auteurs, le TQM apparaît majoritairement conforme à la théorie classique du management et s’y inscrit dans une perspective instrumentale et fonctionnaliste.

**Tableau 2 :** Principes, pratiques et techniques du management de la qualité selon Dean et Bowen

	<b>Focalisation client</b>	<b>Amélioration continue</b>	<b>Travail en équipe</b>
<b>Principes</b>	Importance primordiale de la fourniture de produits et services qui répondent aux besoins des clients Ceci nécessite une focalisation sur le client de l’ensemble de l’organisation	La satisfaction permanente des clients ne peut être obtenue que par une amélioration sans relâche des processus concourant à la réalisation des produits et services	Le meilleur moyen pour mettre en œuvre la focalisation client et l’amélioration continue est de développer la coopération au sein de l’organisation tout entière, ainsi qu’avec les clients et fournisseurs
<b>Pratiques</b>	- Contact direct avec les clients - Collecte des informations sur les besoins des clients	- Analyse des processus et résolution des problèmes  - Reengineering	- Création de différents types d’équipes de travail - Développement de l’apprentissage en

<sup>41</sup> DEAN J.W. et BOWEN D.E. “Management theory and total quality : improving research and practice through theory development”. in *Academy of Management Review* , 1994, Vol.19; n°3, pp.392-418.

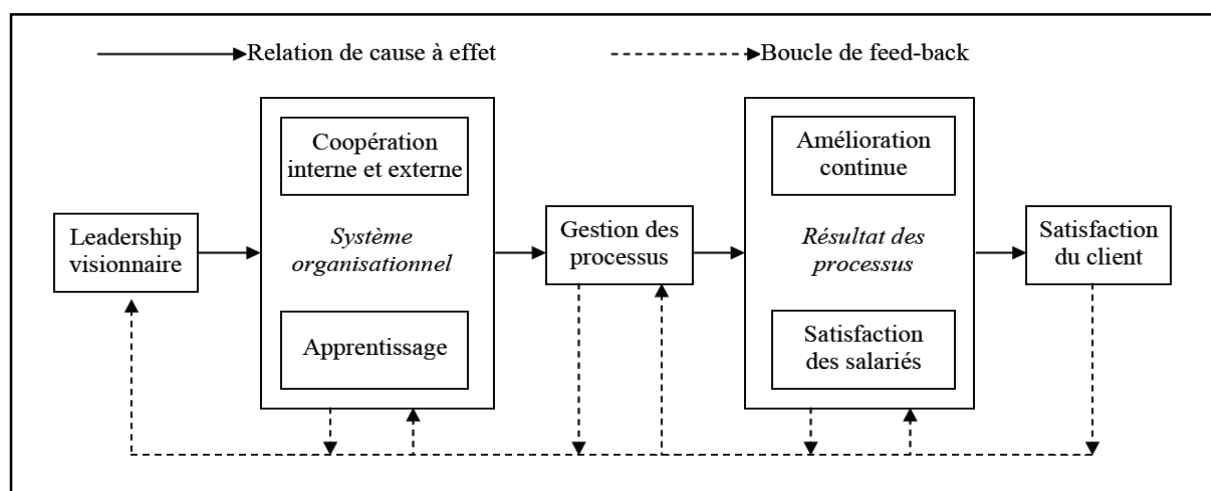
	- Utilisation de l'information collectée pour concevoir et réaliser les produits et services	- Application de la méthode Deming (Plan/Do/Check/Act)	équipes - Mise en place de pratiques bénéfiques à l'ensemble des acteurs des processus
<b>Techniques</b>	- Enquêtes clients - Groupes de travail avec clients - Techniques d'analyse des besoins ( type analyse fonctionnelle)	- Cartes de contrôle et maîtrise statistique des processus - Analyses Pareto - Diagramme d'Ishikawa	- Techniques de communication en groupe - <i>Team-building methods</i> (clarification des roles...)

Source: DEAN J.W. et BOWEN D.E. "Management theory and total quality : improving research and practice through theory development". in *Academy of Management Review* , 1994, Vol.19; n°3, p 395.

## 1.2. Le modèle de Deming

À partir des écrits fondateurs et récents de E.W. Deming, Anderson et all cernent les principaux concepts du management de la qualité, leur définition et leurs relations<sup>42</sup>. Le modèle issu de leurs études est présenté dans la figure suivante :

Figure 02 : Le schéma du modèle de E.W. Deming selon Anderson et All.



Source: ANDERSON J.C., MANUS RUNGTUSANATHAM et SCHROEDER R.G. "A theory of quality management underlying the Deming management method", in *Academy of Management Review*, 1994, Vol.19, n°3, pp.472-509. Cite par, J. LERAT-PYTLAK, Op.cit. p 112.

<sup>42</sup> ANDERSON J.C., MANUS RUNGTUSANATHAM et SCHROEDER R.G. "A theory of quality management underlying the Deming management method", in *Academy of Management Review*, 1994, Vol.19, n°3, pp.472-509. Cite par, J. LERAT-PYTLAK, Op.cit. p 112.

La lecture de la figure qui représente le modèle de Deming du management de la qualité se présente comme suivant :

- Le leadership visionnaire entraîne la création d'une organisation coopérative et qualifiante ;
- Une organisation qui, simultanément, encourage la coopération et l'apprentissage, et facilite la mise en place de pratiques de gestion des processus ;
- La gestion des processus entraîne l'amélioration continue et l'implication des employés ;
- Les efforts d'une organisation pour améliorer de manière continue sa qualité et satisfaire ses employés conduisent à un haut degré de satisfaction du client.

Le modèle de E.W. Deming du management de la qualité synthétisé par Anderson et al est quasiment similaire, il faut le noter, au modèle du management de la qualité tel que prôné par la version 2000 de la norme ISO 9000 relative aux principes essentiels et vocabulaire. Il n'y a rien d'étonnant à cela dans la mesure où les référentiels ISO s'inspirent explicitement des travaux de E.W. Deming. En effet, la dite norme identifie huit principes essentiels d'un système de management de la qualité que la direction d'un organisme peut mettre en place pour atteindre une meilleure performance. Ces principes qui serviront de référentiels sont présentés dans le tableau suivant :

**Tableau 03** : Les huit principes du management de la qualité selon la norme ISO 9000 : 2000

<b>a) Orientation client</b>
Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes

<b>b) Leadership</b>
Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme
<b>c) Implication du personnel</b>
Les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme
<b>d) Approche processus</b>
Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.
<b>e) Management par approche système</b>
Identifier, comprendre et gérer des processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité et l'efficience de l'organisme à atteindre ses objectifs
<b>f) Amélioration continue</b>
Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme.
<b>g) Approche factuelle pour la prise de décision</b>
Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations
<b>h) Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs</b>
Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur

**Source :** ISO, « système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, ISO 9000 version 2000 », p V et VI.

### **1.3. Les apports de Hackman & Wageman**

Selon R.J. Hackman et R. Wageman, le management de la qualité synthétisé à partir des écrits de Deming, Juran et Ishikawa peut se résumer en un ensemble de quatre axiomes de base s'appuyant sur un objectif fondamental : *«L'objectif premier d'une organisation est de se maintenir en faisant durer la stabilité de la communauté, en prévoyant et en produisant les biens et services utiles au consommateur, et enfin en*

*assurant la satisfaction et la croissance de ses membres* »<sup>43</sup>. Les quatre axiomes sont les suivants :

- Le coût lié à la non-qualité est plus élevé que le coût de la prévention ;
- Les êtres humains montrent une inclinaison naturelle pour la précision, perfection : les employés prennent naturellement soin de la qualité du travail qu'ils accomplissent ;
- Les organisations sont devenues complexes et se heurtent aux difficultés dues à la division en fonction séparées ;
- La qualité est inévitablement une question qui relève de la direction générale.

A partir de là, plusieurs recommandations et dispositifs d'intervention sont préconisés par les fondateurs. Hackman et Wageman les synthétisent en insistant plus particulièrement sur l'analyse de la variabilité des processus, l'approche factuelle pour la prise de décision ou l'utilisation d'équipes trans-fonctionnelles pour résoudre les problèmes qualité.

## **Section 2 : Principes essentiels d'un système de management de la qualité**

### **1. L'orientation clients**

Le principe de l'orientation client est le centre de gravité de tout système de management de la qualité. C'est autour des besoins et exigences des clients que toute politique de qualité doit être construite. Identifier les clients, caractériser leurs besoins, et en déduire la politique qualité est la première marche vers la mise en place d'un système de management de la qualité.

La norme ISO 9000 relative aux principes essentiels d'un système de management de la qualité, accorde une place de première importance au principe de l'orientation client il est défini de la manière suivante : « *Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs,*

---

<sup>43</sup> R. J. HACKMAN et R. WAGEMAN "Total quality management: empirical, conceptual and practical issues", in *Administrative Science Quarterly*, 1995, Vol.40, n°2, pp.309- 342. P 310.

*qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes* »<sup>44</sup>. En effet la compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des clients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. Elles conditionnent le développement et la pérennité de toute organisation.

L'écoute et l'attention aux clients doivent être présentes à toutes les étapes de la conception et de la production des biens et des services. Cette préoccupation décisive oriente non seulement l'activité des professionnels mais également les choix stratégiques essentiels, notamment le développement de nouveaux produits ou de nouveaux services. L'écoute des clients est une composante indispensable de tout système qualité, il fournit des informations qui pourront être utilisées pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants.

Le terme « clients » désigne, en matière de qualité, l'ensemble des parties prenantes d'un processus aboutissant à la réalisation d'un produit ou d'un service. Sont donc les clients d'un organisme, les destinataires du produit réalisé (ce sont les clients externes), mais aussi les équipes qui participent à son élaboration, et les dirigeants de l'organisme lui-même (les clients internes). Pour entrer dans le processus d'écoute des clients, un premier travail s'impose, celui de l'identification des différents clients externes et des clients interne, avec éventuellement une pondération de leur importance relative au sein de la politique qualité déterminée.

### **1.1. Les clients externes**

Pour un établissement de santé, les clients externes sont l'ensemble des patients (actuels ou passés) ou des sous-groupes de patients (selon le diagnostic, selon la discipline, selon les modalités de prise en charge, etc.), leur entourage, les professionnels (de santé, organismes sociaux, etc.), extérieurs qui adressent les patients à l'établissement ou qui les suivent après leur séjour, la population susceptible d'y être traitée ( patients potentiels), les établissements de formation qui lui adressent des

---

<sup>44</sup> ISO, « système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, ISO 9000 version 2000 », p 05.

étudiants et stagiaires, les centres de recherches qui y conduisent des études, les financeurs, la tutelle<sup>45</sup>.

La satisfaction du patient est une composante essentielle de la définition de la qualité des soins selon l'OMS à savoir :

*« **Délivrer à chaque patient** l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et **pour sa plus grande satisfaction** en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

En effet, la satisfaction des patients ne naît pas de l'absolu. Elle est la réponse à des attentes, en d'autres termes, la satisfaction est la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu par le patient. Pour cela il est indispensable de connaître les attentes des patients.

F. Steudler distingue plusieurs variables en fonction desquelles varient les attentes des patients, nous pouvons distinguer trois principaux types d'attente<sup>46</sup> :

- **Les attentes technico-médicales** : correspondant aux besoins organiques primaires, à une quête de sécurité. Le malade "touché dans son corps" [...] attend une réponse à son trouble, à sa souffrance et une restauration partielle ou totale du fonctionnement normal de son organisme ;
- **Les attentes psychiques et sociales** : qui sont celles des contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient, "en proie à une inquiétude résultant de la rupture de milieu attend des informations et des relations rassurantes" ;
- **Les attentes matérielles et intellectuelles** : "traduisant le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi [...] malgré la présence de la maladie".

---

<sup>45</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002, p51.

<sup>46</sup> F. Steudler, « L'accueil pour le malade, c'est une attente ». *J Econ Méd* 1990; 10: 367-79.

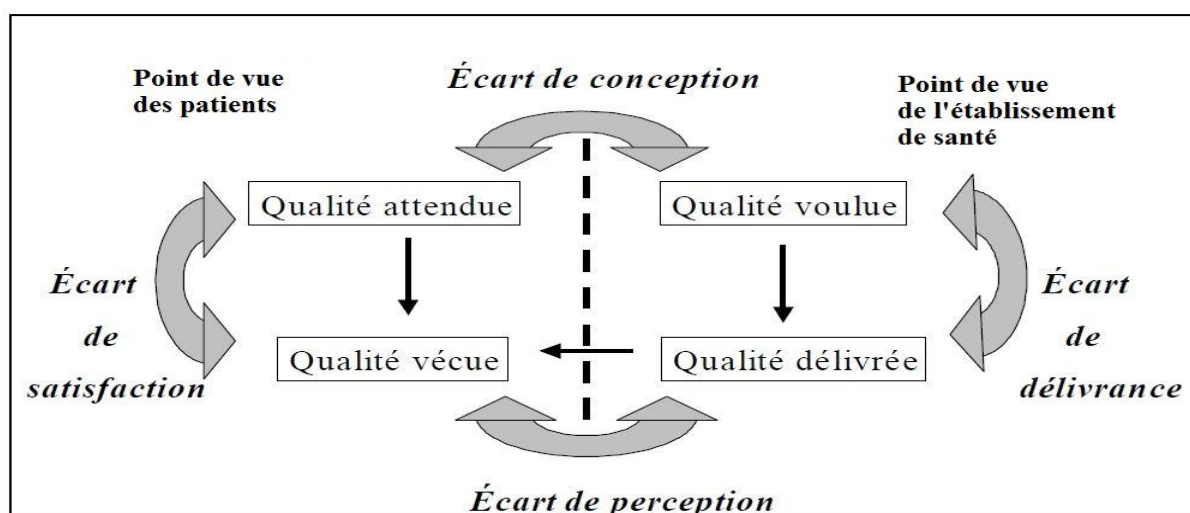
Le lien entre les attentes du patient et sa satisfaction comporte une part de subjectivité et implique de distinguer plusieurs types de qualité selon le point de vue du client et celui des professionnels :

- **La qualité attendue** se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou service ;
- **La qualité perçue** est celle qu’expérimente le client. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- **La qualité voulue** est formulée par l’entreprise sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d’apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- **La qualité délivrée** est celle que reçoit réellement le client.

L’écoute des patients doit permettre de réduire l’écart de conception (qualité attendu – qualité voulu), l’écart de perception (qualité perçue – qualité délivrée) et l’écart de satisfaction (qualité perçue- qualité attendue).

L’écart de délivrance (qualité délivrée – qualité voulue) est du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d’amélioration des processus et de résolution de problèmes.

**Figure 03 :** Schématisation de la qualité dans le secteur des services et adapté à la santé



**Source :** Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES). « Principes de mise en œuvre d’une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002, p 14

Comme pour toute approche en matière de qualité, l'attention client doit s'appuyer sur un recueil de données. Dans ce champ particulier où le risque de subjectivité est important, le recueil de données et la mesure s'appuient sur des méthodes qualitatives et quantitatives.

L'exploration des attentes des clients se fait selon plusieurs approches, comportant diverses méthodes qui peuvent être combinées<sup>47</sup>.

### **1.1.1. Les enquêtes qualitatives**

- L'observation des comportements spontanés des clients : pour les établissements de santé, une analyse et un traitement des réclamations ou des plaintes sont souvent mis en œuvre par les équipes de direction, avec demande d'information auprès des services concernés et réponse écrite systématique dans des délais acceptables. L'objectif est d'instaurer une écoute sans à priori, permanente et surtout réactive chez les personnels au contact direct des clients.
- Les entretiens individuels conduits avec un petit nombre de clients, sélectionnés en fonction des questions que l'on se pose, présentent un intérêt pour une exploration approfondie des comportements, des motivations, des goûts, des représentations et des attentes émergentes ou nouvelles des clients. Ces entretiens seront conduits et interprétés par des personnes formées à ces méthodes.
- Les focus groups : permettent de faire réagir un groupe de personnes présentant une caractéristique commune liée au thème exploré à partir d'une trame d'entretien préétablie constituée de questions ouvertes. Ils peuvent aider à explorer les attentes et besoins des patients, ou d'autres types de clients, sur le thème étudié. Le recours à des groupes est notamment intéressant pour appréhender la dimension sociale du thème et pour obtenir des résultats dans des délais rapides. Plusieurs réunions sont conduites par un animateur expérimenté, aidé par des observateurs. Le contenu des échanges sera recueilli

---

<sup>47</sup> ANAES, « La satisfaction des clients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé », in, revue de la littérature médicale, septembre 1996, p 13.

et analysé de manière structurée pour aboutir à une synthèse comportant des recommandations.

- L'utilisation et l'exploitation des questionnaires de sortie remis systématiquement aux patients sont à classer dans les enquêtes qualitatives. En effet, leur retour spontané est rarement exhaustif. Il permet de connaître davantage les opinions extrêmes, patients très satisfaits ou au contraire très mécontents. L'opinion moyenne est mal étudiée sauf lorsque l'on parvient à obtenir une exhaustivité des retours.
- L'institutionnalisation de la représentation des usagers pour les établissements de santé publics, par exemple dans les conseils d'administration et dans les commissions de conciliation, constitue une opportunité pour alimenter le dispositif d'écoute des patients.

### **1.1.2. Les enquêtes quantitatives**

Elles consistent à interroger des personnes représentatives d'une population cible étudiée et fournissent des informations avec une mesure qui permettra de définir un niveau et pourra être répétée dans l'espace et dans le temps, permettant ainsi des comparaisons. Les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives sont complémentaires.

Ces dernières reposent sur des enquêtes, avec recherche d'échantillonnage représentatif, utilisation de questionnaires et présentation de résultats quantifiés et hiérarchisés.

Les modes d'administration des questionnaires peuvent être variés : envoi postal, Internet, entretien téléphonique, entretien face à face.

Les questions posées peuvent porter sur les besoins et attentes des clients. La hiérarchie des attentes peut se modifier avec le temps et il peut être utile de répéter ces enquêtes. Les questions peuvent également porter sur la satisfaction ressentie après un contact avec l'organisation. Il est également possible d'interroger d'autres types de

clients, comme les médecins qui adressent les patients dans l'établissement, par exemple.

Plusieurs raisons conduisent à recourir à des enquêtes quantitatives :

- Explorer et hiérarchiser les attentes des clients pour concevoir et délivrer le service attendu ;
- Identifier des priorités d'amélioration ;
- Mesurer régulièrement des indicateurs pour suivre les améliorations.

En établissement de santé, l'objectif est, selon le type de questionnaire, de mesurer auprès des clients le niveau de satisfaction sur un ensemble de points, d'identifier leurs attentes et insatisfactions, de formuler des conclusions, de proposer des actions pour améliorer la satisfaction.

Pour ce faire, un questionnaire est élaboré, testé, réajusté, administré selon une modalité adaptée au sujet et à la population ciblée (remise lors du séjour, envoi postal ou entretien téléphonique avec un enquêteur après la sortie) ; les résultats sont exploités et communiqués aux professionnels concernés.

## **1.2. Les clients internes**

Nous entendons par clients internes l'ensemble des personnels qui composent les ressources humaines d'un établissement de santé. La complexité des établissements de santé vient en partie de la composition hétérogène de ses ressources humaines.

En effet, nous distinguons deux grandes catégories de personnels présentes au sein des établissements de santé à savoir : les personnels médicaux et les personnels non-médicaux.

### **1.2.1. Les personnels médicaux**

Les catégories de personnels médicaux exerçant au sein des établissements publics de santé sont : médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens. Ayant la qualité de titulaires, contractuels ou attachés.

A la différence du personnel non-médical, ils sont soumis à une pluralité de statuts, ce qui rend leur gestion complexe.

Ces statuts édictent des règles différentes selon la nature de l'établissement où ils exercent (CHU ou centre hospitalier), et au temps qu'ils consacrent à leurs fonctions (temps plein ou temps partiel).

### **1.2.2. Les personnels non-médicaux**

Les catégories de personnels non-médicaux sont principalement des personnels techniques, personnels médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux, personnels des services de soins, sage femmes, psychologues, aides soignants, agents des services hospitaliers, et autres personnels secondaires des services médicaux, infirmiers spécialisés, personnels d'encadrement du personnels soignant, autre personnel administratif, personnels de direction, etc.

### **1.2.3. Les programmes de suggestion et les enquêtes de satisfaction des personnels**

Pour les clients internes, on peut recourir aux mêmes types d'enquêtes qu'auprès des clients externes. On peut également faire appel à des méthodes de créativité baptisées « programmes de suggestion » qui visent à recueillir les idées, à en organiser l'analyse, puis à appliquer les idées retenues de la même façon et dans la même optique que les informations recueillies auprès des clients externes.

Ces programmes visent à valoriser les idées d'amélioration ou d'innovation proposées spontanément par les collaborateurs. Ils s'inscrivent très logiquement dans la recherche d'améliorations continues, dont ils complètent les approches classiques, en favorisant la participation et la créativité spontanée.

Ils consistent à encourager l'expression des suggestions émanant d'un individu ou d'une équipe. Celles-ci sont formalisées sur un document type et systématiquement étudiées par le responsable hiérarchique de proximité. Celui-ci donne une réponse dans un délai rapide et approuve ou non l'idée proposée en faisant procéder, s'il y a lieu, à une expertise. C'est l'auteur de la proposition, ou les auteurs, qui mettent en œuvre le changement proposé. L'établissement exprime aux auteurs d'idées retenues sa

reconnaissance sous diverses formes : remerciements directs et éventuellement, organisation de manifestations publiques en présence des décideurs.

L'existence d'une relation entre la satisfaction des clients externes et celle du personnel est postulée. Des enquêtes de satisfaction sont de plus en plus fréquemment réalisées périodiquement auprès du personnel des entreprises.

Les questionnaires sont conçus pour prendre en compte les facteurs essentiels de satisfaction/insatisfaction au travail bien repérés par les spécialistes en ressources humaines (conditions de travail, rémunération, relations interpersonnelles, nature des fonctions, responsabilités, promotion, relation avec la hiérarchie, etc.). Leurs résultats sont intégrés aux tableaux de bord et permettent un suivi du climat social au sein d'un établissement. La mesure périodique de la satisfaction permet de mener des actions concrètes d'amélioration, en fonction des problèmes identifiés et des marges d'action de l'établissement.

## **2. L'approche processus**

Selon la norme ISO 9000 version 2000 relative aux principes essentiels d'un système de management de la qualité, un résultat escompté en terme de qualité est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus<sup>48</sup>. La norme ISO 9001 version 2008 relative aux exigences des systèmes de management de la qualité va plus loin quant au rôle que joue l'adoption d'une approche processus au sein d'un organisme dans la construction d'un système de management de la qualité. En effet la norme ISO 9001 encourage l'adoption d'une approche processus lors du développement, de la mise en œuvre et de l'amélioration de l'efficacité d'un système de management de la qualité, afin d'accroître la satisfaction des clients par le respect de leurs exigences<sup>49</sup>.

Le principe de l'adoption d'une approche processus trouve tout son sens s'il est mis en relation avec le principe précédent. La maîtrise des processus permet de

---

<sup>48</sup> ISO, « système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, ISO 9000 version 2000 », p 05.

<sup>49</sup> ISO, « système de management de la qualité, exigence, ISO 9001 version 2008 », p 05.

répondre aux exigences des clients et de corriger les dysfonctionnements éventuels en se référant à ces dernières. En effet, comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre qui traite de l'évolution du mouvement de la qualité, pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur l'amélioration constante de la compétence des professionnels de chaque métier. Dans un objectif de les rendre toujours plus compétents. Cette approche a permis de faire de grands progrès en termes de qualité. Cependant, elle trouve ses limites dans la complexité des organisations.

En effet, la spécialisation de plus en plus accrue et le nombre de professionnels nécessaires dans un processus de production de biens ou de services qui ne cesse d'augmenter, ont fait que la problématique des relations entre les professionnels donc des interfaces entre les processus se pose avec de plus en plus d'acuité.

L'approche par processus répond à cette problématique. Elle permet de comprendre la contribution de chaque partie prenante à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différentes parties prenantes qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La satisfaction du client dépend maintenant de cet aspect organisationnel au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

Après avoir exposé l'importance du principe de l'adoption d'une approche processus au sein d'un système de management de la qualité et après la mise en lumière des relations liant la mise en place de cette dernière et la satisfaction des clients, il y a lieu de se pencher sur les fondements de cette approche.

### **2.1. L'approche processus : fondements et principes**

Il est difficile de situer l'origine de l'approche processus, cependant, bien des auteurs s'accordent sur le début des années 80<sup>50</sup>, au moment de la généralisation de la mise en œuvre de la qualité au sein des grandes entreprises.

Cette volonté des directions d'entreprises de mettre en place la qualité à tous les niveaux s'est soldé par la création de « cercles de qualité ». Ces derniers étaient des groupes de travail internes mis en place dans chaque entités de l'entreprise (service, département, atelier...), dans l'objectif de travailler sur l'amélioration de la qualité de l'entité. Très rapidement ces cercles de qualité constatèrent que la qualité de l'entité étudiée dépendait pour 80% de dysfonctionnements venant d'autres entités ou de l'extérieur. Pour beaucoup d'entreprise cela à entraîné la disparition des cercles de qualité, pour leur incapacité de traiter les vraies sources de la non-qualité.

Cependant, certaines entreprises ont fait évoluer leurs cercles de qualité vers des groupes de qualité transversaux. Ces groupes transversaux ont généralement constaté l'existence de cloisonnement entre les différentes entités de l'entreprise, se traduisant par l'absence d'un objectif commun, cela engendrait des dysfonctionnements liés aux procédures non homogènes et aux relations entre les différentes entités.

La transversalité consiste d'une part à sans cesse étudier les dysfonctionnements en regroupant les professionnels concernés afin que chacun connaisse non seulement sa prestation propre, mais aussi celles des autres, d'autre part quand cela est possible à organiser la production directement de manière transversale en réunissant les différents acteurs autour du processus. Les contraintes des uns et des autres sont ainsi identifiées, connues de tous, partagées et prises en compte.

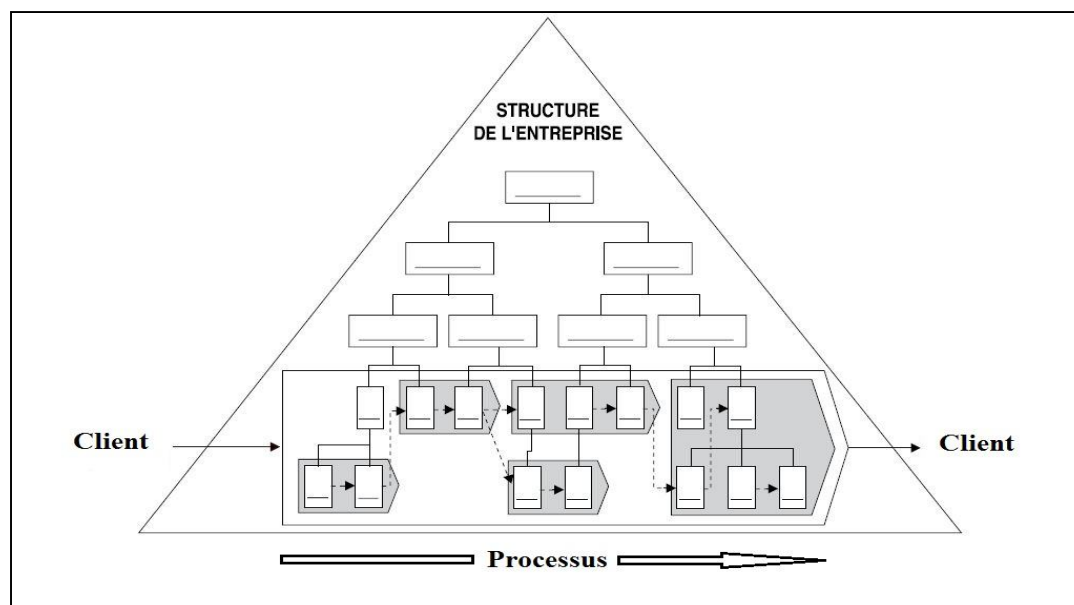
C'est par cette démarche transversale qui conduit au décroisonnement que l'essentiel des gains actuels en termes de qualité est acquis en augmentant l'efficacité collective au service de la satisfaction des clients.

---

<sup>50</sup> H. Brandenburg & J.P. Wojtyna « l'approche processus : mode d'emploi », 2ème édition d'organisation, Paris 2003, p 45.

La figure 03 ci-dessous indique la différence entre une approche verticale basée sur l'hierarchie des responsabilités figées dans un organigramme et une approche horizontale « transversale » orientée client.

**Figure 04 :** Différence entre une approche verticale et une approche transversale



**Source :** T. Guillemain & M. Trabelsi, « Optimiser gestion et qualité pour créer de la valeur », édition DUNOD, Paris 2008, P 08.

### 2.1.1. Le processus de quoi s'agit-il ?

De nombreux auteurs se sont attachés à définir le concept de processus. La norme ISO 9000 version 2000 le décrit comme<sup>51</sup> :

« Un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrées en éléments de sortie :

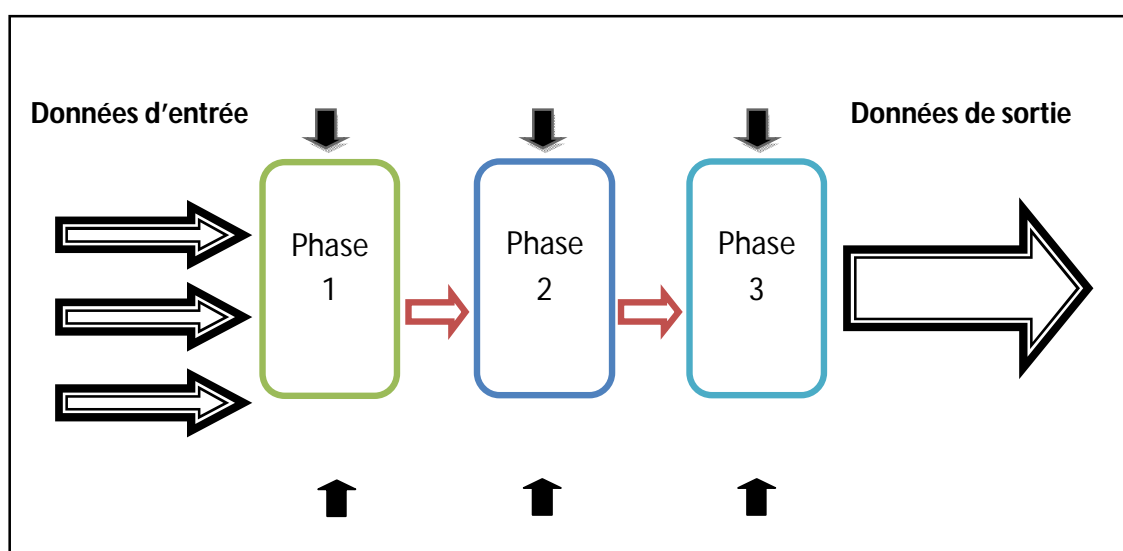
- Les éléments d'entrée d'un processus sont généralement les éléments de sortie d'autres processus ;
- Les processus d'un organisme sont généralement planifiés et mis en œuvre dans des conditions maîtrisées afin d'apporter une valeur ajoutée ;

<sup>51</sup> ISO 9000 version 2000, Op.cit. p 10-11.

- Lorsque la conformité du produit résultant ne peut être immédiatement ou économiquement vérifiée, le processus est souvent qualifié de procédé spécial ».

Cette définition du processus centrée sur l'activité est reprise par H. Brandenburg, pour qui un processus est « un enchaînement d'activité ou d'ensemble d'activité, qui est alimenté par des entrées, qui dispose des ressources et qui ajoute de la valeur par rapport au but pour créer des sorties. Les entrées d'un processus proviennent soit de l'extérieur, soit d'un autre processus (processus amont), tout comme ses sorties, soit vers l'extérieur, soit vers un autre processus aval ». Ces processus ont principalement deux caractéristiques soulignées par les auteurs : ils servent des clients et transverses les structures verticales. Le processus transversal est donc créateur de valeur pour un client, un usager, un patient. Ces définitions issues de l'industrie sont parfaitement transposables à l'hôpital. Prenant par exemple le cas d'un patient qui se présente aux urgences pour y recevoir des soins, il va d'abord être reçu par un agent d'accueil, puis reçu par un infirmier, puis examiné par un médecin, puis, probablement radiographié, puis peut-être hospitalisé dans une unité de soins. Nous pouvons représenter le processus par la figure ci-dessous.

**Figure 05 :** Représentation d'un processus



Source : réalisé par nos soins

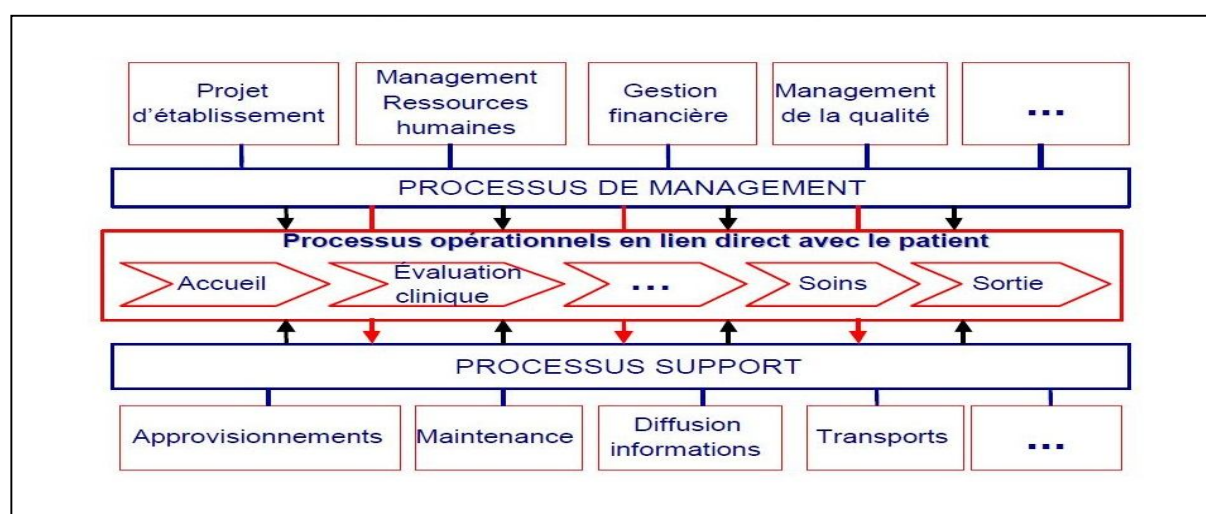
Cette figure peut illustrer les différentes phases de prise en charge du patient qui arrive dans un service des urgences par exemple, ou encore le patient qui vient subir une opération chirurgicale. Les données d'entrée correspondent par exemple à des renseignements cliniques, des informations, relatifs aux antécédents médicaux du patient. Quant aux phases 1,2 et 3 elles sont les différentes étapes du processus de prise en charge du patient aux urgences ou au bloc opératoire. Plusieurs métiers et professionnels sont sollicités, des moyens matériels sont mobilisés pour produire un résultat, une décision, une orientation qui peut-être considéré comme l'élément de sortie.

### 2.1.2. Les différents types de processus

Un processus est un ensemble plus ou moins complexe de tâches élémentaires accomplies par un professionnel ou un groupe de professionnels, faisant appel à des ressources, destiné à obtenir un résultat donné. Un établissement de santé, comme toute entreprise, comporte un grand nombre de processus formant un réseau de processus interdépendants. On distingue trois grandes catégories de processus :

- Les processus opérationnels ;
- Les processus supports ;
- Les processus de management.

**Figure 06 :** Représentation schématique des processus d'un établissement de santé.



Source : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002, p 55.

Les processus opérationnels participent directement à la réalisation de l'acte de soin depuis sa conception jusqu'à sa mise en œuvre au profit du patient. Dans un établissement de santé la production de soins constitue son cœur de métier, au bénéfice du patient ou de l'usager, et tout processus participant à cette production de soins est considéré comme un processus opérationnel.

Les processus de management représentent le pilotage des actions, du changement, la conduite des projets, ils produisent des informations, des projections, nécessaires aux analyses permettant de conduire l'établissement.

Les processus supports viennent comme leur nom l'indique en support à la fonction de production de soins des processus opérationnels, il s'agit par exemple de la logistique, l'informatique, la maintenance des équipements..., ces des processus dont l'importance ne cesse de croître pour le rôle crucial qu'ils jouent dans la qualité des soins.

### **2.1.3. L'interface entre les processus**

Chaque processus travaille pour d'autres processus ou directement pour les clients externes. Chaque processus utilise des données d'entrée et fabrique des données de sortie qui sont utilisées par les autres processus. Ces données de sortie constituent les liens qui unissent tous les maillons de la chaîne. Les interrelations doivent prendre appui sur les données de sortie qui vont d'un processus à un autre.

Nous dénombrons plusieurs définitions du mot « interface », elles ont en général pour point commun de faire référence au domaine de l'informatique, nous pouvons en citer quelques unes :

- « Zone réelle ou virtuelle qui sépare deux éléments »<sup>52</sup>
- « Ensemble de normes ou de règles à respecter pour assurer l'échange d'informations »<sup>53</sup>
- « Chose permettant la jonction entre deux éléments afin qu'ils puissent communiquer »<sup>54</sup>

---

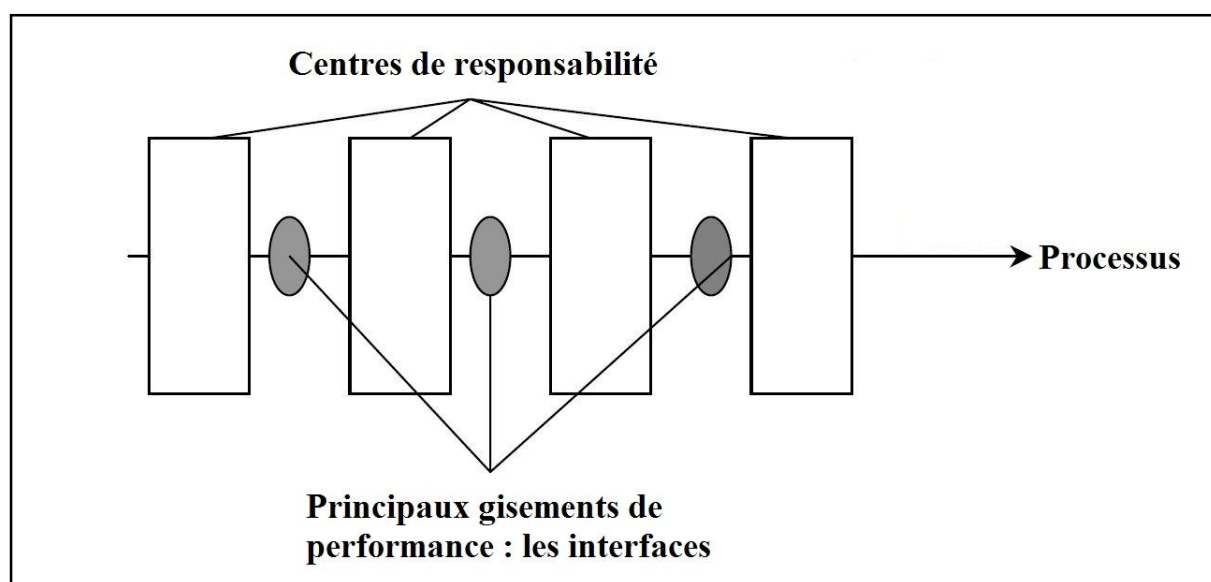
<sup>52</sup> <http://www.wikipedia.org>

<sup>53</sup> <http://www.revuessim.free.fr>

La notion d'échange d'information, de communication, puis cette « chose » motionnée par la dernière définition qui peut-être de la matière, des compétences, nous montrent bien qu'il y a interdépendance entre plusieurs éléments ou dans notre cas pour l'hôpital entre plusieurs processus ou services. Entre le service des urgences et le service de chirurgie si l'on reprend l'exemple précédent.

P. Lorino accorde un intérêt particulier aux interfaces entre les processus en affirmant que « des gisements importants de progrès se situent aux interfaces, dans les modes de communication, de coopération, et de coordination »<sup>55</sup> ce qui peut être représenté sous la figure suivante :

**Figure 07 : Représentation des interfaces**



**Source :** P. Lorino « le déploiement de la valeur par les processus » in, Revue Française de gestion, juin-juillet-août 1996, p 63

Nous pouvons remarquer sur la figure que c'est aux niveaux des interfaces que se croisent les acteurs des différents processus et que c'est également là que la coordination, la coopération entre eux prend tout son sens pour donner de la cohérence à l'ensemble du réseau de processus. Le réseau de processus peut être par exemple, la prise en charge d'un patient en chirurgie. L'enjeu étant de déconstruire le système de division du travail et de développer la vision systémique du processus.

<sup>54</sup> <http://www.telug.quebec.ca>

<sup>55</sup> P. Lorino « le déploiement de la valeur par les processus » in, Revue Française de gestion, juin-juillet-août 1996, p 62.

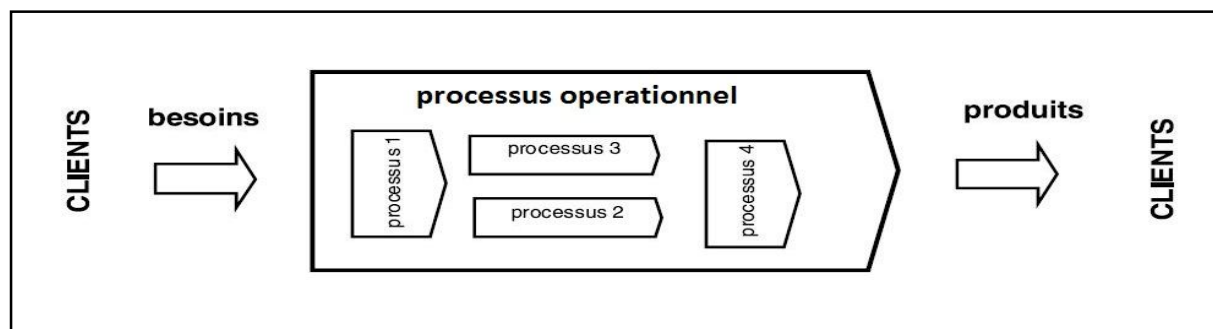
Les interfaces revêtent une importance capitale en matière de qualité. En effet, les statistiques démontrent que la majorité des dysfonctionnements, au sein d'un organisme, se produisent aux interfaces. C'est donc à ce niveau que se situe la réserve la plus importante d'amélioration potentielle de la qualité. De ce fait, l'enjeu des interfaces entre les processus réside dans le besoin de développer des interactions, des mécanismes de liaison, des liens latéraux de qualité, entre les processus.

## 2.2. La cartographie des processus

La première étape de la mise en œuvre de l'approche processus consiste à identifier les processus en commençant par les processus opérationnels qui représentent le cœur de métier d'un organisme. L'identification des processus doit être suivie d'une représentation de ces derniers. Il existe plusieurs façons de décrire des processus, dans ce travail nous avons opté pour la méthode de cartographie que nous allons présenter ci-dessous.

Comme nous l'avons présenté précédemment, l'approche processus se veut être une méthode d'analyse et de modélisation, dont l'un des objectifs est de travailler collectivement sur l'amélioration et l'efficacité d'un organisme. De ce fait, le résultat de l'identification des processus doit être le plus clair possible, de sorte qu'il soit compris et facilement partageable par le plus grand nombre d'acteurs de l'organisation. Pour ces raisons nous avons opté pour une représentation graphique du résultat de l'identification des processus. On parle alors d'établir la cartographie des processus.

**Figure 08** : Cartographie des processus



Source : H. Brandenburg & J.P. Wojtyna « l'approche processus : mode d'emploi », 2<sup>ème</sup> édition d'organisation, Paris 2003, p20.

Nous remarquons dans la figure ci-dessus, qu'un processus est toujours caractérisé par des entrées et des sorties, ces dernières doivent être indiquées dans la cartographie. De plus, un processus est caractérisé par une suite d'opérations qui apportent une valeur ajoutée aux entrées en les transformant en sorties.

### **3. L'amélioration continue**

Selon la norme ISO 9000 version 2000, l'amélioration continue est l'un des principes essentiels d'un système de management de la qualité. « Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme »<sup>56</sup>.

Le principe de l'amélioration continue est étroitement lié au principe de l'approche processus. En effet, l'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et ses services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisée étape par étape. Elle peut être recherchée quel que soit l'état initial. La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle alors d'amélioration continue.

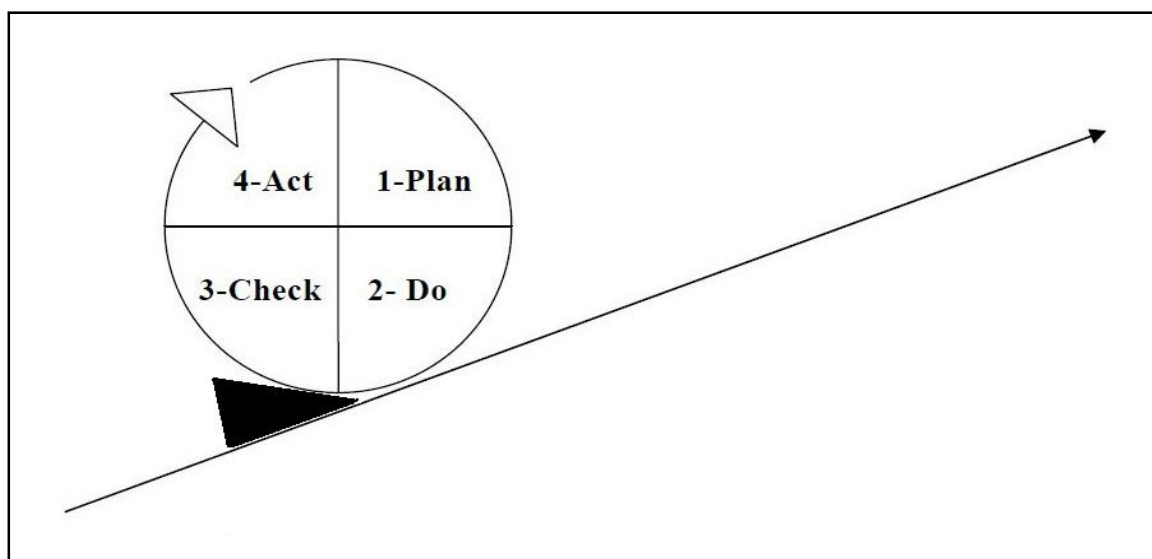
Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systémique d'analyse et de correction des dysfonctionnements. L'amélioration continue peut être appliquée selon des modalités diverses. On peut ainsi mettre en œuvre des changements pas à pas.

W.E. Deming l'un des pères fondateurs du management de la qualité, à qui on doit de nombreux concepts et outils de la qualité, modélise le processus de l'amélioration continue par le schéma suivant :

---

<sup>56</sup> ISO 9000 version 2000, Op.cit. p VI

Figure 09 : Roue de Deming



Source : Segouin. C & Bérard. A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques Professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005.

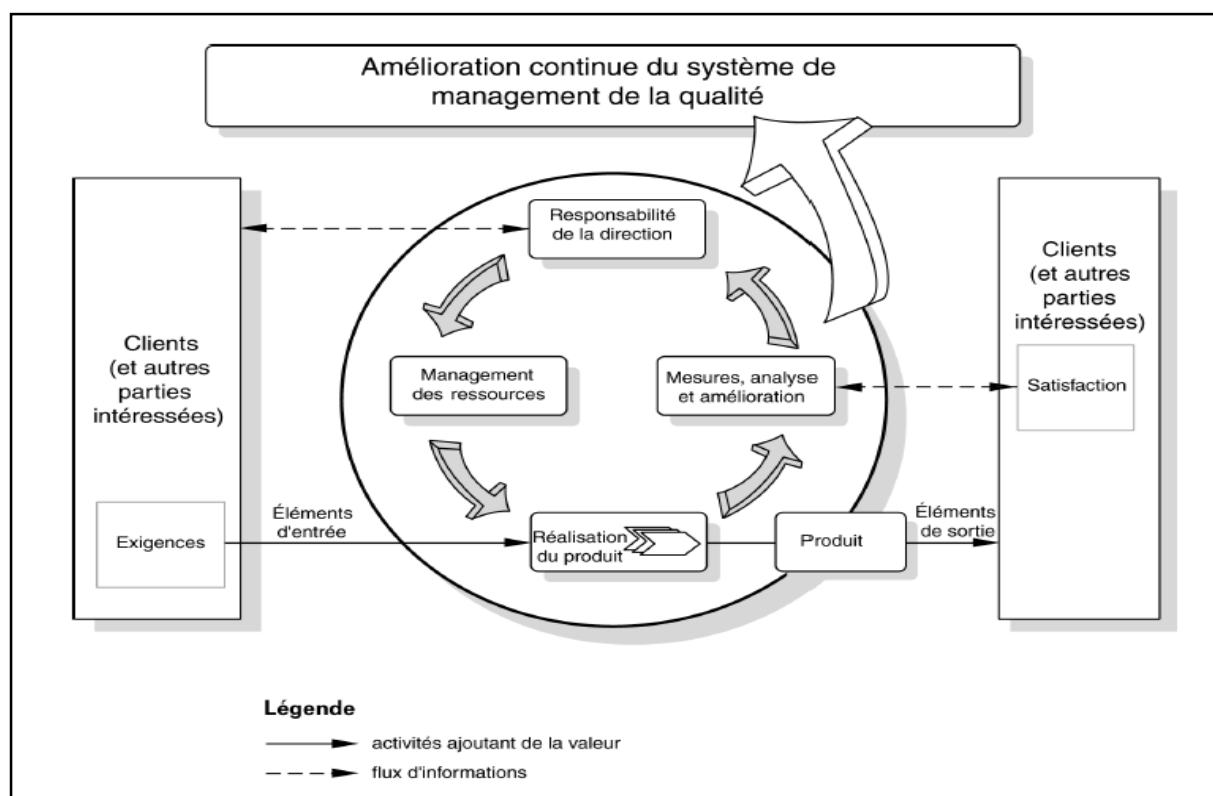
Symbolisée par l'acronyme « PDCA » pour *Plan* (« planifier »), *Do* (« agir »), *Check* (« vérifier »), *Act* («[ré-]agir »), la Roue de Deming est la théorisation de l'amélioration continue : la roue posée sur une pente laquelle possède une cale qui fait allusion à la nécessité du maintien de l'effort pour ne pas descendre du niveau de qualité atteint antérieurement. Par contre, la roue symbolise la continuité de l'action tandis que la pente fait référence à la permanence de l'effort. Dans cette roue quatre phases sont symbolisées : « plan » ; « do » ; « check » et « act ». Par « plan » Deming sous entend la planification des actions qualité ; « do » signifie la mise en œuvre de ces actions ; « check » veut dire évaluation des actions entreprises sous leur aspect économique et médical et enfin la phase « act » symbolise la mise en œuvre d'actions correctives suite aux résultats de l'évaluation<sup>57</sup>.

Le système de management de la qualité se comprend ainsi comme le fait de savoir repérer les problèmes (les « non-conformités »), puis mettre en œuvre la méthodologie adéquate pour les réparer et éviter leur répétition. L'inscription de ce principe dans la conduite d'une organisation est le troisième élément incontournable d'une démarche qualité.

<sup>57</sup> Salmi. M. Op.cit. P 236.

En effet, les trois principes d'un système de management de la qualité que nous avons présentés jusqu'ici à savoir : l'orientation client, l'approche processus et l'amélioration continue se trouvent être la base de tout système de management de la qualité. Selon les normes ISO, ces trois principes sont complémentaires et leur agencement constitue le modèle d'un système de management de la qualité basé sur les processus, comme le démontre la figure suivante :

**Figure 09 :** Modèle d'un système de management de la qualité basé sur les processus



Source : ISO, « système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, ISO 9000 version 2000 », p VI

L'orientation client, l'approche processus et l'amélioration continue sont certes les principes de base pour tout système de management de la qualité. Cependant, d'autres principes sont à prendre en considération dans la construction d'un tel système. Ces principes diffèrent d'un auteur à un autre. Les normes ISO identifient huit principes de management de la qualité à savoir :

- Orientation client ;
- Leadership ;
- Implication du personnel ;

- Approche processus ;
- Management par approche système ;
- Approche factuelle pour la prise de décision ;
- Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs.

### **Conclusion**

Deux points d'analyse structurent donc se deuxième chapitre, ils consistent en :

- L'analyse des fondements paradigmatiques du management de la qualité à travers la revue de la littérature des principaux auteurs.
- L'analyse des principes fondamentaux d'un système de management de la qualité.

Cela nous à permis de constater que la mise en place d'un tel système est conditionnée par une démarche qui consiste en l'adoption et l'application de plusieurs principes fondamentaux.

La démarche de mise en place d'un système de management de la qualité exige un changement organisationnel mais également la réunion de moyens humains et financés.

Dans le troisième chapitre nous allons confronter la réalité du secteur de la santé en Algérie et les conditions et exigences de mise en place d'un système de management de la qualité.

**Chapitre III :**  
**Les établissements**  
**publics hospitaliers et**  
**la réforme**  
**hospitalière en**  
**Algérie : un état des**  
**lieux**

## Introduction

L'hôpital public en Algérie est dirigé par trois structures, le conseil d'administration organe délibérant dont la majorité de ces membres sont nommés par la tutelle, la direction, organe exécutif à sa tête un directeur et le conseil médical, organe consultatif composé de professionnels de la santé. Au sein de chacune de ces structures les intérêts divergent.

L'hôpital est confronté à de multiples contraintes est dysfonctionnements qui font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion, absence de choix des priorités des actions, etc.) et externes (liées aux problèmes d'environnement, de financement, de relation avec la tutelle, etc.).

Cette situation a amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. L'objectif prioritaire des réformes hospitalières<sup>58</sup> est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation de ces établissements, et la modernisation de leur management afin de satisfaire les besoins en soins de la population.

A travers ce chapitre nous tenterons d'analyser le mode d'organisation et de gestion des établissements publics hospitaliers, puis à travers une enquête de terrain relevé les contraintes et dysfonctionnements auxquels sont confrontés ces derniers. Pour terminer avec l'analyse des réformes engagées par le ministère de la santé. Pour ce faire nous avons retenu le cheminement ci-après :

Section 01 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie : présentation, organisation et gestion ;

Section 02 : La réforme hospitalière en Algérie : vers un management de la qualité ?

---

<sup>58</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, les préalables et les actions urgentes.

## Section 01 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie : présentation, organisation et gestion

### 1. Présentation des établissements publics hospitaliers

L'établissement de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin. L'établissement de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En Algérie les établissements de santé sont regroupés dans trois catégories d'établissement avec une organisation et des missions différentes à savoir :

- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ;
- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) ;
- Les établissements publics hospitaliers (EPH) ;
- Les établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Le tableau ci-dessous représente l'état des infrastructures sanitaires publiques en Algérie :

**Tableau 04** : infrastructures sanitaires publiques en Algérie

Structure de santé	Nombre
CHU	13
EHS	31
EPH	224
EPSP	504

**Source** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire », Alger, 2009. P10.

Chacun de ces établissements de santé est organisé autour d'une structure importante qui est l'hôpital. Ce dernier est divisé en plusieurs services dotés de lits d'hospitalisation, les structures non dotées de lits d'hospitalisation telles que les salles de soins sont rattachées soit à un EPH ou à un EPSP. Le tableau montre que les EPSP représentent les structures sanitaires les plus importantes en nombre. Cependant, ces

structures de santé ne sont pas dotées de lits d'hospitalisation ce qui fait des EPH les structures les plus importantes en nombre de lits d'hospitalisation qui avoisine les 40000 lits. Cela est l'une des raisons qui nous ont motivés à orienter notre travail vers l'étude du cas des EPH.

Juridiquement l'hôpital est un établissement public à caractère administratif, il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par un décret exécutif et placé sous la tutelle du ministère de la santé à l'exception des CHU qui sont sous la tutelle conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'établissement public hospitalier remplit plusieurs missions à savoir : une fonction clinique dans laquelle l'EPH est en charge d'organiser et de programmer la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation, cela afin de répondre aux besoins sanitaires de la population. L'EPH a également pour mission, l'application des programmes nationaux de santé en collaboration avec le ministère de tutelle dans l'objectif d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux. Enfin, l'EPH remplit une mission de formation, de perfectionnement et de recyclage au profit des personnels des services de santé.

## **2. Organisation et gestion des Etablissements Publics Hospitaliers**

L'hôpital est une organisation d'une grande complexité. En effet, en examinant l'organigramme type d'un établissement public hospitalier (EPH), on s'aperçoit que la structure organisationnelle de ce dernier est composée de plusieurs unités de décision et d'unités opérationnelles.

### **2.1. Gestion des Etablissements Publics Hospitaliers**

Les établissements publics hospitaliers (EPH) sont administrés par un conseil d'administration, dirigés par un directeur et sont dotés d'un organe consultatif, à savoir, le conseil médical. Chacun de ces organes joue un rôle dans la gestion des EPH

représentant ainsi le sommet stratégique de ces établissements de santé. La définition et le fonctionnement de ces organes sont fixés par décrets exécutifs<sup>59</sup>.

### 2.1.1. Le conseil d'administration

Le conseil d'administration et un organe de délibération composé de 11 membres en plus du directeur de l'établissement qui assiste aux délibérations en tant que membre consultatif et assure le secrétariat au sein du conseil.

Le conseil d'administration est présidé par un représentant du wali qui est souvent un administrateur de la direction de la santé publique (DSP). Les autres membres du conseil d'administration sont des représentants des différentes administrations des collectivités locales et d'acteurs socio-économiques en relation avec la santé publique à savoir :

- 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 wilaya ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des associations des usagers ;
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- Le président du conseil médical.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelable par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

Le conseil d'administration est compétent dans la prise de décisions stratégiques qui concernent l'établissement à savoir :

---

<sup>59</sup> Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

- Le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Le compte administratif ;
- Les projets d'investissements ;
- Les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- Les conventions concernant l'utilisation de l'établissement comme terrain d'étude et de recherche ;
- Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale,
- Les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- 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 de dons et legs.
- Les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois par semestre, et en session extraordinaire sur convocation de son président ou des deux tiers de ses membres. Les délibérations du CA sont soumises à l'approbation du wali et deviennent exécutoires dans les trente jours qui suivent.

### **2.1.2. Le Directeur**

Le directeur de l'établissement public hospitalier représente l'instance exécutive de l'organisation, il est chargé de mettre en œuvre les délibérations du conseil d'administration et représente l'établissement en justice. Il passe tout contrat, marché, convention et accord avec les différentes parties prenantes après délibération du CA.

Le directeur est ordonnateur de l'établissement et exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité. Il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception du personnel faisant partie du corps médical pour qui un autre mode de nomination est prévu par les textes juridiques.

Le directeur prépare les projets de budgets prévisionnels et le projet de l'organigramme interne ainsi que le règlement intérieur de l'établissement afin de les soumettre au CA pour délibération. Il établit les rapports annuels d'activité ainsi que les comptes de l'établissement qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du CA.

Le directeur est secondé dans l'accomplissement de ses tâches par quatre sous-directeurs pour lesquels il peut déléguer sous sa responsabilité sa signature. Les sous-directeurs nommés par arrêté du ministre de la santé sont chargés respectivement :

- Des finances et des moyens ;
- Des ressources humaines ;
- Des services de santé ;
- De la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

### **2.1.3. Le conseil médical**

Le conseil médical est un organe consultatif, il est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

- L'organisation et les relations conflictuelles 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 des structures médicales.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention. Le CM peut être saisi par le directeur de l'établissement pour toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Le conseil médical comprend :

- Les responsables des services médicaux
- Le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ;
- Un chirurgien-dentiste
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- Un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Le CM se réunit en session ordinaire une fois tous les deux mois et en sessions extraordinaires sur convocation de son président ou de la majorité de ses membres ou du directeur de l'établissement.

## **2.2. Organisation interne des établissements publics hospitaliers**

L'organisation interne des établissements publics hospitaliers est fixée par arrêté interministériel<sup>60</sup>. L'organisation administrative des EPH est chapotée par le directeur de l'établissement, sous son autorité à laquelle sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des EPH comprend quatre sous-directions chargées respectivement :

- La sous-direction des finances et des moyens ;
- La sous-direction des ressources humaines ;
- La sous-direction des services de santé ;
- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

---

<sup>60</sup> Arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007.

### **2.2.1. Sous-direction des finances et des moyens**

La sous-direction des finances et des moyens est composée de trois bureaux, remplissant chacun une mission particulière.

- Le bureau du budget et de la comptabilité est chargé des prévisions budgétaires et de l'établissement du projet de budget pour l'EPH, ainsi que l'élaboration des comptes financiers et la tenue de tous les documents relatifs à la comptabilité hospitalière ;
- Le bureau des marchés publics est chargé de veiller sur le bon déroulement des différents processus d'approvisionnement et de sous-traitance avec les fournisseurs et partenaires sociaux de l'EPH ;
- Le bureau des moyens généraux est chargé de la mise à la disposition des différents services administratifs et médicaux des moyens généraux indispensables à leur fonctionnement, organise les services hôteliers, assure la bonne marche des magasins et des services généraux.

### **2.2.2. La sous-direction des ressources humaines**

La sous-direction des ressources humaines est composée de deux bureaux chargés respectivement de :

- Le bureau de la gestion des ressources humaines est chargé de la gestion des carrières des personnels de l'EPH, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que de la gestion des conflits et de la commission paritaire ;
- Le bureau de la formation est chargé de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des personnels selon les besoins exprimés par les différents services et de veiller au bon fonctionnement de l'annexe de formation paramédicale.

### **2.2.3. La sous-direction des services de santé**

En plus des services d'hospitalisations qui y sont rattachés, la sous-direction des services de santé regroupe trois bureaux à savoir :

- Le bureau des entrées est chargé essentiellement de l'accomplissement de six tâches : accueil et admissions des patients hospitalisés, gestion de l'état civil en collaboration avec les services concernés de l'APC, l'établissement des statistiques relatives au mouvement de la population hospitalière via le logiciel Patient<sup>61</sup>, la facturation, la tenue de la caisse et pour finir la gestion des archives.
- Le bureau de la contractualisation et du calcul des coûts
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé est chargé de l'établissement du bilan d'activité annuel des services de santé ainsi que du canevas statistique pour la tutelle, d'établir des plans d'action sanitaire en collaboration avec les services de santé et le suivi ainsi que la coordination des activités médicales et paramédicales.

#### **2.2.4. La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes**

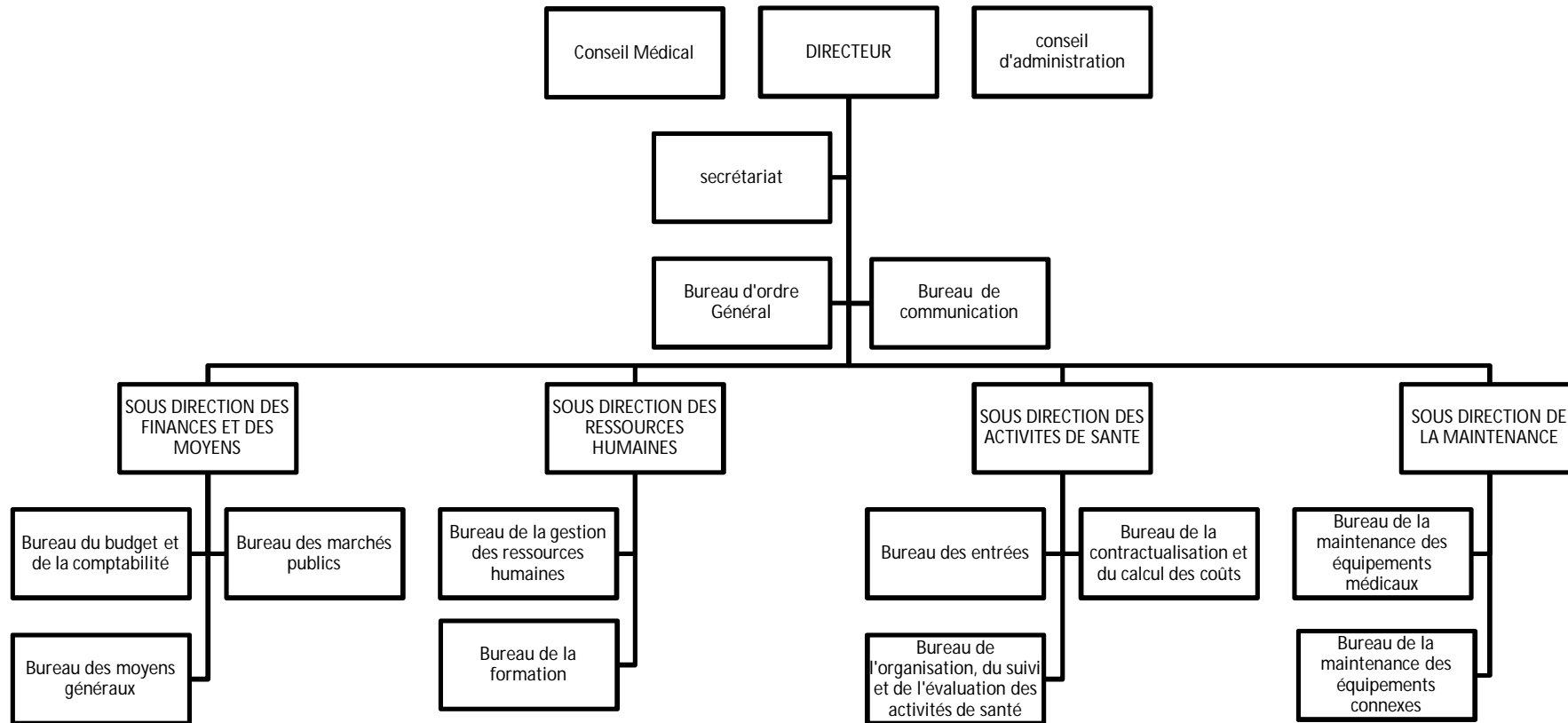
La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes comprend deux bureaux :

- Le bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- Le bureau de la maintenance des équipements connexes.

---

<sup>61</sup> Logiciel de gestion du parcours du patient fonctionnant en réseau.

Figure 11 : organigramme type des établissements publics hospitaliers



**Source :** établi à partir de la lecture de l'arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007.

### 3. Les établissements publics hospitaliers en Algérie : un état des lieux

Le secteur de la santé est un secteur névralgique et sensible, du fait que la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. L'Algérie consacre depuis son Indépendance 3 à 5 % de son PIB à ce secteur. A titre d'exemple en 2010 l'Algérie a consacré 4.3 % du PIB au secteur de la santé avec plus de 200 milliards de dinars algériens en budget de fonctionnement au profit des établissements sanitaires toute catégories confondues<sup>59</sup>.

#### 3.1. La place des établissements publics hospitaliers dans le système de santé en Algérie

Le secteur de la santé en Algérie est le destinataire du troisième plus important budget de l'état après la défense et l'éducation. Nous présentons le secteur de la santé en Algérie à travers les tableaux suivants qui résument l'état des lieux de ce dernier en termes d'infrastructures, d'effectifs et d'activité.

**Tableau 05 : Etat des infrastructures de la santé**

Structure de santé	Nombre de lits
Centres Hospitalo-universitaires	13042
Etablissements Hospitaliers Spécialisés	10475
Etablissements Publics Hospitaliers	33665
Etablissements Publics de Santé de Proximité	5618
<b>TOTAL</b>	<b>62800</b>

**Source :** Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire », Alger, 2009. P10-15.

<sup>59</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Statistique sanitaire mondiale 2013 », bibliothèque de l'OMS, Suisse 2013. P132.

**Figure 12 :** Etat des infrastructures de la santé

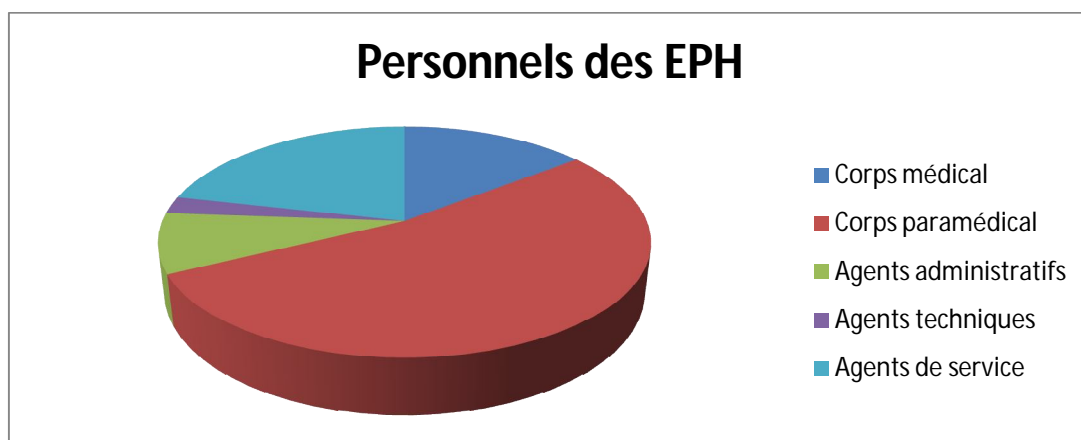
**Source :** construit sur la base des données contenues dans le tableau 05.

La figure ci-dessus nous démontre à nouveau l'importance des Etablissements Publics Hospitaliers dans le système de santé en Algérie. En effet, les EPH représentent plus de 50 % de la capacité en lits d'hospitalisation du pays.

**Tableau 06 :** Effectifs des personnels au sein des EPH

Personnels	Corps médical	Corps paramédical	Agents administratifs	Agents techniques	Agents de service
Effectif	10266	37582	5900	1691	15166

**Source :** Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire », Alger, 2009. P10.

**Figure 13 :** Effectifs des personnels au sein des EPH

**Source :** construit sur la base des données contenues dans le tableau 06.

La figure ci-dessus représente l'importance des effectifs par catégorie. Nous constatons que le corps paramédical représente plus de 50 % de l'effectif global, cela démontre que l'efficacité des EPH dépend en majeure partie du corps paramédical.

**Tableau 07 :** Activités hospitalières des EPH pour l'année 2009

	Nombre de lits	hospitalisation	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation des lits	Taux de rotation des lits
Spécialités médicales	16600	2810939	4.6 j	45.68 %	34.5
Spécialités chirurgicales	9952	1234036	4.03 j	34 %	28.88
Spécialités de gynécologie-obstétrique	5326	1044829	1.95 j	53.75 %	100.8

**Source :** Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire », Alger, 2009. P10.

Après avoir présenté un état des lieux des EPH en Algérie, à travers les données quantitatives du ministère de la santé<sup>60</sup>, nous avons relevé lors de notre enquête de terrain un certain nombre de dysfonctionnements relatifs à l'activité des EPH notamment à la qualité des soins dispensés au sein de ces établissements.

### 3.2. Contraintes et dysfonctionnements au sein des hôpitaux publics

Les hôpitaux du secteur public en Algérie présentent des contraintes et dysfonctionnement communs aux différentes catégories d'établissements (CHU, EHS, EPH, EPSP), certains sont spécifiques aux EPH. Ces contraintes et dysfonctionnements font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion, absence de choix des priorités des actions, etc.) et externes (liées aux problèmes d'environnement, de financement, de relation avec la

<sup>60</sup> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, « statistiques sanitaire », Alger, 2009.

tutelle, etc.). Les contraintes et dysfonctionnements cités ci-dessous ont été tirés du rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière<sup>61</sup>.

### 3.2.1. Contraintes et dysfonctionnements liés au financement

Les questions liées au financement sont sans doute parmi les plus importantes notamment en matière de qualité, car la qualité a un coût et des contraintes financières peuvent conduire à l'échec de tout projet qualité.

Le système de santé en Algérie souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. En effet, Les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987<sup>62</sup>. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé.

De plus, l'hôpital doit répondre à toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement en puisant dans les budgets alloués par la tutelle. Les dysfonctionnements et les contraintes subies en conséquence de cette situation peuvent être résumés comme suit :

- Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisantes ;
- Budgets des hôpitaux non négociés, ces derniers sont fixés proportionnellement aux budgets des années précédentes ;
- Endettement important ;
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses.

### 3.2.2. Contraintes et dysfonctionnements liés à l'information

L'information sanitaire subit les conséquences du passage d'un mode traditionnel de collecte d'exploitation et d'analyse de l'information vers un mode qui introduit les nouvelles technologies de l'information.

---

<sup>61</sup> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, « Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes », [www.santé.dz](http://www.santé.dz) consulté le 10 novembre 2014.

<sup>62</sup> Idem.

Ce passage a fait perdre aux professionnels de la santé toute l'expérience et la maîtrise accumulée en termes de collecte et de gestion manuelle de l'information sans intégrer totalement les nouvelles technologies. On peut citer à titre d'exemple la tenue correcte du dossier médical, des comptes rendus médicaux et des différents registres administratifs.

Le système actuel d'information ne nous renseigne que partiellement sur l'ampleur de la réalité de la demande de soins et sur la qualité des prestations sanitaires fournies à la population. Cela engendre de multiples contraintes et dysfonctionnements :

- Bureau des entrées pas encore totalement opérationnel ;
- Registres et supports d'enregistrement défectueux ;
- Personnels peu formés à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication cela entraîne une mauvaise tenue du dossier médical et des comptes rendus médicaux ;
- Inadaptation de certains registres administratifs.

### **3.2.3. Contraintes et dysfonctionnements liés à la formation**

Ces contraintes et dysfonctionnements ont été identifiés comme suit :

- Le système d'éducation et de formation ne tient pas compte des besoins exprimés par le secteur de la santé.
- Le secteur lui-même n'est, dans certains cas, pas en mesure d'exprimer une demande fine et précise en quantité et en qualité en matière de formation, eu égard à la connaissance insuffisante des demandes réelles en soins de la population.
- La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain.

- L'inadéquation totale, dans certains cas, entre la qualification académique et la compétence professionnelle, aboutit à un manque sérieux, sinon à la disparition, de certaines spécialités médicales et paramédicales.
- Certaines filières à l'exemple des physiciens médicaux, des chefs de centres informatiques et des agents en hygiène et entretien sanitaire ne figurent pas dans le plan de gestion des ressources humaines.
- La demande en formation continue de tous les personnels n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation paramédicale.
- La formation des gestionnaires au niveau des établissements de l'enseignement supérieur (ENMAS et ENA) ne répond pas au profil de la gestion hospitalière.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements, le ministère de la santé a inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaire. Dans un souci de modernisation de la gestion et d'amélioration de la qualité des soins prodigués au sein des hôpitaux en Algérie, le MSPRH dans le cadre d'un partenariat avec l'union européenne a inscrit un mouvement de réformes dont certains axes sont au stade de l'étude.

Le partenariat Algéro-européen baptisé : programme d'appui au secteur de la santé abrégé en « PASS », a pour objectif général de soutenir le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « MSPRH » dans ses efforts visant à améliorer les instruments de pilotage du secteur de la santé en Algérie. Une des composantes essentielles du PASS est d'apporter l'appui technique nécessaire dans le domaine de la prise en charge sanitaire par un développement d'outils permettant une meilleure planification et gestion des services de santé préventifs et curatifs.

## **Section 02 : La réforme hospitalière en Algérie : vers un management de la qualité ?**

Le système de santé en Algérie a connu plusieurs vagues de réformes depuis 1962 certaines concernent le découpage de la carte sanitaire, d'autres l'organisation et la gestion des établissements de santé. Cependant, la présente section ne présentera pas les réformes hospitalières précédentes qu'a connu le secteur de la santé en Algérie. La réforme qui concerne directement notre travail est celle amorcée en 2006 et qui se matérialise par la signature du traité de coopération avec l'union européenne et qui a pris la forme d'un programme d'appui au secteur de la santé.

### **1. Le programme d'appui au secteur de la santé : définition, missions et objectifs**

Le programme du Gouvernement algérien, tel que traduit par la Politique Nationale de Santé élaborée par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) en 2006, s'articule autour de cinq grands axes d'action :

- Rapprocher la santé du citoyen ;
- Améliorer la qualité des prestations ;
- Prendre en charge la transition démographique et épidémiologique ;
- Atteindre les objectifs du millénaire ;
- Rationaliser la gestion du secteur.

Afin d'accélérer et de faciliter ces réformes, les autorités algériennes ont reconnu l'intérêt d'établir des relations d'échange d'expérience et de savoir-faire entre les institutions et organismes techniques nationaux et des structures européennes similaires.

A cette fin, l'Union Européenne et les autorités algériennes ont décidé de la mise en place d'un programme d'appui au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, doté d'un budget de 15 millions d'euros. Prévu sur trois ans, ce programme a pour objectif de soutenir le MSPRH dans sa démarche de modernisation et dont les objectifs spécifiques visent :

- La mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur et de la réforme de financement des soins;
- La prise en charge de la transition épidémiologique à travers une offre de services préventifs et curatifs équitables et de qualité, ainsi que le renforcement de la veille sanitaire;
- le renforcement des compétences du secteur et la valorisation des ressources humaines.

La mise en œuvre opérationnelle du programme est confiée à l'Unité d'Appui au Programme (UAP). Mise en place en avril 2011, elle est constituée d'experts internationaux engagés sur toute la durée du programme, son rôle est de mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du programme, en étroite collaboration avec les autorités nationales et les institutions et organismes techniques nationaux, et en assurant, au besoin, le recrutement d'experts spécialisés<sup>63</sup>.

### **1.1. L'unité d'appui au programme**

L'Unité d'Appui au Programme (UAP) a pour fonction de fournir un support à l'administration du programme, d'assurer l'identification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités du programme, ainsi que de fournir une expertise spécialisée aux organisations du secteur, au premier rang desquelles le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

L'UAP est dirigée par un chef d'équipe placé sous l'autorité du Directeur de programme. Il est en charge de la coordination de l'équipe permanente d'experts constituée :

- D'un expert gestionnaire administratif et financier ;
- D'un expert en charge des activités concernant la gestion des ressources humaines ;
- D'un expert en charge des activités concernant les finances publiques ;

---

<sup>63</sup> <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 13 Janvier 2015.

- D'un expert en charge des activités concernant les systèmes d'information sanitaires et décisionnels et du dossier électronique médical.

Les experts permanents sont en charge de la mise en œuvre des activités dans leur domaine respectif. Ils sont en particulier responsables de la coordination des experts recrutés sur une durée déterminée pour apporter une expertise spécialisée.

## **1.2. Les objectifs du programme**

L'objectif global du programme est d'appuyer la politique algérienne de santé et donc d'améliorer les résultats de santé à travers une offre de services préventifs et curatifs équitables et de qualité et par la réalisation de la stratégie de modernisation du secteur dans les domaines suivants :

- Renforcement de la coordination et de l'organisation sectorielle (coordination des acteurs, planification des activités et projets de réforme, gestion des investissements, suivi et évaluation) ;
- Réforme du financement de la santé pour assurer un accès équitable aux soins et un financement durable du fonctionnement des établissements de santé ;
- Mise en place d'un système d'information sanitaire pour permettre la prise de décision sur les activités et les investissements prioritaires ;
- Gestion des ressources humaines (RH) pour assurer une meilleure utilisation des compétences des professionnels de santé ;
- Régulation du secteur privé et développement des politiques de qualité des soins pour améliorer l'efficacité et l'efficience de ce dernier.
- La mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur et de la réforme du financement des soins ;
- La prise en charge de la transition épidémiologique à travers une offre de services préventifs et curatifs de qualité et l'amélioration de la veille sanitaire ;
- Le renforcement des compétences et la valorisation des ressources humaines.

### **1.3. Les activités du programme**

Les activités du programme sont classées en quatre grandes composantes qui reflètent les objectifs de ce dernier.

#### **1.3.1. Instruments de pilotage**

La mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur et de la réforme du financement des soins permettra :

- Le développement d'une stratégie et d'un programme sectoriel ;
- La gestion des ressources et des investissements conformément à la stratégie et au programme établis ;
- De fournir aux décideurs et aux gestionnaires les informations pour le pilotage, le contrôle et la surveillance du système de santé.

#### **1.3.2. Transition épidémiologique**

Il s'agit ici de définir la stratégie de prise en charge intégrée des maladies chroniques prioritaires afin :

- De programmer les ressources des établissements en fonction des objectifs de soins ;
- D'améliorer les mécanismes de prise en charge sanitaires par l'Etat des plus défavorisés ;
- D'introduire auprès des établissements une gestion normalisées et des systèmes d'information pour la gestion ;
- D'initier une démarche qualité pour l'amélioration continue de la gestion des niveaux opérationnels et des soins dans les établissements.

#### **1.3.3. Renforcement des compétences**

Il s'agit ici de renforcer et de valoriser les compétences les ressources humaines du secteur, notamment par la mise en place d'outils de gestion prévisionnelle des ressources humaines d'une part et, d'autre part, d'outils d'organisation et gestion du travail, par la formation des personnels des établissements hospitaliers ainsi que par

une meilleure adéquation entre les profils de poste et les compétences des personnels dans les établissements.

#### **1.3.4. Action de visibilité**

Les activités de cette rubrique sont destinées à assurer une bonne visibilité du Programme au travers d'un programme d'actions médiatiques focalisant sur la réforme sectorielle et la promotion de la santé.

#### **1.4. Les résultats du programme**

La mission première du programme d'appui au secteur de la santé est d'appuyer le MSPRH dans la réalisation de ses objectifs de réforme. Cette mission consiste concrètement en la production d'informations et de connaissances actionnables afin de servir les objectifs du MSPRH.

Parmi les projets concrétisés par le PASS et qui s'inscrit dans les activités de mise en place des instruments et des outils de pilotage destinés aux établissements hospitaliers, l'introduction du projet d'établissement hospitalier qui s'est concrétisé par l'émission de la note ministérielle n° 01 du 16 avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement, du tableau de bord et des indicateurs de gestion.

En effet, la dite note ministérielle s'inscrit dans un effort de modernisation de la gestion des établissements de santé en Algérie, et cela en dotant ces structures d'outils et d'instrument constituent une référence d'évaluation et d'appréciation des plans d'actions adoptés par les établissements de santé.

Afin d'appuyer le MSPRH dans la réalisation de ce projet, qui est l'introduction du projet d'établissement hospitalier au sein des établissements de santé, les experts du PASS ont mis en œuvre un manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier<sup>64</sup> à l'usage des directeurs d'établissements de santé.

Le projet d'établissement donne une place majeure à la qualité, du fait que l'un des axe sur lesquels se fonde ce dernier se trouve être le projet qualité. Pour cela nous

---

<sup>64</sup> Programme d'Appui au Secteur de la Santé, « manuel d'élaboration d'un projet d'établissement », Alger, 2008.

considérons que l'introduction de cet outil de pilotage au sein des établissements de santé en Algérie constitue un élément incontournable pour notre travail.

## **2. Le projet d'établissement hospitalier : un outil au service de la qualité**

### **2.1. Définition du PEH**

Le projet d'établissement hospitalier est un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement, il est élaboré en coopération entre les structures médicales et les structures administrative de l'établissement de santé. Cette vision stratégique est ensuite déclinée en plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipe et ne peut être un travail isolé d'experts.

Toutefois le travail préparatoire des experts en interne et en externe est très important et constitue la base factuelle du travail à travers des analyses de l'existant, des évaluations suivi, des propositions et des recommandations.

L'élaboration est une démarche structurée, organisée et intégrée, elle se fait dans les sens suivants :

- Du bas vers le haut (méthode ascendante) : moyen de concertation, décision consensuelle sur l'avenir ;
- Du haut vers le bas (méthode descendante) : orientations du ministère vers les établissements, faisant cas des grandes orientations démographiques et sanitaires, dont on tient compte lors de l'élaboration.

### **2.2. Les différents volets du PEH**

Le projet d'établissement est composé de plusieurs sous-projets ou volets, dont les différentes terminologies les définissent comme suit :

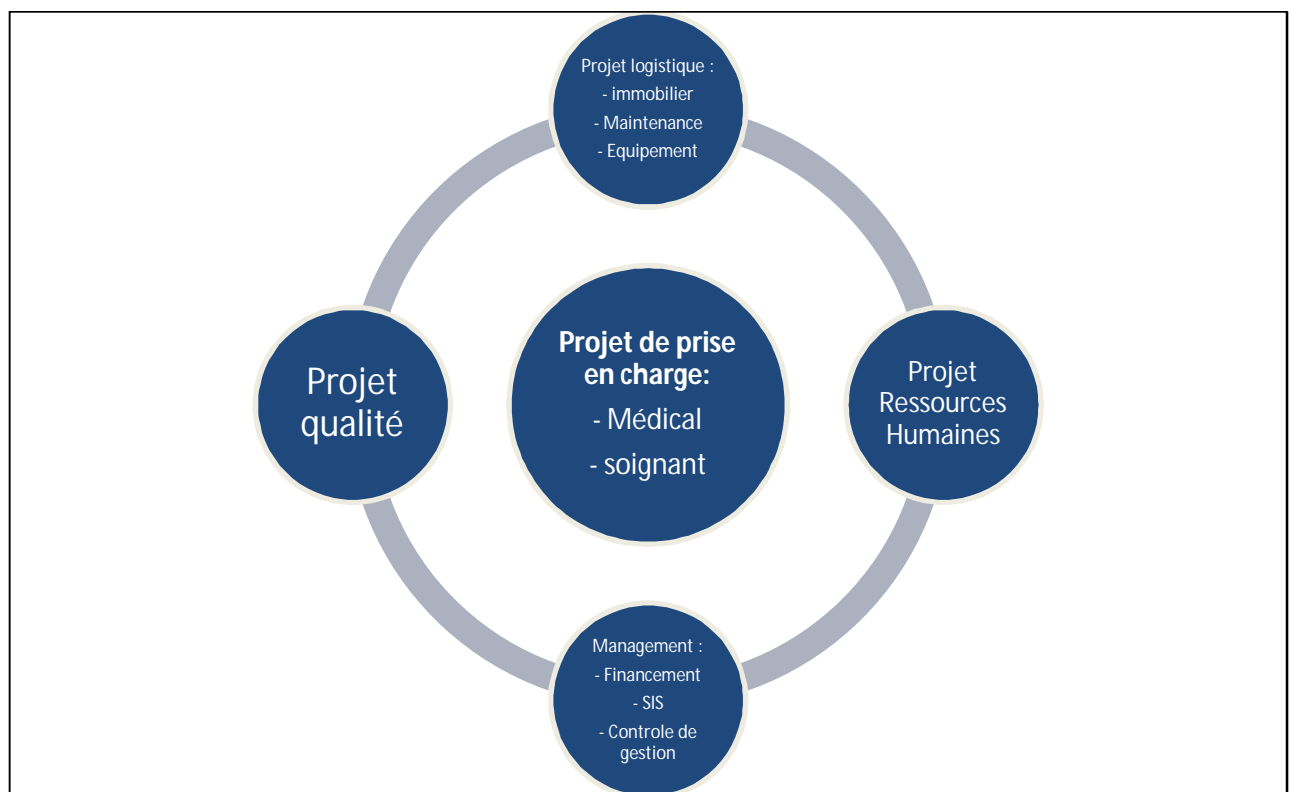
- Projet de prise en charge médicale et soignante ;
- Projet de formation ;
- Projet de recherche ;
- Projet qualité ;
- Le plan directeur immobilier ;

- Le plan d'équipement et de maintenance ;
- Le projet managérial et ressources humaines ;
- Le plan financier ;
- Le plan directeur des systèmes d'information de l'établissement.

L'essentiel de ces volets est dans la synergie de l'ensemble des programmes distincts, élaborés par les différents départements selon leurs activités. Les volets (ou projets) doivent être en étroite liaison entre eux, centrés surtout sur le projet médical incluant le projet de soins infirmiers. C'est du projet médical que découlent les autres volets (axe directeur).

Ces projets distincts sont en forte cohérence entre eux, sans qu'il n'y ait aucune contradiction dans leurs mises en œuvre, tenant compte de l'état des lieux, de leurs actions et de leurs évaluations.

**Figure 14 :** La relation entre les différents volets du PEH



**Source :** Programme d'Appui au Secteur de la Santé, « manuel d'élaboration d'un projet d'établissement », Alger, 2008, P 09.

### 2.3. Processus d'élaboration du PEH

L'élaboration se fait par la formation de groupes de travail à composante multidisciplinaire (à la fois, personnels médicaux, paramédicaux et administratifs) qui participeront à l'élaboration de chaque chapitre du projet.

Cette pluridisciplinarité contribuera à créer de la cohérence entre les différents volets et réglera ainsi les rapports de forces en interne des différents volets du PEH. Les travaux en groupe sont séquencés, dirigés par une instance de direction et de validation comme le comité de pilotage.

Les différents groupes de travail sont chargés de réaliser les étapes indispensables à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier.

#### 2.3.1. Le diagnostic global de l'établissement

Sans un diagnostic approfondi, le projet manque de bases objectives sur lesquelles on peut bâtir les recommandations, les changements, les axes de développement. Selon les experts du PASS<sup>65</sup>, les éléments clés de cette étude sont les suivants :

- Analyse épidémiologique du bassin de population couvert ;
- Analyse de l'offre de soins par rapport au bassin ;
- Analyse de la performance clinique et administrative de l'établissement ;
- Analyse de l'environnement externe : nature et qualité des liens existants avec les autres composantes du système de santé.

#### 2.3.2. L'analyse : Forces, Faiblesses et Opportunités, Menaces (FFOM)

Le diagnostic global étant fait le comité de pilotage peut procéder à l'analyse des faiblesses et des forces de l'établissement ainsi que des opportunités et des menaces (FFOM) ou dans la terminologie anglo-saxonne « *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)* ».

---

<sup>65</sup> Programme d'Appui au Secteur de la Santé, « manuel d'élaboration d'un projet d'établissement », Alger, 2008, p 11.

Il est important qu'en interne, le diagnostic porte sur les forces et les faiblesses de l'établissement : les ressources, les compétences, les pratiques, la situation financière, le modèle organisationnel, les freins...

En externe, il révèle les opportunités et les menaces liées à l'environnement: l'épidémiologie, les nouvelles attentes des usagers, les changements d'orientation de la politique de santé, les nouvelles règles de financement... Il porte également sur le rôle et la place de l'établissement dans son territoire de santé.

Pour l'analyse de l'environnement interne, il faut accorder une attention particulière à la gestion des ressources humaines, la gestion financière, les ressources matérielles, les ressources informationnelles et bien sûr, centré sur l'organisation médicale et les soins infirmiers de l'établissement, notamment la qualité.

### **2.3.3. Choix des axes stratégiques**

L'analyse stratégique de l'hôpital vise un objectif principal qui consiste à trouver les axes prioritaires stratégiques à traiter, pour lesquels le management peut être innovant et intervenir.

Bien sûr, maintes contraintes institutionnelles, personnelles et de ressources humaines influent sur le choix de l'intervention du management.

### **2.3.4. Communication interne, externe et enquêtes de satisfaction**

Il est clair, que de nos jours, il ne suffit pas d'être bon, il faut aussi se faire accepter et le montrer : c'est à l'aide d'un plan de communication interne et externe que l'on peut informer le personnel hospitalier et l'environnement sur les buts des travaux entrepris dans l'établissement.

Cette communication va servir non seulement à informer mais aussi à fédérer les collaborateurs. Elle constituera également un élément de l'évaluation.

Paradoxalement, les enquêtes de satisfaction rentrent « en jeu », non seulement dans la démarche d'assurance qualité mais en termes de communication vers des usagers, des médecins, hôpitaux référents, des collectivités locales, etc.

### **2.3.5. L'élaboration des volets du PEH**

L'élaboration des différents volets du PEH se déroule en atelier et en coopération entre les différentes parties prenantes de chaque volet. Le projet médical étant le volet déterminant qui est élaboré en premier lieu. Cette phase est réalisée en tenant compte du diagnostic global, de l'analyse FFOM et des choix des axes stratégiques.

### **2.3.6. Plan opérationnel**

C'est une tâche de gestion, un document, un suivi et une évaluation de la mise en application comportant :

- Les phases de réalisation, planning, dates ;
- Les responsable(s), échéances ;
- L'estimation des coûts (s'il y a lieu) ;
- L'évaluation de l'avancement (indicateurs de suivi).

### **2.3.7. Evaluation et contrôle**

L'évaluation repose sur des standards préétablis, que l'on contrôle à travers des critères. Les établissements sont capables d'évaluer la conformité de leur processus d'élaboration et la mise en œuvre du PEH aussi bien par une auto-évaluation que par une évaluation externe.

## Conclusion

Dans le présent chapitre nous avons analysé dans une première section le mode de gestion et d'organisation des établissements publics hospitalier à travers les textes juridiques. Nous avons relevé un certain nombre de contraintes et de dysfonctionnements, notamment ceux liés à la gouvernance et au financement des EPH.

Afin de remédier à ces contraintes et dysfonctionnements le MSPRH à inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaires. Ces réformes s'illustrent à travers le partenariat Algéro-européen qui prit la forme d'un programme d'appui au secteur de la santé.

Le PASS à pour mission d'appuyer le ministère de la santé dans son action d'amélioration et de modernisation de la gestion des établissements de santé, notamment par l'adoption et la mise en place des outils et de des instruments de management et de pilotage.

Dans le chapitre quatre nous analyserons à travers une enquête de terrain au sein de l'EPH Ain el Hammam d'une part l'étendue et les limites des réformes engagés par le MSPRH.

**Chapitre IV :**  
**Evaluation de la**  
**qualité et enquêtes de**  
**satisfaction : Cas de**  
**l'EPH Ain El**  
**Hammam**

## Introduction

Comme nous l'avons expliqué précédemment<sup>66</sup>, l'orientation client est l'un des principes essentiels d'un système de management de la qualité. L'une des premières étapes à réaliser en vue de mettre en place un tel système se trouve être l'enquête de satisfaction.

L'enquête de satisfaction nous renseigne sur les sources de la non-qualité. Dans la poursuite de cet objectif nous avons réalisé une double enquête, la première a été menée auprès du personnel de l'EPH, quant à la seconde, elle a prit la forme d'entretiens semi-directif que nous avons destiné aux patients hospitalisés au sein de l'établissement.

A travers ce chapitre nous tenterons d'analyser les facteurs qui influencent la qualité des soins à travers deux enquêtes quantitatives. Pour ce faire nous avons retenu le cheminement ci-après :

Section 01 : Présentation de l'établissement public hospitalier de Ain el Hammam

Section 02 : Enquêtes de satisfaction des clients internes et des clients externes

---

<sup>66</sup> Cf, Chapitre II, section 2, paragraphe 1.

### Section 01 : Présentation de l'établissement public hospitalier de Ain el Hammam

L'EPH de Ain el Hammam est situé au Sud Est de la wilaya à une distance de 54 Km de la ville de Tizi-Ouzou. L'hôpital de Ain el Hammam assure une couverture sanitaire à plus de douze communes environnantes, une population qui avoisine 116150 habitants répartis dans plusieurs villages.

L'hôpital de Ain el Hammam est un établissement centenaire, construit à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par les sœurs blanches catholiques qui y ont exercé jusqu'aux années 1970. Cette structure de santé dispose d'une capacité d'hospitalisation de 221 lits et d'un effectif de 438 employés toutes catégories confondues.

**Tableau 08 : Capacités litière de l'EPH Ain el Hammam**

Services	Lits organisés
Chirurgie Hommes	30
Chirurgie Femmes	28
Médecine interne Hommes	28
Médecine interne Femmes	30
Pédiatrie I	20
Pédiatrie II	20
Maternité	23
Gynécologie et obstétrique	11
ORL	10
Urgences médicales et chirurgicale	21
<b>Total</b>	<b>221</b>

Source : établi à partir des rapports de la sous-direction services de santé de l'EPH Ain el Hammam.

**Tableau 09 : Personnels de l'EPH Ain el Hammam**

Personnels	Effectifs
Chirurgien généraliste	05
Chirurgien spécialiste	08
Médecin spécialiste	12
Médecin généraliste	14
Pharmacien	01
Chirurgien dentiste	01
Paramédicaux	213
Sage femme	15

Biochimiste	03
psychologue	03
administratif	38
Technicien	06
Agent de service	53
Personnel contractuel à temps plein	56
Personnel contractuel à temps partiel	10
<b>Total</b>	<b>438</b>

Source : établi à partir des rapports de la sous-direction ressources humaines de l'EPH Ain el Hammam.

## 1. Constitution de l'offre de soins de l'EPH Ain el Hammam

L'offre de soins de l'EPH Ain el Hammam se concrétise par l'existence de cinq sévices d'hospitalisation et d'urgence, un plateau technique et quatre services de soutien.

### 1.1. Services d'hospitalisation et d'urgence

#### 1.1.1. Service de chirurgie générale

Le service chirurgie générale compte 46 lits, avec 24 lits assignés à l'unité femme, et 22 lits pour l'unité homme, l'ensemble constitue l'unité d'hospitalisation chirurgie générale. Le service est doté d'un bloc opératoire composé de quatre salles d'opération, dont une affectée à l'unité de traumatologie qui dépend des urgences médicochirurgicale, ainsi que d'une salle de réanimation équipée de six lits.

##### 1.1.1.1. Personnels du service de chirurgie générale

Le service chirurgie regroupe un personnel composé de : 08 chirurgiens, 02 médecins réanimateurs, 09 anesthésistes, 22 infirmiers et 04 agents de service. Le service est organisé selon une hiérarchie pyramidale qui compte trois catégories :

- Les praticiens : cette catégorie regroupe les chirurgiens, les réanimateurs et les anesthésistes, l'ensemble est chapeauté par un chirurgien chef de service qui exerce son autorité sur l'ensemble de la structure.
- Les paramédicaux : cette catégorie comporte trois grades d'infirmiers ; les infirmiers de santé publique, les infirmiers diplômés d'état et les infirmiers

ATS. Le corps paramédical est sous l'autorité d'un surveillant médical désigné parmi les infirmiers les plus gradés, ce dernier est chargé d'organiser les équipes de garde et de la gestion quotidienne du service, notamment la gestion de la pharmacie. Les infirmiers sont regroupés en équipes sous la responsabilité directe d'un chef d'équipe. Il y a lieu de signaler que les fonctions d'instrumentistes sont confiées à des infirmiers, faute de disponibilité d'un personnel spécialisé.

- Les agents de service : cette catégorie est chargée des fonctions hôtelières (restauration, hygiène...).

#### **1.1.1.2. Système de gardes**

Les chirurgiens assurent les gardes de nuit à tour de rôle à concurrence d'un praticien par garde, selon un planning réalisé par le chirurgien chef en concertation avec les autres chirurgiens. Il y a lieu de signaler que durant les mois de congé le nombre de chirurgiens en activité étant réduit plusieurs gardes ne sont pas assurées.

Les gardes au bloc opératoire sont assurées par trois équipes, chaque équipe est constituée de trois membres dont deux infirmiers et un anesthésiste qui assurent une garde de 24 heures sur 72 heures.

Les infirmiers sont organisés en quatre équipes dont une de jours constituée d'un infirmier chef d'équipe et trois infirmiers de jour assurant l'activité de soins quotidiens de 08h00 à 16h00, et trois équipes de nuit composées de 2 infirmiers qui assurent les gardes une nuit sur trois, de 16h00 au lendemain à 08h00.

Enfin, les agents de service sont organisés en deux équipes, dont une équipe assure la garde de 19h00 au lendemain à 07h00 avec un système de 02 jours sur 02, et une équipe de jour.

#### **1.1.2. Service de médecine interne**

Le service médecine interne est doté d'une capacité litière de 58 lits techniques, dont 28 lits affectés à l'unité d'hospitalisation Hommes et 30 lits pour l'unité Femmes.

Ce service regroupe des activités diverses, notamment : la diabétologie, pneumo, néphrologie, oncologie, hémodialyse...

#### **1.1.2.1. Personnels du service médecine interne**

Les personnels du service sont composé de : un médecin interniste, un cardiologue, hématologue, un néphrologue et 04 médecins généralistes dont trois affectés à l'unité femme et un médecin pour l'unité homme. Le corps paramédical est constitué de 10 infirmiers affectés à l'unité homme et 12 infirmiers à l'unité femme. Les agents de service sont au nombre de 06 dont 02 pour l'unité homme et 04 pour l'unité femme.

#### **1.1.2.2. Système de garde**

Deux paramédicaux assurent les garde de 16h00 à 08h00 dans chaque unité d'hospitalisation, avec un système de rotation. L'effectif des agents de service étant insuffisant ce qui fait que les gardes de nuit se déroulent sans agents de service. Cette situation engendre de nombreux désagréments aux patients et aux paramédicaux de garde.

Concernant les médecins, ils assurent des gardes de 16h00 à 08h00 à concurrence de deux à trois gardes par mois selon un planning établi par le président du conseil médical en concertation avec les médecins concernés.

#### **1.1.2.3. L'unité d'hémodialyse**

L'unité hémodialyse compte 14 générateurs dont 11 fonctionnels. Le personnel de cette unité regroupe, un néphrologue, deux médecins généralistes et 10 paramédicaux. L'unité d'hémodialyse étant un service de jour prend en charge 34 patients par mois, elle assure également un service d'urgence qui a traité plus de 742 cas depuis sa création en 2009.

#### **1.1.3. Service de pédiatrie**

Le service pédiatrie regroupe trois principales activités correspondant aux trois unités qui le composent, à savoir :

- L'unité de néonatalogie qui s'occupe des nouveau-nés, l'unité comprend 09 lits, 03 couveuses et 03 lits d'élevage de l'unité mère-enfant (unité kangourou), cette dernière est fonctionnelle depuis 2007 et fait partie des premières unités kangourou installées en Algérie.
- L'unité nourrissons comprend 11 lits, dont 03 lits d'isolement réservés aux nourrissons atteints de maladies contagieuses.
- L'unité pédiatrie II prend en charge les grands enfants jusqu'à 15 ans et 3 mois, composé de 20 lits, elle prend en charge la pédiatrie générale.

#### **1.3.3.1. Personnels du service de pédiatrie et système de garde**

Le service pédiatrie est composé 02 pédiatres, 22 paramédicaux et 04 agents de service, les gardes de nuit sont assurées par 03 infirmières de 16h00 à 08h00, avec un système de rotation des gardes. Quand aux médecins ils assurent plus de 10 gardes chacun ce qui ne couvre pas l'ensemble des gardes par mois.

#### **1.1.4. Service maternité et gynéco-obstétrique**

Le service maternité et gynéco-obstétrique est composé de deux unités : l'unité maternité et l'unité gynécologie et obstétrique.

##### **1.1.4.1. L'unité maternité**

L'unité maternité est dotée d'une capacité litière de 23 lits, dont 02 lits de camp. La salle d'accouchement est dotée de deux tables d'accouchement. La maternité est aussi pourvue d'une salle de vaccination et d'une salle pour l'accueil des nouveau-nés prématurés.

Les ressources humaines allouées à cette unité se composent de 12 sages femmes, une infirmière et 04 agents de service.

Les sages femmes assurent les gardes de nuit de 16h00 à 08h00 par équipes de trois pour un total de trois équipes avec un système de roulement. L'équipe de jour est également composée de trois sages femmes qui assurent le fonctionnement de l'unité

de 08h00 à 16h00. Les agents de service sont au nombre de deux pour l'équipe de jour et également de deux pour l'équipe de garde.

#### **1.1.4.2. L'unité de gynéco-obstétrique**

Composée de 11 lits techniques, en l'absence d'un médecin spécialiste en gynécologie, l'activité de cette unité se résume à la prise en charge de patientes ne présentant pas de pathologies très lourdes, en l'occurrence, les cas de menace d'avortement précoces ou tardifs, infections génitales, grossesses avec complication...

En matière de ressources humaines, cette unité est dotée de six infirmières, dont 03 ATS et 03 IDE qui assurent l'activité du service de jour comme de nuit, ce qui contraint les sages femmes de l'unité maternité à assurer certaines tâches de gynécologie. En l'absence de médecin spécialiste l'activité de ce service se réduit à des soins paramédicaux sauf en cas d'urgence où les patientes sont systématiquement évacuées vers d'autres établissements.

#### **1.1.5. Urgences médico-chirurgicale**

Le service des urgences est composé de deux unités : l'unité des urgences médicales et l'unité des urgences chirurgicales.

##### **1.1.5.1. Unité des urgences médicale**

L'unité des urgences médicales est composée de deux salles d'observation hommes et femmes avec une capacité litières de 11 lits, une salle de consultation comportant deux lits, une salle de soins, une salle de déchoquage, une unité de radiologie affectée au service des urgences et une salle de soins dédiée aux pansements et plâtres.

L'unité des urgences médicales compte six médecins généralistes organisés en trois équipes de deux médecins qui assurent le service de jour de 08h00 à 16h00 et un jour sur trois par équipe. Concernant les gardes de nuit, ces dernières sont assurées par deux médecins suivant un planning préétabli par le conseil médical en concertation avec les médecins concernés avec 04 gardes par mois en moyenne pour chaque

médecin, sachant que les médecins généralistes des autres services sont également concernés par les gardes de nuit.

Le personnel paramédical compte 20 infirmiers répartis en quatre équipes : une équipe de jour composé de huit éléments et trois équipes de nuit composées de quatre éléments par équipe assurant une garde sur trois chacune. Concernant le weekend les gardes sont assurées par une équipe de six paramédicaux suivant un planning de garde.

L'unité compte également trois agents de service qui assurent le travail de jour.

### **1.1.5.2. Unité des urgences chirurgicales**

L'unité des urgences chirurgicales est composée d'un bloc opératoire, une salle de réanimation de quatre lits, une salle de soin et une salle d'hospitalisation avec huit lits réservés aux hommes et dix lits pour les femmes.

L'unité des urgences chirurgicales est composée de 13 infirmiers dont 07 qui assurent le service de jour et trois équipes de deux infirmiers qui assurent les gardes de nuit avec un système de rotation (une garde sur deux). Les agents de service sont au nombre de cinq dont deux qui assurent les gardes de nuit et qui prennent en charge l'unité des urgences médicales. L'unité compte également un chirurgien chef de service, un neurochirurgien et un traumatologue.

## **1.2. Le plateau technique**

Le plateau technique de l'EPH Ain el Hammam regroupe plusieurs structures :

- Le laboratoire central ;
- Le poste de transfusion sanguine ;
- Le centre de radiologie ;
- La pharmacie centrale ;
- Le cabinet dentaire ;
- Le centre de rééducation fonctionnelle ;
- Les salles de consultations spécialisées ;
- Le service épidémiologie

### **1.2.1. Laboratoire central**

Le laboratoire central est composé d'une salle de biochimie, d'hématologie et de microbiologie ainsi que d'une salle de prélèvement réservée pour la prise en charge des patients externes.

La réalisation des examens de laboratoire est confiée à un personnel composé de 08 techniciens biologistes dont 05 qui assurent le service de jour et 03 pour les garde de nuit ainsi que 05 ingénieurs biologistes dont 04 contractuels.

### **1.2.2. Pharmacie**

La pharmacie est chargé de la gestion des stocks de médicament, de réactifs, des consommables et de l'instrumentation. Ces tâches sont réalisées par un personnel composé de 04 paramédicaux, un pharmacien, deux agents administratifs et un informaticien.

### **1.2.3. Radiologie centrale**

Equipée d'un appareil de radiologie à table basculante ainsi que d'un appareil de radiologie mobil.

### **1.2.4. Cabinet dentaire**

Le cabinet dentaire est constitué d'une salle de consultation équipée d'un fauteuil dentaire ainsi que d'une salle d'attente.

### **1.2.5. Rééducation fonctionnelle**

Dirigé par une kinésithérapeute diplômée d'état mais équipée d'un matériel obsolète.

## **2. Appréciation de l'activité de l'EPH Ain el Hammam**

A travers les quatre services d'hospitalisation, le service des urgences médico-chirurgicales et le plateau technique qui le composent, l'EPH Ain el Hammam accueil plus de 4000 patients par an en services d'hospitalisation et traite plus de 50000

urgences médicales et chirurgicales. Ci-dessous nous présentons le bilan d'activité de l'EPH de l'année 2014.

### 2.1. Activités des services d'hospitalisation

Le nombre totale des admis aux seins des services d'hospitalisation de l'EPH au titre de l'année 2014 est de 5 674 patients dont la durée moyenne d'hospitalisation est de 04 jours.

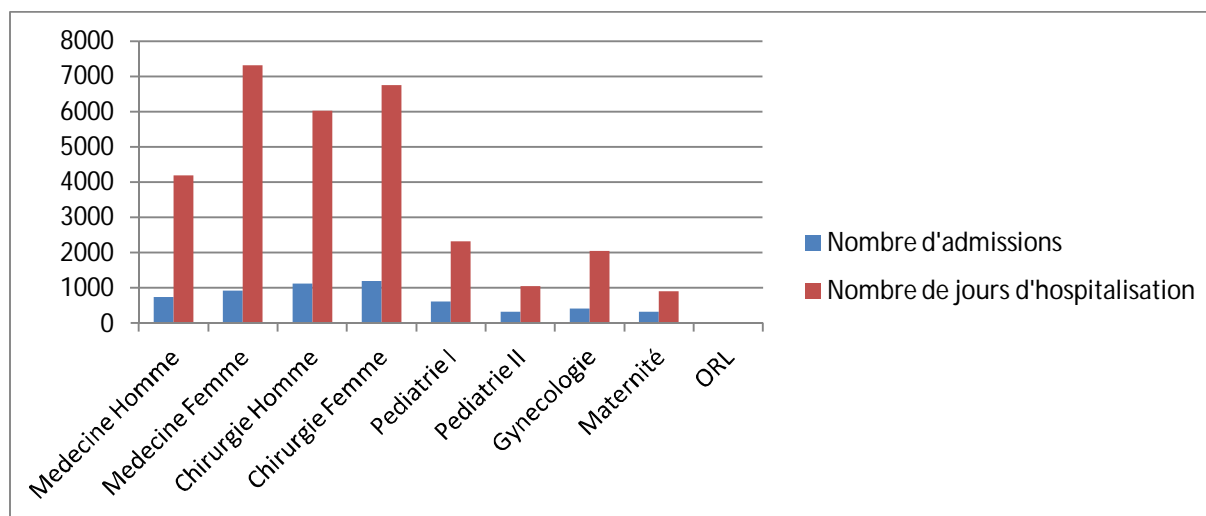
Avec un total de 30 618 journées d'hospitalisation, une performance qui induit un taux d'occupation des lits qui ne dépasse pas 38% de la capacité d'accueil de l'EPH.

**Tableau 10 : Activités des services d'hospitalisation**

services	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre d'admissions	Nombre de jours d'hospitalisation	Taux moyen d'occupation de lits	rotation moyenne de lits	durée moyenne de séjour
Médecine Homme	28	752	4196	41.33%	3	4.83
Médecine Femme	30	920	7306	67.17%	3	6.66
Chirurgie Homme	30	1126	6030	55.66%	4	6.5
Chirurgie Femme	28	1190	6754	67%	4	5
Pédiatrie I	20	614	2316	32.17%	3	3.33
Pédiatrie II	20	328	1050	14.67%	1.5	3
Gynécologie	11	418	2054	51.67%	4	4
Maternité	23	326	912	10.83%	1	2.33
ORL	10	0	0	0%	0	0
<b>TOTAUX</b>	<b>200</b>	<b>5674</b>	<b>30618</b>	<b>37.83%</b>	<b>2.6</b>	<b>4</b>

Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

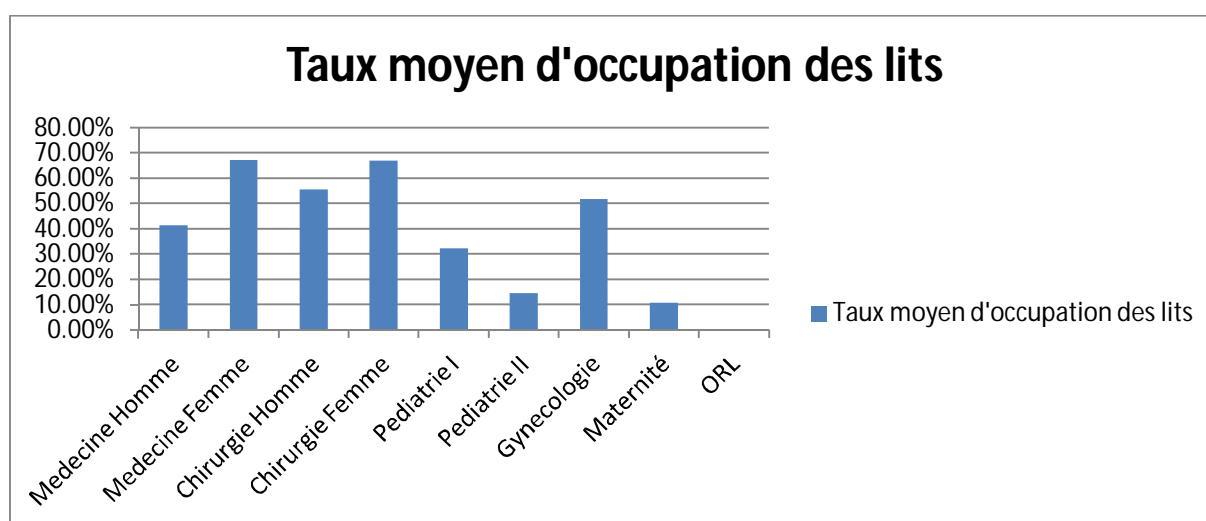
**Figure 15 :** Activités des services d'hospitalisation



Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

La figure 14 construite à partir du tableau 10 représente l'importance de l'activité des services d'hospitalisation de l'EPH Ain el Hammam, nous pouvons en déduire que les services de chirurgie et le service de médecine interne réalisent plus de 70 % de l'activité de l'EPH. Quant au service ORL qui n'est toujours pas fonctionnel malgré le recrutement d'un médecin spécialiste, cela est dû au manque de moyens matériels.

**Figure 16 :** Taux moyen d'occupation des lits par service



Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

La figure 15 représente le taux d'occupation des lits d'hospitalisation par service. Ici encore on s'aperçoit que les services chirurgie et médecine interne enregistrent les taux les plus importants en terme de performance avec près de 60 % de taux d'occupation.

## 2.2. Activité des urgences

Le tableau ci-dessous représente l'activité du service des urgences médico-chirurgicales ainsi que l'activité du cabinet dentaire pour l'année 2014.

**Tableau 11** : Activité des urgences

Nature de l'urgence	Nombre de cas traités
Urgences médicales	51 178
Urgences chirurgicales	2 104
Urgences dentaires	1 172

Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

L'activité du service des urgences de l'EPH Ain el Hammam traite plus 55 000 cas d'urgence par an. La grande affluence que connaît ce service est due à l'éloignement de l'EPSP du chef lieu de daïra, qui est implantée dans la commune d'Ifarhounene.

## 2.3. Activité du plateau technique

Les tableaux ci-dessous représentent l'activité du plateau technique de l'EPH Ain el Hammam durant l'année 2014 :

**Tableau 12** : Activité du plateau technique

Service	Actes réalisés
Bloc opératoire	2360
Radiologie	198332
Laboratoire	169838

Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

Après avoir présenté l'EPH Ain el Hammam dans cette première section à travers son offre de soins et l'appréciation de l'étendue de son activité. Cependant, ces

données quantitatives ne nous renseignent pas ou peu quant à la qualité des soins prodigués au sein des services de l'EPH. Pour cela, nous avons établi en collaboration avec le personnel concerné de l'EPH, des statistiques relatives à quatre indicateurs de qualité des soins à savoir : la mortalité, les transferts, les réadmissions et les infections nosocomiales.

### **3. Appréciation de la qualité des soins au sein de l'EPH de Ain el Hammam**

Afin d'apprécier la qualité des soins prodigués à l'EPH de Ain el Hammam nous avons établi des statistiques relatives à quatre indicateurs de qualité à savoir :

- La mortalité : le nombre des patients décédés en hospitalisation durant une année ;
- Les transferts : le nombre de patients transférés vers d'autres établissements de santé. La principale cause de transfère étant la gravité ou la complexité des pathologies touchant le patient ;
- La réadmission : le nombre de patients ré-hospitalisés après une précédente hospitalisation datant de moins de trois jours ;
- Les infections nosocomiales : le nombre de patients ayant développé une infection au sein du service.

#### **3.1. Présentation des indicateurs qualité**

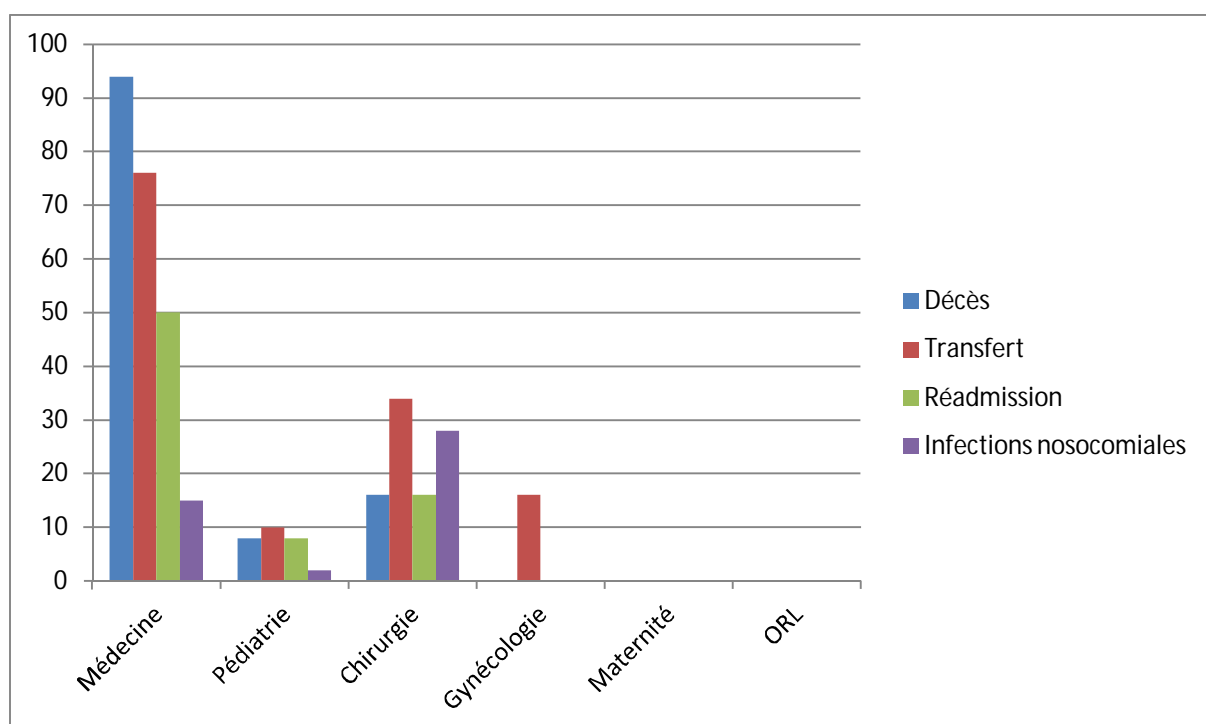
Les résultats des regroupements et calculs relatifs aux indicateurs qualité pour l'année 2014 sont présentés dans le tableau et les figures ci-dessous.

**Tableau 13** : indicateurs de qualité des soins

services	Décès	Taux de Décès	Transfert	Taux de transfert	Réadmission	Taux de réadmission	Infections nosocomiales	Taux d'infections nosocomiales
Médecine	94	5.62%	76	4.50%	50	3.00%	15	0.90%
Pédiatrie	8	0.85%	10	1%	8	1%	2	0.25%
Chirurgie	16	0.70%	34	1.50%	16	1%	28	1.75%
Gynécologie	0	0	16	2%	0	0%	0	0
Maternité	0	0						
ORL	0	0	0	0%	0	0%	0	0
<b>Totaux</b>	<b>118</b>	<b>2.07%</b>	<b>136</b>	<b>2.40%</b>	<b>74</b>	<b>1.30%</b>	<b>45</b>	<b>0.80%</b>

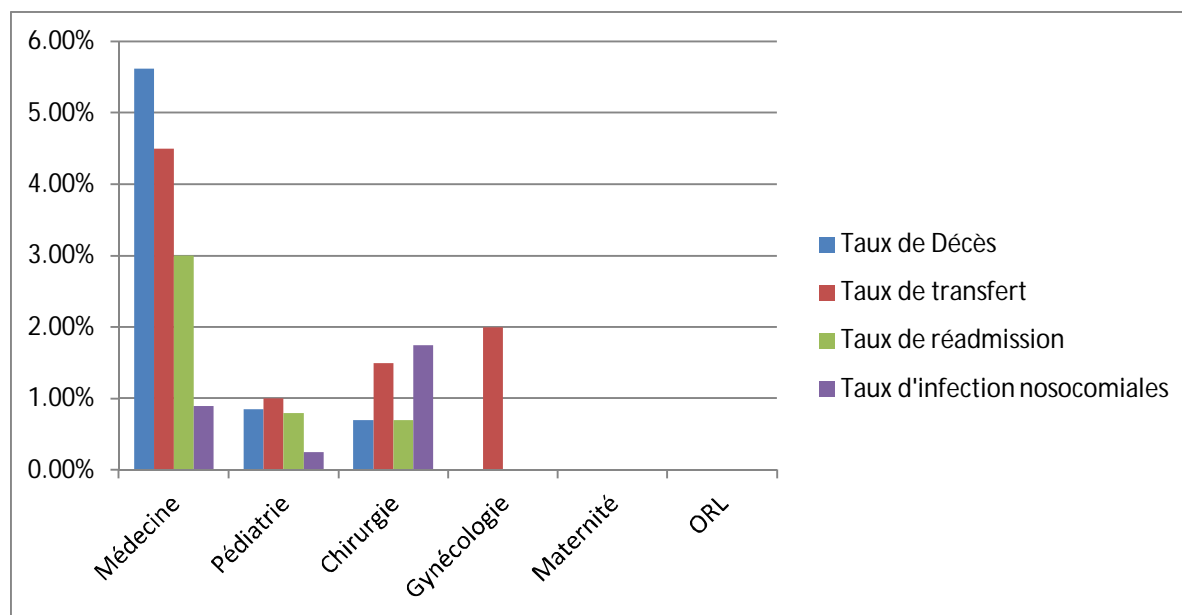
Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

**Figure 17** : indicateurs de qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam (en quantité)



Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

**Figure 18** : indicateurs de qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam (en taux)



Source : établi par nos soins à partir des rapports d'activité de l'EPH Ain el Hammam.

### 3.2. Interprétation des données

Afin d'interpréter les indicateurs qualité après leur recoupement et calcul. Nous avons réalisé une enquête qualitative en interrogeant les responsables des différents services et nous avons obtenu les résultats ci-après :

Le taux de décès au sein du service médecine interne est nettement plus important par rapport aux autres services, cela s'explique par le fait que la majorité des patients décédés sont des personnes très âgées de plus de 70 ans, décédés de causes naturelles.

Les infections nosocomiales qui ont souvent entraîné le décès de plusieurs patients sont dues en majeure partie à la vétusté de la structure de l'EPH. Lors de notre visite des différents services nous avons constaté la vétusté avancée des infrastructures et la non-conformité aux normes de ces dernières. Cette situation ne cesse de se dégrader et présente un risque sanitaire potentiel. Et cela à plusieurs niveaux :

- La maçonnerie qui date des années 1960 est dans un état de vétusté avancée. En effet, des fissures profondes sont visibles sur les cloisons internes entre les

box d'hospitalisation. Ces fissures sont un milieu favorable aux proliférations de nids de bactéries et autre agents infectieux et présente un risque sanitaire ;

- La boiserie et la peinture sont également vétustes, cette dernière s'effrite par endroit, elle date de plus de 10 ans et nécessite des travaux de remise à neuf. Compte à la boiserie et le mobilier qui date parfois de la création même de l'établissement, nécessite d'être remplacé par d'autres matériaux plus conformes (aluminium ou PVC) ;
- Les réseaux de plomberie, les lavabos et autres installations d'hygiène présentent des moisissures visibles dues à leur vétusté. De plus, des fuites du réseau d'assainissement ont été constatées notamment au niveau de l'unité mère-enfant.
- Le service chirurgie présente le plus important taux d'infections nosocomiales de l'EPH. Cela est causé par l'emplacement du bloc opératoire. En effet, les patients en voie d'être opérés traversent l'ensemble de la salle d'hospitalisation, cette dernière constituée de box non entièrement isolés, expose les patients à des infections potentielles véhiculées par d'autres patients en route vers le bloc opératoire.

## **Section 02 : Enquêtes de satisfaction des clients internes et des clients externes**

Comme nous l'avons expliqué précédemment<sup>67</sup>, l'orientation client est l'un des principes essentiels d'un système de management de la qualité. L'une des premières étapes à réaliser en vue de mettre en place un tel système se trouve être l'enquête de satisfaction.

L'enquête de satisfaction nous renseigne sur les sources de la non-qualité. Dans la poursuite de cet objectif nous avons réalisé une double enquête, la première a été menée auprès du personnel de l'EPH, quant à la seconde, elle a prit la forme d'entretiens semi-directif que nous avons destiné aux patients hospitalisés au sein de l'établissement.

### **1. L'enquête de satisfaction des clients internes**

---

<sup>67</sup> Cf, Chapitre II, section 2, paragraphe 1.

L'enquête de satisfaction des clients internes est une enquête quantitative sous forme d'un questionnaire que nous avons adressé aux personnels de l'EPH Ain el Hammam. Afin de mener à bien cette dernière nous avons adopté la méthodologie suivante :

- Définition du problème (l'objet de l'enquête) ;
- Constitution de l'échantillon ;
- Elaboration du questionnaire ;
- Teste du questionnaire ;
- Ajustement du questionnaire ;
- Diffusion du questionnaire ;
- Dépouillement des résultats.

### **1.1. Objet de l'enquête**

Les ressources humaines sont au centre de tout processus de production de biens ou de services, en particulier en milieu hospitalier où le facteur travail est prédominant dans chaque acte de soin. De ce fait, les ressources humaines ont une très grande influence sur la qualité des soins prodigués.

Cela dit, l'objet de notre enquête est de mesurer les facteurs de satisfaction et les facteurs d'insatisfaction des clients internes de l'EPH, susceptibles d'influencer positivement ou négativement la qualité des prestations délivrées par ces derniers.

Notre objectif étant de comprendre les facteurs qui influencent le personnel de l'EPH dans l'exercice de leurs fonctions. En effet, c'est en partie en fonction de ces facteurs que la politique qualité de l'établissement doit être construite.

### **1.2. La constitution de l'échantillon**

Notre échantillon d'étude est composé de 80 individus parmi le personnel de l'EPH toutes catégories confondues, les 80 employés questionnés représentent près de 20% de l'effectif total de l'établissement.

La constitution de l'échantillon est présentée dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 14** : Constitution de l'échantillon clients internes par fonction exercée

<b>Fonction</b>	<b>Nombre d'individus étudiés</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin spécialiste	02	2.5%
Médecin généraliste	02	2.5%
Sage femme	02	2.5%
Infirmier	38	47.5%
Laborantin	04	5%
Technicien	06	7.5%
Agent principal d'administration	08	10%
Agent d'administration	16	20%
Agent de service	02	2.5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 15** : Constitution de l'échantillon clients internes par service de rattachement

<b>Service</b>	<b>Nombre d'individus étudiés</b>	<b>Pourcentage</b>
Chirurgie générale	08	10%
Médecine interne	10	12.5%
Pédiatrie	08	10%
Maternité et gynéco-obstétrique	04	5%
Hémodialyse	06	7.5%
laboratoire	04	5%
Pharmacie	04	5%
Urgences médico-chirurgicales	04	5%
Direction générale	08	10%
Sous direction du budget	08	10%
Sous direction ressources humaines	06	7.5%

Sous direction des services de santé	10	12.5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Source :** établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Les tableaux ci-dessus représentent la constitution de notre échantillon d'étude. La méthode de l'échantillonnage n'est pas aléatoire. En effet, nous avons essayé de représenter chaque catégorie de client interne proportionnellement à l'importance de leur effectif. Nous pouvons remarquer dans le tableau 14 que 47.5% de notre échantillon sont des individus faisant partie du corps paramédical, cela est justifié par le fait que ce corps de métier représente plus de 45% de l'effectif total de l'EPH. Aussi, il y a lieu de signaler que le corps administratif représente 30% de notre échantillon.

Toujours par souci de représentativité de notre échantillon, le nombre d'individus sélectionné par service est proportionnel à l'importance de ce dernier en terme d'effectif et de volume d'activité c'est-à-dire le nombre de patients hospitalisés au sein du service en question.

### **1.3. L'élaboration du questionnaire**

Le questionnaire et l'ensemble des questions construit dans le but de générer l'information nécessaire à l'accomplissement de l'objet de l'enquête.

Le questionnaire élaboré concerne le personnel de l'EPH Ain el Hammam, il est muni d'un petit texte expliquant l'objectif de l'enquête. Après avoir obtenu le soutien du directeur de l'établissement en nous faisant impliquer dans l'élaboration du projet d'établissement 2015, auquel va être intégré notre enquête de satisfaction, nous avons reçu plus de 80% de taux de réponse concernant notre questionnaire.

Notre questionnaire est composé de huit questions fermées à réponses unique ainsi que de trois questions ouvertes. Les questions ouvertes sont relatives respectivement à : la fonction occupée au sein de l'établissement, le service de rattachement et le nombre d'années d'ancienneté.

L'objectif des questions fermées à réponse unique est d'évaluer la satisfaction de l'individu questionné et cela par rapport à huit paramètres à savoir :

- Les conditions de travail ;
- Relations interprofessionnelles ;
- Système de rémunération ;
- Système de promotion ;
- Relation avec la hiérarchie ;
- Relation avec le corps médical / administratif, notant à ce niveau que les questionnaires diffèrent selon l'appartenance de l'individu au corps médical ou au corps administratif ;
- Fonctions occupées ;
- Système de formation.

Les réponses proposées aux questions relatives à chacun de ces huit paramètres sont de quatre niveaux et l'individu questionné en choisit une à savoir :

- Non satisfait ;
- Moyennement satisfait ;
- Satisfait ;
- Très satisfait.

#### **1.4. Dépouillement des données et présentation des résultats**

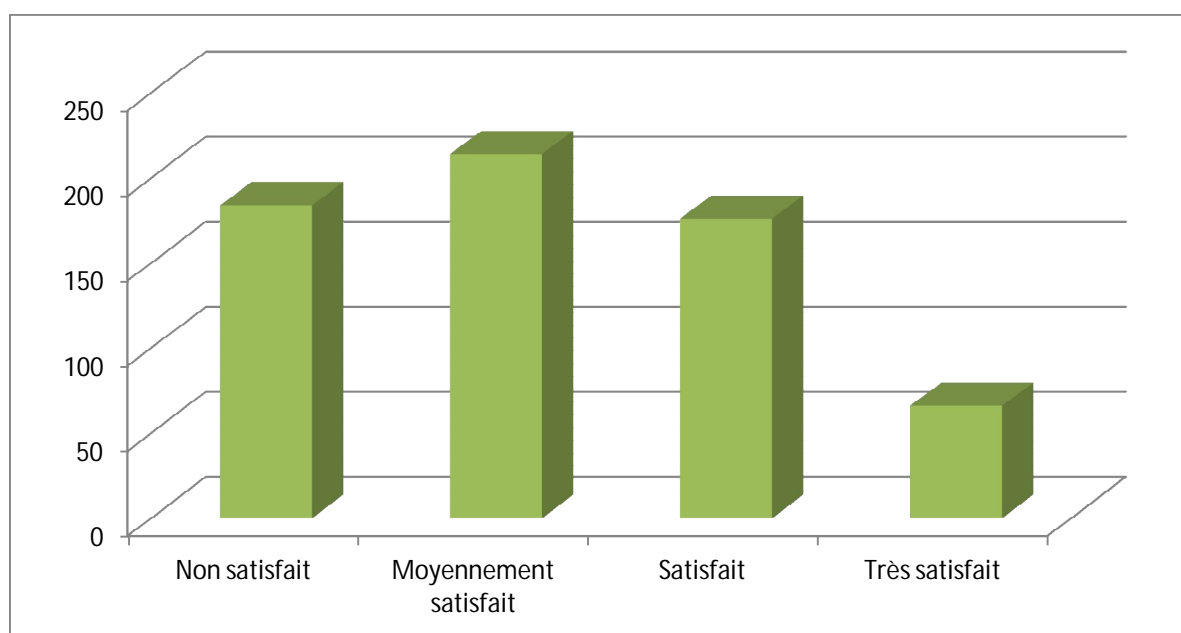
Suite à la collecte des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel sur la base d'un guide de dépouillement conçu pour chaque question. Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Excel.

Nous avons utilisé les méthodes de tri à plat accompagnées d'un graphique pour la présentation des résultats de notre enquête suivie d'une analyse et d'une interprétation.

**Tableau 16** : satisfaction globale des clients internes de l'EPH Ain el Hammam

Niveau de satisfaction	non satisfait	moyennement satisfait	satisfait	très satisfait
Résultats	184	214	176	66

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Figure 19** : Satisfaction globale des clients interne de l'EPH Ain el Hammam

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Le niveau de satisfaction globale correspond à la somme des réponses que nous avons collectées pour chaque niveau de satisfaction. Ce graphique nous renseigne sur le niveau de satisfaction globale des clients internes de l'EPH. En effet, plus de 62% des individus questionnés ont répondu soit non-satisfait ou moyennement satisfait de leurs situation professionnel au sein de l'établissement. Cependant, afin d'isoler les facteurs d'insatisfaction nous allons présenter les résultats des réponses aux huit questions que nous avons posé.

**Tableau 17** : Niveau de satisfaction par rapport aux conditions de travail

1- Conditions de travail				Total
Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	80
24	42	10	4	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 18** : Niveau de satisfaction par rapport aux relations interprofessionnelles

2- Relations interpersonnelles				Total
Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	80
2	14	34	30	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 19** : Niveau de satisfaction par rapport au système de rémunération

3- Système de rémunération				Total
Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	80
26	38	14	2	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 20** : Niveau de satisfaction par rapport au système de promotion

4- Système de promotion				Total
Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	80
44	26	8	2	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 21** : Niveau de satisfaction par rapport aux relations avec l'hierarchie

5- Relations avec l'hierarchie				Total
Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	80
10	32	32	6	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 22 :** Niveau de satisfaction par rapport aux relations avec le corps médical / administratif

6- Relations avec le corps médical/administratif				Total
<b>Non satisfait</b>	<b>Moyennement satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Très satisfait</b>	<b>80</b>
4	30	38	8	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 23 :** Niveau de satisfaction par rapport aux fonctions occupées

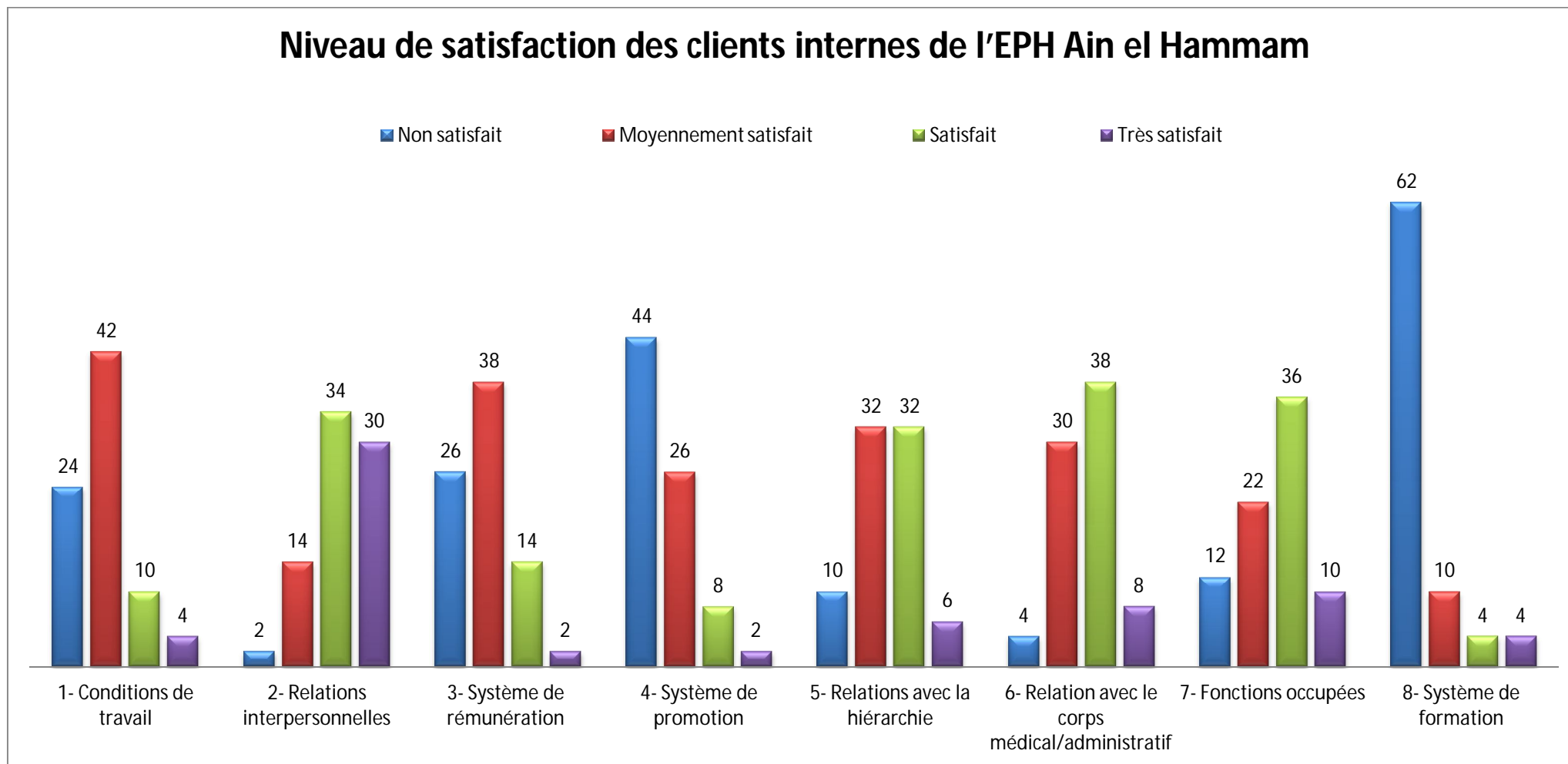
7- Fonctions occupées				Total
<b>Non satisfait</b>	<b>Moyennement satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Très satisfait</b>	<b>80</b>
12	22	36	10	

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Tableau 24 :** Niveau de satisfaction par rapport au système de formation

8- Système de formation				Total
<b>Non satisfait</b>	<b>Moyennement satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Très satisfait</b>	<b>80</b>
62	10	4	4	

Figure 20 : Niveau de satisfaction des clients internes de l'EPH Ain el Hammam



Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

La présentation des résultats détaillés de notre enquête nous permet d'isoler les facteurs principaux d'insatisfaction des clients interne de l'EPH Ain el Hammam. En effet, le graphique de la figure 18 nous permet de distinguer quatre facteurs sources de l'insatisfaction du personnel : les conditions de travail, le système de rémunération, le système de promotion et le système de formation.

Concernant les conditions de travail, 30% des individus questionnés ont répondu Non-satisfaits et 52.5% Moyennement satisfaits. Cela s'explique principalement par l'état des infrastructures de l'établissement. En effet, la structure de l'EPH Ain el Hammam date de plus d'un siècle et n'a pas été conçue pour accueillir plus de 400 employés et plus de 200 lits d'hospitalisation. Cette situation a créé un manque d'espace de travail, ajouté à cela l'insuffisance de moyens matériels que ce soit au niveau de l'administration ou au niveau des services d'hospitalisation. Ces paramètres combinés ont donné lieu à un facteur d'insatisfaction qui influence négativement la qualité des prestations fournies.

Concernant le système de rémunération, 32.5% des individus questionnés ont répondu Non-satisfaits et 47.5% Moyennement satisfaits. La rémunération des fonctionnaires est fixée par la réglementation en vigueur en fonction des titres du grade et de l'ancienneté du fonctionnaire.

Concernant le système de promotion, 55% des individus questionnés ont répondu Non-satisfaits et 32.5% Moyennement satisfaits. Les modalités de promotions sont fixées par les statuts de la fonction publique. Ces derniers prévoient trois modes de promotion : sur titres ou diplôme obtenu, sur concours ou épreuve et par ancienneté après le passage d'un examen professionnel.

Concernant le système de formation, 77.5% des individus questionnés ont répondu Non-satisfaits et 12.5% Moyennement satisfaits. Lors de notre visite du service de formation de l'EPH et après l'entretien que nous avons eu avec le responsable du service nous avons analysé le processus de formation. Le plan de formation de l'établissement est élaboré à partir de thématiques de formation préétablies par la tutelle qui précise les types de formation disponibles pour l'année en

cours et le nombre de postes prévus. Suite à cela les responsables hiérarchiques des services concernés désignent les bénéficiaires afin de les envoyer en formation. Nous avons également appris que 90% des formations proposées par la tutelle concernent le corps médical et paramédical. La source de non-satisfaction concernant ce paramètre réside dans l'inadéquation des types de formations proposées par la tutelle avec les besoins réels de l'établissement. Mais également la désignation parfois arbitraire des bénéficiaires de formations.

En conclusion nous pouvons dire que les facteurs d'insatisfaction des clients internes de l'EPH susnommés influencent négativement la motivation de ces derniers notamment les systèmes de rémunération et d'animation ce qui influence négativement la qualité des soins prodigués au sein de l'établissement.

## **2. L'enquête de satisfaction des clients externes**

L'enquête de satisfaction des clients externes a prit la forme d'entretiens semi directifs. Nous avons opté pour cette technique d'enquête car le profil de la population questionnée ne pouvait nous permettre de recourir au questionnaire classique. En effet, les individus questionnés sont des patients de l'EPH, des personnes parfois en âge très avancé, parfois analphabète mais avant tout questionner un malade est une opération très délicate à mener avec le plus grand ménagement.

### **2.1. L'objet de l'enquête**

La prise en charge des patients est la raison d'être de tout établissement de santé, et leur satisfaction doit être le centre de leurs préoccupations. Afin de satisfaire les attentes des patients, l'établissement de soins doit être attentif à celles-ci. Suivant cette logique, nous avons réalisé une enquête quantitative auprès des patients de l'EPH Ain el Hammam.

L'objet de l'enquête est l'analyse de la qualité de l'hospitalisation avec ses différents paramètres à savoir : L'accueil, la consultation, les soins reçus et les services hôteliers. Notre objectif étant l'évaluation de la qualité des paramètres susnommés et l'analyse des sources de non-qualité au sein de l'EPH Ain el Hammam.

## 2.2. Constitution de l'échantillon

Notre échantillon d'étude est composé de 78 individus parmi les patients hospitalisés à l'EPH Ain el Hammam. La composition de l'échantillon est présentée dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 25** : Constitution de l'échantillon clients externes par service d'hospitalisation

Service d'hospitalisation	Patients questionnés	Pourcentage
Chirurgie	28	36%
Médecine interne	35	45%
Pédiatrie	8	10%
Urgences chirurgicales	7	9%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Notre échantillon d'étude est constitué de patients hospitalisés dans quatre services, dont 81% sont des patients des services chirurgie et médecine interne. En effet, le questionnement des patients est une opération délicate. Afin de la réaliser, il nous a fallu obtenir une autorisation officielle de la direction générale de l'établissement.

Nous n'avons pas pu questionner les patients des autres services pour certains pour des raisons de respect de la vie privée, pour d'autre par pudeur à l'exemple du service gynécologie et obstétrique.

Pour les patients questionnés du service pédiatrie il s'agit essentiellement de parents garde malade, vu le bas-âge des patients concernés.

## 2.3. L'élaboration de l'entretien semi directif

Notre entretien semi directif est scindé en deux parties comportant chacune des questions fermées à réponses multiples ainsi que de trois questions ouvertes relatives au service d'hospitalisation, à l'âge et au sexe de l'individu questionné.

La première partie de l'entretien a pour objectif d'évaluer la perception du patient quant à la qualité de l'accueil, de la consultation et soins reçus. Cette partie nommée évaluation de la qualité des soins comporte les questions suivantes :

- Les questions à quatre choix de réponse (Non-satisfait, Moyennement satisfait, Satisfait et Très satisfait) à savoir :
  - ✓ La qualité de l'accueil ;
  - ✓ La qualité de la consultation ;
  - ✓ La qualité des soins reçus ;
  - ✓ La quantité de temps passé avec les soignants.

Afin de mieux évaluer la qualité des soins reçus par les patients et pour mieux orienter ces derniers dans leurs choix de réponse. Nous avons confectionné quatre autres questions

- Les questions à deux choix de réponse (Oui et Non), à savoir :
  - ✓ Mes soignants m'ont expliqué complètement les raisons de mes examens et de mes prises de sang ;
  - ✓ Mes soignants ont écouté avec attention ce que j'avais à leur dire ;
  - ✓ Mes soignants m'ont toujours traité avec le plus grand respect ;
  - ✓ J'ai une très grande confiance dans les soignants que j'ai côtoyés.

La deuxième partie de l'entretien à pour objectif d'évaluer la qualité hôtelière de l'EPH. Pour atteindre cet objectif nous avons posé cinq questions à quatre choix de réponse (Non-satisfait, Moyennement satisfait, Satisfait et Très satisfait) à savoir :

- La qualité de l'hébergement ;
- La qualité de l'hygiène ;
- Le calme au sein du service ;
- La qualité de la restauration ;
- L'organisation des visites.

#### **2.4. Dépouillement des données et présentation des résultats**

Suite à la collecte des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel sur la base d'un guide de dépouillement conçu pour chaque question. Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Excel.

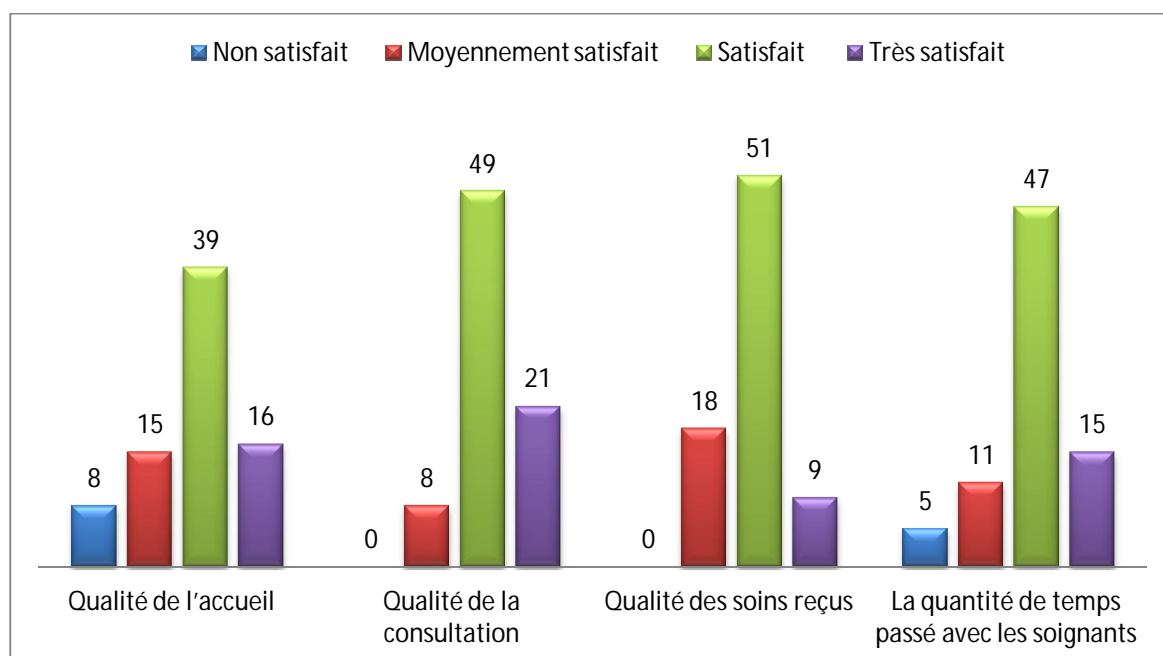
Nous avons utilisé les méthodes de tri à plat accompagnées d'un graphique pour la présentation des résultats de notre enquête suivi d'une analyse et d'une interprétation.

**Tableau 26 :** Satisfaction globale des clients externes de l'EPH Ain el Hammam

Satisfaction globale	Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	Total
Qualité de l'accueil	8	15	39	16	<b>78</b>
Qualité de la consultation	0	8	49	21	<b>78</b>
Qualité des soins reçus	0	18	51	9	<b>78</b>
La quantité de temps passé avec les soignants	5	11	47	15	<b>78</b>

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Figure 21 :** Satisfaction globale des clients externes de l'EPH Ain el Hammam



Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

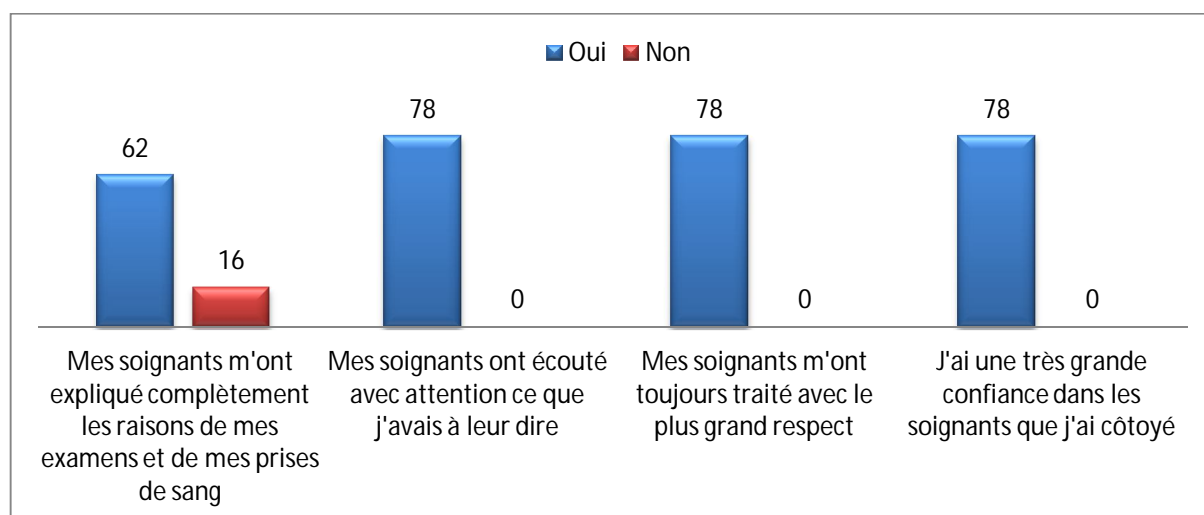
Nous constatant que la grande majorité des patients questionnés sont plutôt satisfaits en ce qui concerne les quatre paramètres étudiés. Il ya lieu de signaler que les patients qui ont répondu Non-satisfait quant à la qualité de l'accueil sont en totalité des patients hospitalisés suite à leur passage au service des urgences. En effet, ce dernier étant pas période submerger par le flux des malades, le temps d'attente aux urgences peut dépasser 40 minutes. Quant à la majorité des patients questionnés, leur hospitalisation est survenue suite à une consultation spécialisée sur rendez-vous.

**Tableau 27 : Qualité des soins reçus**

Qualité des soins	Oui	Non
Mes soignants m'ont expliqué complètement les raisons de mes examens et de mes prises de sang	62	16
Mes soignants ont écouté avec attention ce que j'avais à leur dire	78	0
Mes soignants m'ont toujours traité avec le plus grand respect	78	0
J'ai une très grande confiance dans les soignants que j'ai côtoyés	78	0

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Figure 22 : Qualité des soins reçus**



Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

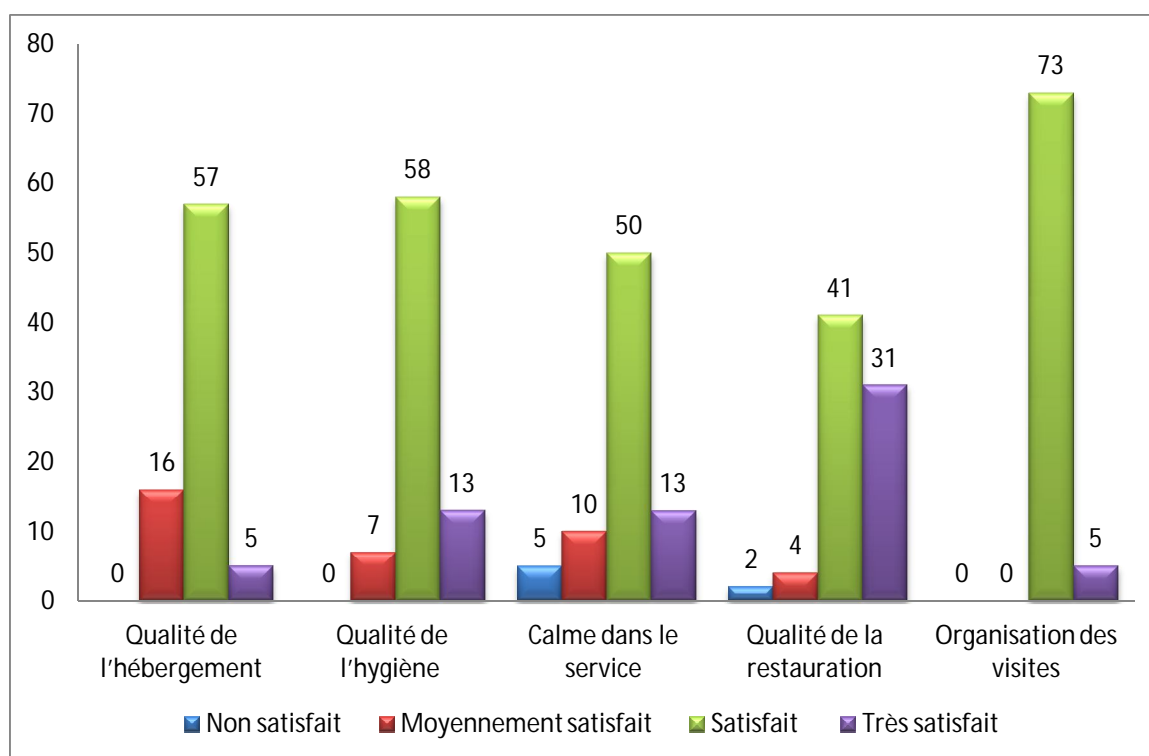
Nous constatant que seul 16 patient ont affirmé ne pas avoir reçu des explications concernant les examens médicaux qu'ils ont reçus. Pour les trois autres questions les patients questionnés ont répondu oui à l'unanimité. Cela prouve d'une part que les protocoles de soins sont respectés par les soignants, et que ces derniers font preuve d'un grand respect et de professionnalisme.

**Tableau 28 :** Qualité du service hôtelier de l'EPH

Services hôteliers	Non satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait	Total
Qualité de l'hébergement	0	16	57	5	<b>78</b>
Qualité de l'hygiène	0	7	58	13	<b>78</b>
Calme dans le service	5	10	50	13	<b>78</b>
Qualité de la restauration	2	4	41	31	<b>78</b>
Organisation des visites	0	0	73	5	<b>78</b>

Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

**Figure 23 :** Qualité du service hôtelier de l'EPH



Source : établi par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Nous constatons à travers la figure 20 que les patients sont plutôt satisfaits des services hôteliers qu'offre l'EPH. La qualité de l'hébergement correspond principalement à l'espace vie mis à la disposition du patient ainsi qu'au confort générale des box d'hospitalisation. Nous constatons que majorité des patients ont répondu Satisfaits ou Très satisfait plus de 80%. Cependant, 16 patients ont répondu Moyennement satisfaits, cela est dû à l'exigüité des box d'hospitalisation, pas plus de 10 m<sup>2</sup> pour un box de deux personnes.

Concernant l'hygiène il y a lieu de signaler que les agents de service ont pour consigne de procéder au nettoyage des services d'hospitalisation trois fois par jour, ce qui explique la satisfaction des patients quant à cet aspect de l'hospitalisation. Cependant, nous avons constaté l'absence d'agents de service durant les gardes de nuit dans certains services pour manque de personnel.

L'insatisfaction de certains patients pour cause de manque de calme au sein des services d'hospitalisation réside dans le fait que les services sont organisés en espace ouvert. En effet, les box ne sont pas isolé les un des autres ce qui crée des désagréments pour les patients.

## Conclusion

A travers notre enquête de satisfaction des clients internes de l'EPH Ain el Hammam nous avons démontré les facteurs d'insatisfaction des clients internes de l'EPH à savoir :

- Les conditions de travail ;
- Le système de rémunération ;
- Le système de promotion ;
- Le système de formation.

Influencent négativement la motivation de ces derniers, notamment les systèmes de rémunération et d'animation ce qui influence négativement la qualité des soins prodigués au sein de l'établissement.

Nous avons relevé lors de l'enquête que nous avons menée au prêt des patients de l'EPH Ain el Hammam que ces derniers plutôt satisfaits on ce qui concerne les paramètres relatifs à l'accueil, aux sois et aux services hôteliers. Nous avons pu vérifier cela par l'observation au cours de notre passage au sein de l'EPH.

Cependant la perception des patients quant à la qualité du service hospitalier reste imprégnée d'une grande part de subjectivité, cela s'explique par les conditions psychologiques et morales dans lesquelles se trouve le patient. De ce fait nous considérons cela comme une des limites de notre travail.

# **CONCLUSION GENERALE**

Le secteur de la santé est un secteur névralgique et sensible, du fait que la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle. L'Algérie consacre depuis son Indépendance 3 à 5 % de son PIB à ce secteur qui est le destinataire du troisième plus important budget de l'état. En dépit des ressources consacrées au secteur de la santé en Algérie, la qualité des soins au sein des établissements hospitaliers reste largement au dessous des aspirations de la population.

L'hôpital public en Algérie est confronté à des contraintes et dysfonctionnements qui se répercutent directement sur la qualité des soins prodigués au sein des établissements de santé. Lors de l'enquête que nous avons menée nous avons relevé un certain nombre de dysfonctionnements et contraintes qui concernent l'ensemble du système national de santé.

Des dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. En effet, Les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé. Les budgets des hôpitaux ne sont pas négociés, ces derniers sont déterminés sur la base de données historique.

Des dysfonctionnements en matière de gouvernance des hôpitaux publics. En effet une réglementation contraignante et une forte centralisation réduisent l'espace discrétionnaire des directeurs d'établissements. Ajouté à cela des contraintes liées à l'information sanitaire qui subit les conséquences du passage d'un mode traditionnel de collecte, d'exploitation et d'analyse de l'information vers un mode qui introduit les nouvelles technologies de l'information.

Confronté à ces contraintes, le ministère de la santé a engagé des réformes dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des soins à travers la modernisation de la gestion des établissements publics de santé. Afin d'atteindre cet objectif le MSPRH en coopération avec des experts européens, dans le cadre du programme d'appui au secteur de la santé, ont procédé à la mise en place des instruments et des outils de management des établissements de santé.

Afin de vérifier notre hypothèse de recherche, nous avons procédé à deux enquêtes quantitatives au sein de l'EPH Ain el Hammam dont les objectifs sont en premier lieu d'évaluer la qualité des soins prodigués au sein de cet établissement et en second lieu d'isoler les facteurs qui influencent positivement et négativement la qualité des soins.

Les ressources humaines sont au centre de tout processus de production de biens ou de services, en particulier en milieu hospitalier où le facteur travail est prédominant dans chaque acte de soin. De ce fait, les ressources humaines ont une très grande influence sur la qualité des soins prodigués. Cela dit, l'objet de notre enquête est de mesurer les facteurs de satisfaction et les facteurs d'insatisfaction des clients internes de l'EPH, susceptibles d'influencer positivement ou négativement la qualité des prestations délivrées par ces derniers.

Les résultats de notre enquête nous ont permis d'isoler les facteurs principaux d'insatisfaction des clients interne de l'EPH Ain el Hammam. En effet, nous avons distingué quatre facteurs sources de l'insatisfaction du personnel : les conditions de travail, le système de rémunération, le système de promotion et le système de formation. Des facteurs principalement exogènes à l'établissement sur lesquels les dirigeants n'ont pas ou peu d'influence à l'exception des conditions de travail.

Notre hypothèse de recherche stipule que, les réformes hospitalières engagées par le ministère de la santé ont pour objectifs l'amélioration et la modernisation de la gestion des établissements de santé publique en Algérie. Ces réformes constituent une première étape vers la mise en place d'un management de la qualité.

Après avoir exposé et analysé à la fois les réformes du MSPRH et les facteurs source de la non-qualité au sein des EPH. Nous nous sommes rendu compte que les dites réformes n'ont pas traité les facteurs réels qui influencent la qualité des soins à savoir le système de gouvernance des hôpitaux ce qui nous conduit à infirmer notre hypothèse.

En final, nous pouvons dire que les perspectives de mise en place d'un système de management de la qualité au sein des hôpitaux en Algérie sont conditionnées par

mise en place d'une réelle réforme qui touchera l'ensemble du système de santé. Cela passe par le renforcement de l'autonomie des établissements de santé, de la réforme des systèmes de contractualisation et de la mise en place de structures chargées de la mise en place des systèmes de management de la qualité au sein des hôpitaux.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution modeste et préliminaire pour une telle thématique d'actualité. C'est le prélude à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Néanmoins, nous espérons avoir les objectifs fixés, et que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

1. A. Giraud « Evaluation médicale des soins hospitaliers », Edition Economica, Paris 1993.
2. H. Brandenburg & J.P. Wojtyna « l'approche processus : mode d'emploi », 2<sup>ème</sup> édition d'organisation, Paris 2003.
3. H. Brandenburg & J.P. Wojtyna « l'approche processus : mode d'emploi », 2<sup>ème</sup> édition d'organisation, Paris 2003
4. H. LETEURTRE et all. «L'accréditation hospitalière : gestion des services de soins », édition Berger-Levrault, France, 1997,
5. H. Mintzberg, « structure et dynamique des organisations », Les Edition des organisations, Paris 1982.
6. J. LERAT-PYTLAK, « Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale », thèse de doctorat en sciences de gestion, université de Toulouse, décembre 2002.
7. J.M. Clement, « Réflexions pour l'hôpital : Proximité Coopération Pouvoir », Les études hospitalière, Bordeaux 1998.
8. J.M. Juran, « gestion de la qualité », édition AFNOR, paris 1983.
9. L. Cruchant, « La qualité », édition PUF, coll. Que sais-je ? 2<sup>ème</sup> éd. Paris 1995.
10. M.H. Walter « L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé », Edition Masson, collection encadrer à l'hôpital, Paris 2000.
11. P. Hermel, « Qualité et management stratégiques », édition d'organisation, Paris 1989.
12. P.Y. Gomez, « Qualité et théorie des conventions », Edition Economica, Paris 1994.

## Bibliographie

---

13. R. FEY et J.M. GOGUE, « La maîtrise de la qualité industrielle », Les Editions d'Organisation, Paris 1984.
14. R. HILCMAN, « Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier », édition DUNOD, Paris 2013.
15. T. Guillemain & M. Trabelsi, « Optimiser gestion et qualité pour créer de la valeur », édition DUNOD, Paris 2008
16. T. Ohno, « L'esprit Toyota », édition Masson, Paris 1989.
17. W.E. Deming « Hors de la crise », Edition Economica, Paris, 1991.
18. Y. Kondo, « Le management à la japonaise », édition Economica, Paris 1997.
19. Y. Matillon, P. Durieux, « L'évaluation médicale », Edition Flammarion, Paris 1984.

### **Mémoires et thèses :**

1. J. LERAT-PYTLAK, « Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale », thèse de doctorat en sciences de gestion, université de Toulouse, décembre 2002.
2. M. BEAUMONT. « La qualité de la gestion des ressources humaines dans les entreprises certifiées », thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université Toulouse I, 1996.
3. Salmi. M, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en science économique, UMMTO, 2006.

### **Articles:**

1. - Aggeri Franck. L'hôpital aux prises avec le management (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 21, n°3, 2003. pp. 31-36.

## Bibliographie

---

2. - Bayad Mohamed et al., « Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 100-112. DOI : 10.3917/riges.273.0100.
3. - Bitwe Richard et al., « Impact d'un programme de formation et de supervision de la qualité des soins sur la mortalité intra-hospitalière des enfants en Afrique centrale », *Santé Publique*, 2009/4 Vol. 21, p. 415-426.
4. A. Donabedian, « The quality of care: how can it be assessed? », *Jama*, 1988 ; 260, pp 1743-1747.
5. A.V. Feigenbaum, «Total quality control», in *Harvard Business Review*, novembre-décembre, 1956.
6. ANDERSON J.C., MANUS RUNGTUSANATHAM et SCHROEDER R.G. “A theory of quality management underlying the Deming management method”, in *Academy of Management Review*, 1994, Vol.19, n°3, pp.472-509.
7. Bayad Mohamed *et al.*, « Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 100-112.
8. Bruneau. C. et al., « La procédure d'accréditation », *Technologie et Santé*, no 32, décembre 1997, pp. 77-80.
9. C. Segouin. & A. Bérard. « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques Professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005.
10. DEAN J.W. et BOWEN D.E. “Management theory and total quality : improving research and practice through theory development”. in *Academy of Management Review* , 1994, Vol.19; n°3, pp.392-418.
11. E. Cole R, P. Bacdayan et B.J White, « Quality, Participation and Competitiveness » ; in *California Management Review* , 1993, Vol.35, n°3, pp.68-81.
12. El Oualidi Moulay Ali et Saadi Janah, « Améliorer la prise en charge des urgences?: apport de la modélisation et de la simulation de flux », *Santé Publique*, 2013/4 Vol. 25, p. 433-439.
13. Etienne Minvielle. « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? ». In: *Politiques et management public*, vol. 17 n° 4, 1999.

## Bibliographie

---

14. F. Steudler, « L'accueil pour le malade, c'est une attente ». *J Econ Méd* 1990; 10: 367-79.
15. Halgand Nathalie, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, 2003/6 no 147, pp. 219-231.
16. J. Husser, « Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire », XVème conférence internationale de management stratégique, Annecy/Genève 13-16 Juin 2006.
17. J. Wennberg, A. Guttenshon, « variations in medical care among small areas », *Science*, 182, 1973, pp 1102-1108.
18. P. Lorino « le déploiement de la valeur par les processus » in, *Revue Française de gestion*, juin-juillet-août 1996.
19. R. J. HACKMAN et R. WAGEMAN "Total quality management: empirical, conceptual and practical issues", in *Administrative Science Quaterly*, 1995, Vol.40, n°2, pp.309- 342.

### **Rapports, Documents et Normes :**

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », paris, avril 2002.
2. ANAES, « La satisfaction des clients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé », in, *revue de la littérature médicale*, septembre 1996.
3. ISO, « système de management de la qualité, exigence, ISO 9001 version 2008 ».
4. ISO, « système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, ISO 9000 version 2000 ».
5. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « statistiques sanitaire », Alger, 2009.
6. Organisation Mondiale de la Santé, « Statistique sanitaire mondiale 2013 », bibliothèque de l'OMS, Suisse 2013.

## Bibliographie

---

7. Programme d'Appui au Secteur de la Santé, « manuel d'élaboration d'un projet d'établissement », Alger, 2008.
8. Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, les préalables et les actions urgentes.

### **Sitographie :**

1. [http// :www.revuessim.free.fr](http://www.revuessim.free.fr)
2. [http// :www.teluq.quebec.ca](http://www.teluq.quebec.ca)
3. [http// :www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
4. <http://www.pass-ue.dz>
5. <http://www.santé.dz>

### **Textes juridiques :**

1. Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
2. Arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007.

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Les grandes étapes de la qualité .....	21
<b>Tableau 2</b> : Principes, pratiques et techniques du management de la qualité selon Dean et Bowen .....	41
<b>Tableau 03</b> : Les huit principes du management de la qualité selon la norme ISO 9000 : 2000 .....	43
<b>Tableau 04</b> : infrastructures sanitaires publiques en Algérie .....	67
<b>Tableau 05</b> : Etat des infrastructures de la santé .....	76
<b>Tableau 06</b> : Effectifs des personnels au sein des EPH .....	77
<b>Tableau 07</b> : Activités hospitalières des EPH pour l'année 2009 .....	78
<b>Tableau 08</b> : Capacités litière de l'EPH Ain el Hammam .....	94
<b>Tableau 09</b> : Personnels de l'EPH Ain el Hammam .....	94
<b>Tableau 10</b> : Activités des services d'hospitalisation .....	102
<b>Tableau 11</b> : Activité des urgences .....	104
<b>Tableau 12</b> : Activité du plateau technique .....	104
<b>Tableau 13</b> : indicateurs de qualité des soins .....	106
<b>Tableau 14</b> : Constitution de l'échantillon clients internes par fonction exercée ....	110
<b>Tableau 15</b> : Constitution de l'échantillon clients internes par service de rattachement .....	110
<b>Tableau 16</b> : satisfaction globale des clients internes de l'EPH Ain el Hammam ...	114
<b>Tableau 17</b> : Niveau de satisfaction par rapport aux conditions de travail .....	114
<b>Tableau 18</b> : Niveau de satisfaction par rapport aux relations interprofessionnelles	114
<b>Tableau 19</b> : Niveau de satisfaction par rapport au système de rémunération.....	114
<b>Tableau 20</b> : Niveau de satisfaction par rapport au système de promotion .....	114
<b>Tableau 21</b> : Niveau de satisfaction par rapport aux relations avec l'hierarchie ....	114
<b>Tableau 22</b> : Niveau de satisfaction par rapport aux relations avec le corps médical .....	115
<b>Tableau 23</b> : Niveau de satisfaction par rapport aux fonctions occupées .....	115
<b>Tableau 24</b> : Niveau de satisfaction par rapport au système de formation .....	115

<b>Tableau 25 : Constitution de l'échantillon clients externes par service d'hospitalisation .....</b>	<b>119</b>
<b>Tableau 26 : Satisfaction globale des clients externes de l'EPH Ain el Hammam ...</b>	<b>121</b>
<b>Tableau 27 : Qualité des soins reçus .....</b>	<b>122</b>
<b>Tableau 28 : Qualité du service hôtelier de l'EPH .....</b>	<b>123</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Objectifs de l'accréditation hospitalière .....	36
<b>Figure 02</b> : Le schéma du modèle de E.W. Deming selon Anderson et All .....	42
<b>Figure 03</b> : Schématisation de la qualité dans le secteur des services et adapté à la santé .....	48
<b>Figure 04</b> : Différence entre une approche verticale et une approche transversale ....	56
<b>Figure 05</b> : Représentation d'un processus .....	57
<b>Figure 06</b> : Représentation schématique des processus d'un établissement de santé..	58
<b>Figure 07</b> : Représentation des interfaces .....	60
<b>Figure 08</b> : Cartographie des processus .....	61
<b>Figure 09</b> : Roue de Deming .....	63
<b>Figure 10</b> : Modèle d'un système de management de la qualité basé sur les processus .....	64
<b>Figure 11</b> : Organigramme type des établissements publics hospitaliers .....	75
<b>Figure 12</b> : Etat des infrastructures de la santé.....	77
<b>Figure 13</b> : Effectifs des personnels au sein des EPH .....	77
<b>Figure 14</b> : La relation entre les différents volets du PEH .....	88
<b>Figure 15</b> : Activités des services d'hospitalisation .....	103
<b>Figure 16</b> : Taux moyen d'occupation des lits par service .....	103
<b>Figure 17</b> : indicateurs de qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam (en quantité) .....	106
<b>Figure 18</b> : indicateurs de qualité des soins au sein de l'EPH Ain el Hammam (en taux) .....	107
<b>Figure 19</b> : Satisfaction globale des clients interne de l'EPH Ain el Hammam .....	113
<b>Figure 20</b> : Niveau de satisfaction des clients internes de l'EPH Ain el Hammam ..	116
<b>Figure 21</b> : Satisfaction globale des clients externes de l'EPH Ain el Hammam ....	121
<b>Figure 22</b> : Qualité des soins reçus .....	122
<b>Figure 23</b> : Qualité du service hôtelier de l'EPH .....	123

# **Table des matières**

# TABLE DES MATIERES

---

<b>Introduction générale .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre I : cadre conceptuel et historique de la qualité</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>Section 1 : du contrôle au management de la qualité : une mise en perspective historique.....</b>	<b>9</b>
1. L'inspection de la qualité.....	9
2. Le contrôle de la qualité.....	10
2.1. La remise en cause de l'inspection unitaire.....	10
2.2. L'émergence du contrôle statistique de la qualité.....	11
2.3. Les limites du contrôle statistique de la qualité.....	12
3. L'assurance de la qualité.....	13
3.1. L'émergence de la focalisation client.....	13
3.2. La qualité comme assurance, une logique préventive.....	14
4. La qualité totale.....	16
4.1. Les origines de la qualité totale et l'apport de l'école japonaise.....	16
4.2. L'appropriation internationale du concept et des pratiques de qualité totale.....	19
<b>Section 2 : Le mouvement de la qualité hospitalière : fondement historique.....</b>	<b>23</b>
1. La qualité hospitalière : une perception différenciée des acteurs.....	23
2. La qualité comme symbole d'une bureaucratie professionnelle.....	25
2.1. Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière.....	26
2.1.1. La qualité des pratiques professionnelles.....	27
2.1.2. La qualité des prestations hospitalières.....	27

# TABLE DES MATIERES

---

2.2. La seconde étape : l'assurance de la qualité.....	28
2.3. La qualité hospitalière sous le prisme de l'approche bureaucratique- professionnelle.....	30
3. La qualité et l'émergence d'une réflexion sur l'organisation du travail.....	32
3.1. La remise en cause des approches traditionnelles.....	32
3.1.1. Des pratiques professionnelles à l'organisation.....	32
3.1.2. Conformité à la norme et amélioration continue.....	32
3.2. La gestion de la qualité totale.....	33
3.3. L'accréditation des établissements de santé : un outil au service de l'amélioration de la qualité.....	35
3.3.1. L'accréditation comme démarche qualité totale.....	36
3.3.2. La démarche d'accréditation .....	37
<b>Conclusion.....</b>	<b>38</b>
<b>Chapitre II : système de management de la qualité : fondements théoriques et principes essentiels</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>39</b>
Section 1 : Fondements théoriques du management de la qualité.....	40
1. Le paradigme fonctionnaliste du management de la qualité.....	40
1.1. Le modèle de Dean & Bowen.....	41
1.2. Le modèle de Deming.....	42
1.3. Les apports de Hackman & Wageman.....	44
<b>Section 2 : Principes essentiels d'un système de management de la qualité.....</b>	<b>45</b>
1. L'orientation clients.....	45

# TABLE DES MATIERES

---

1.1. Les clients externes.....	46
1.1.1. Les enquêtes qualitatives.....	49
1.1.2. Les enquêtes quantitatives.....	50
1.2. Les clients internes.....	51
1.2.1. Les personnels médicaux.....	51
1.2.2. Les personnels non-médicaux.....	52
1.2.3. Les programmes de suggestion et les enquêtes de satisfaction des personnels.....	52
2. L'approche processus.....	53
2.1. L'approche processus : fondements et principes.....	54
2.1.1. Le processus de quoi s'agit-il ?.....	56
2.1.2. Les différents types de processus.....	58
2.1.3. L'interface entre les processus.....	60
2.2. La cartographie des processus.....	61
3. L'amélioration continue.....	62
<b>Conclusion.....</b>	<b>65</b>
<b>Chapitre 03 : Les établissements publics hospitaliers et la réforme hospitalière en Algérie : un état des lieux</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>66</b>
<b>Section 01 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie : présentation, organisation et gestion.....</b>	<b>67</b>
1. Présentation des établissements publics hospitaliers.....	67

## TABLE DES MATIERES

---

2. Organisation et gestion des Etablissements Publics Hospitaliers.....	68
2.1. Gestion des Etablissements Publics Hospitaliers.....	68
2.1.1. Le conseil d'administration.....	69
2.1.2. Le Directeur.....	70
2.1.3. Le conseil médical.....	71
2.2. Organisation interne des établissements publics hospitaliers.....	72
2.2.1. Sous-direction des finances et des moyens.....	73
2.2.2. La sous-direction des ressources humaines .....	73
2.2.3. La sous-direction des services de santé.....	73
2.2.4. La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.....	74
3. Les établissements publics hospitaliers en Algérie : un état des lieux.....	77
3.1. La place des établissements publics hospitaliers dans le système de santé en Algérie.....	77
3.2. Contraintes et dysfonctionnements au sein des hôpitaux publics.....	79
3.2.1. Contraintes et dysfonctionnements liés au financement.....	78
3.2.2. Contraintes et dysfonctionnements liés à l'information.....	79
3.2.3. Contraintes et dysfonctionnements liés à la formation.....	79
3.2.3. Contraintes et dysfonctionnements liés à la formation.....	80
<b>Section 02 : La réforme hospitalière en Algérie : vers un management de la qualité ?.....</b>	<b>82</b>

## TABLE DES MATIERES

---

1. Le programme d'appui au secteur de la santé : définition, missions et objectifs.....	82
1. Le programme d'appui au secteur de la santé : définition, missions et objectifs	
1.1. L'unité d'appui au programme.....	83
1.2. Les objectifs du programme .....	84
1.3. Les activités du programme.....	85
1.3.1. Instruments de pilotage.....	85
1.3.2. Transition épidémiologique .....	85
1.3.3. Renforcement des compétences .....	85
1.3.4. Action de visibilité .....	86
1.4. Les résultats du programme.....	86
2. Le projet d'établissement hospitalier : un outil au service de la qualité.....	87
2.1. Définition du PEH.....	87
2.2. Les différents volets du PEH.....	87
2.3. Processus d'élaboration du PEH.....	89
2.3.1. Le diagnostic global de l'établissement.....	89
2.3.2. L'analyse : Forces, Faiblesses et Opportunités, Menaces (FFOM).....	89
2.3.3. Choix des axes stratégiques .....	90
2.3.4. Communication interne, externe et enquêtes de satisfaction.....	90
2.3.5. L'élaboration des volets du PEH.....	91
2.3.6. Plan opérationnel.....	91
2.3.7. Evaluation et contrôle.....	91
<b>Conclusion .....</b>	<b>92</b>

## TABLE DES MATIERES

---

<b>Chapitre 04 : Evaluation de la qualité et enquête de satisfaction : cas de l'EPH Ain el Hammam.....</b>	<b>93</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>93</b>
<b>Section 01 : Présentation de l'établissement public hospitalier de Ain el Hammam.....</b>	<b>94</b>
1. Constitution de l'offre de soins de l'EPH Ain el Hammam.....	95
1.1. Services d'hospitalisation et d'urgence .....	95
1.1.1. Service de chirurgie générale.....	95
1.1.1.1. Personnels du service de chirurgie générale.....	95
1.1.1.2. Système de gardes .....	96
1.1.2. Service de médecine interne.....	97
1.1.2.1. Personnels du service médecine interne.....	97
1.1.2.2. Système de garde .....	97
1.1.2.3. L'unité d'hémodialyse .....	97
1.1.3. Service de pédiatrie.....	98
1.3.3.1. Personnels du service de pédiatrie et système de garde.....	98
1.1.4. Service maternité et gynéco-obstétrique .....	98
1.1.4.1. L'unité maternité.....	98
1.1.4.2. L'unité de gynéco-obstétrique.....	99
1.1.5. Urgences médico-chirurgicale .....	99
1.1.5.1. Unité des urgences médicale .....	99
1.1.5.2. Unité des urgences chirurgicales.....	100

## TABLE DES MATIERES

---

1.2. Le plateau technique .....	100
1.2.1. Laboratoire central .....	101
1.2.2. Pharmacie .....	101
1.2.3. Radiologie centrale .....	101
1.2.4. Cabinet dentaire.....	101
1.2.5. Rééducation fonctionnelle.....	101
2. Appréciation de l'activité de l'EPH Ain el Hammam.....	101
2.1. Activités des services d'hospitalisation.....	102
2.2. Activité des urgences.....	104
2.3. Activité du plateau technique.....	104
3. Appréciation de la qualité des soins au sein de l'EPH de Ain el Hammam.....	105
3.1. Présentation des indicateurs qualité.....	105
3.2. Interprétation des données.....	107
<b>Section 02 : Enquêtes de satisfaction des clients internes et des clients externes</b>	<b>108</b>
1. L'enquête de satisfaction des clients internes.....	109
1.1. Objet de l'enquête.....	109
1.2. La constitution de l'échantillon.....	109
1.3. L'élaboration du questionnaire.....	111
1.4. Dépouillement des données et présentation des résultats.....	112
2. L'enquête de satisfaction des clients externes.....	118
2.1. L'objet de l'enquête.....	118
2.2. Constitution de l'échantillon.....	118

## TABLE DES MATIERES

---

2.3. L'élaboration de l'entretien semi directif.....	119
2.4. Dépouillement des données et présentation des résultats.....	120
<b>Conclusion.....</b>	<b>125</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>126</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>129</b>
<b>Liste des tableaux et figures.....</b>	<b>134</b>
<b>Tables des matières.....</b>	<b>137</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>145</b>

# ANNEXES



4. Comment qualifiez-vous votre système de promotion ?

Non satisfaisant  Moyennement satisfaisant   
Satisfaisant  Très satisfaisant

5. Comment qualifiez-vous vos relations avec la hiérarchie ?

Non satisfaisantes  Moyennement satisfaisantes   
Satisfaisantes  Très satisfaisante

6. Êtes-vous satisfait de la nature des fonctions que vous occupez ?

Non satisfait  Moyennement satisfait   
Satisfait  Très satisfait

7. Comment qualifiez-vous le système de formation continue au sein de votre établissement ?

Non satisfaisant  Moyennement satisfaisant   
Satisfaisant  Très satisfaisant

8. Citez quelques facteurs de satisfaction selon vos perceptions :

- .....  
- .....  
- .....

9. Citez quelques facteurs d'insatisfaction selon vos perceptions :

- .....  
- .....  
- .....

# Enquête de satisfaction des patients

## Questionnaire semi-directif

**Age (approximatif) :**

**Sex :**

**Service d'hospitalisation :**

1. Comment êtes-vous hospitalisé (Urgence/consultation) ?
2. Combien de temps il vous fallut pour obtenir un RDV / délais d'attente aux urgences ?
3. Qualité de l'accueil (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
4. Qualité de la consultation (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
5. Je suis totalement satisfait des soins reçus (*satisfaction globale*) (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
6. Il y a quelques aspects des soins reçus qui pourraient être améliorés (*satisfaction globale*) ? *quoi*
7. La quantité de temps passé avec mes soignants a certainement été adéquate (*contact*) ? (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
8. Mes soignants m'ont expliqué complètement les raisons de mes examens et de mes prises de sang (*communication*) *oui/non*
9. Mes soignants auraient pu écouter avec plus d'attention ce que j'avais à leur dire (*communication*) *oui/non*
10. Mes soignants m'ont toujours traité avec le plus grand respect (*humanité*) *oui/non*
11. J'ai une très grande confiance dans les soignants que j'ai côtoyé (*compétence*) *oui/non*
12. Les soins reçus m'ont ôté tout souci et incertitude (*disparition des soucis*) *oui/non*
13. Il y a quelques éléments pour lesquels mes soignants n'ont pas apporté suffisamment d'attention (*disparition des soucis*) *quoi*
14. Qualité de la restauration (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
15. Qualité de l'hébergement (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
16. Propreté du service (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
17. Bruit dans le service (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
18. Organisation de votre séjour (N-sat, M-sat, sat, T-sat)
19. Possibilités de visite de la famille ou des amis (N-sat, M-sat, sat, T-sat)